



Percursos

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

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade
trimestral

Ano XI - nº 37
ISSN 1646-5067

Editor

António Freitas
antonio.freitas@ess.ips.pt

Coordenação Científica

Lucília Nunes
lucilia.nunes@ess.ips.pt

Informação aos autores

Regras de Publicação:
Revista N.º 32
2016

http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_num_32.pdf

*Os artigos, aprovados para
esta edição são da
exclusiva responsabilidade
dos seus autores.*

Adaptação psicossocial da mulher/família à gravidez: implicações para a enfermagem <i>Amanda Lana, Beatriz Guerreiro, Cristiana Ferreira, Nicole Zuzarte, Fernanda Marques, Ana Lúcia Ramos</i>	3
Ajustamento Materno a uma Gravidez Tardia <i>Catarina Afonso, Mariana Pedro, Isabel Roque, Neuza Silva, Eliett Sousa, Fernanda Marques, Ana Lúcia Ramos</i>	20
A Alimentação na Gravidez <i>Adriana Guiomar, Ana Duarte, Pedro Barata, Guilherme Teixeira, Sara Brito, Fernanda Marques, Ana Lúcia Ramos</i>	32
Problemas de adição de substâncias tóxicas na gravidez e maternidade: uma revisão de literatura <i>Ana Figueiredo, Inês Maltinha, Sara Oliveira, Carolina Silva, Daniela Silvestre, Fernanda Marques, Ana Lúcia Ramos</i>	45
As Atividades de Vida Diárias na vida das pessoas com ostomia <i>Ana Catarina Lopes, Ana Catarina Luz, Ana Pedro, Érica Canudo, Inês Coelho, Lino Ramos</i>	55
Complicações das ostomias urinárias e intestinais <i>Adriana Silva, Eduardo Pires, Laura da Silva, Mariana da Conceição, Nélida Lopes, Lino Ramos</i>	62



Editorial

Este número da revista *Percursos* é constituído por artigos realizados no âmbito de duas unidades curriculares do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Foram avaliados, sujeitos a revisão científica e técnica.

Além dos objetivos específicos de cada artigo, partilham a intenção de abordar a ação do enfermeiro, imprescindível na elaboração de planos de cuidados individualizados e personalizados às necessidades das pessoas assim como providenciar informações e disseminar conhecimento quer quanto à área da gravidez e maternidade, quer quanto a pessoas com ostomias.

Dizem respeito a 4 tópicos no âmbito da unidade curricular de Enfermagem VI, Saúde da Mulher e Reprodutiva, do 1º semestre do 3º ano do 15º Curso de Licenciatura em Enfermagem:

- Adaptação psicossocial da mulher / família à gravidez: implicações para a enfermagem, especialmente relevante para a consciência quer da existência de alterações quer das respetivas adaptações, no período da maternidade, quer por parte da gestante, quer da família;

- Ajustamento Materno a uma Gravidez Tardia, ou seja, em idades superiores a 35 anos, normalmente consideradas como gestações de risco, uma vez que existe uma maior prevalência de complicações, que podem não ser apenas obstétricas, mas também do ponto de vista psicológico e social da mulher;

- A Alimentação na Gravidez, clarificando a importância de uma alimentação saudável nesta etapa do ciclo de vida da mulher, providenciar informações para que a mulher possa ser autónoma na gestão de uma alimentação saudável na sua gravidez (dar a conhecer os diferentes nutrientes que são necessários na gravidez e ensinar algumas recomendações acerca dos alimentos que devem ser consumidos e evitados),

- Problemas de adição de substâncias tóxicas na gravidez e maternidade: uma revisão de literatura, focando as consequências que o consumo de substâncias como o tabaco, o álcool ou as drogas têm para a saúde da mãe, do recém-nascido e o desenvolvimento do papel parental e da vinculação.

Dois artigos foram realizados no âmbito da Unidade Curricular Opcional de Ostomias: Um Olhar Sobre os Cuidados, no 1º Semestre do 2º Ano, do 16º Curso de Licenciatura em Enfermagem:

- As Atividades de Vida Diárias na vida das pessoas com ostomia, procedimento cirúrgico em que há exteriorização de uma porção de um órgão através de um orifício, que é designado de estoma

- e Complicações das ostomias urinárias e intestinais, que podem ser precoces ou tardias, dependendo do tempo em que foi realizado a ostomia, e afetam o bem-estar e a autoestima de uma pessoa ostomizada e acima de tudo a qualidade de vida.

Boas Leituras!

Adaptação psicossocial da mulher / família à gravidez: implicações para a enfermagem

Psychosocial adaptation of the woman / family to pregnancy: implications for nursing

Amanda Lana*, Beatriz Guerreiro*, Cristiana Ferreira*, Nicole Zuzarte*, Fernanda Marques**, Ana Lúcia Ramos***

* Estudante da Unidade Curricular Enfermagem VI Mulher e Saúde Reprodutiva do 3º ano do 15º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

** Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Doutora em Didática e Organização Educativa.

*** Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Doutora em Enfermagem.

Resumo

A gravidez é um momento único, não só na vida da mulher como também na do seu companheiro e da sua família. Durante este período ocorrem várias alterações a nível do seu corpo e aparência, e da sua condição social. Ao mesmo tempo que ocorrem mudanças fisiológicas na gestante, ocorrem simultaneamente mudanças psicossociais nesta e nos membros do seu seio familiar. Os profissionais de saúde, mais concretamente, os enfermeiros, também participam neste processo. No entanto, desempenhar esse papel não é fácil, porque se deve reconhecer a individualidade de cada um e humanizar a prestação de cuidados à gestante, ao recém-nascido e à família. Neste sentido, o presente artigo de revisão de literatura pretende explorar as alterações psicossociais que ocorrem na mulher/família durante o período da gravidez, com posterior referência aos cuidados de enfermagem inerentes no âmbito do auxílio que deve ser prestado à mulher/companheiro/família a fim de lidar com estas alterações e minimizar potenciais riscos para a sua saúde.

Introdução

A gravidez é um período de mudanças físicas e emocionais, que cada mulher vivencia de forma distinta. Para além de ser um momento especial e único na vida da mulher, também o é para a sua família, uma vez que a conceção é o início não só de uma vida, mas também de um novo formato familiar, com um elemento adicional, sendo que este

Palavras-chave: Adaptação psicossocial; mulher; família; gravidez; cuidados de enfermagem.

Abstract

Pregnancy is a unique moment, not only in the woman's life but also in her partner and her family. During this period, there are several changes on the woman's body and social condition. While physiological changes occur in the pregnant woman, psychosocial changes also occur to her and to her family members. Health professionals, and more specifically nurses, are also involved in this process. However, to play this role is not easy, because it must be recognized one's individuality and humanizing a provision of care for the pregnant woman, the newborn and the family. In this sense, the present article of literature review seeks to explore the psychosocial changes that occur in the woman/family during the period of pregnancy, with later reference for nursing care inherent to this theme, to deal with these changes and to minimize potential risks for their health.

Key-words: Psychosocial adaptation; woman; family; pregnancy; nursing care.

processo requer adaptação por parte de cada um dos envolvidos. As experiências que tanto as mulheres como as suas famílias vivenciam durante a gravidez são muito diferentes, e essa diferença prevalece após o nascimento da criança, na medida em que a mãe, o parceiro e todos os membros familiares se ajustam aos seus novos papéis como pais e cuidadores. Ser pai ou mãe envolve o cuidado

com a criança, tanto física como emocional, com a finalidade de que ela cresça e se desenvolva para se tornar um adulto responsável e afetivo. Outros membros do núcleo familiar da criança, como os irmãos e os avós, também passam por mudanças relacionadas com o seu nascimento. Nesse sentido, pretende-se analisar a temática “Adaptação Psicossocial da Mulher/Família à Gravidez”, visando compreender quais as alterações que ocorrem na mulher/família durante o período gestacional e o que estas acarretam nos seus quotidianos. Objetiva-se concomitantemente abordar a ação do enfermeiro que se torna imprescindível no âmbito da elaboração de planos de cuidados individualizados e personalizados às necessidades não só da gestante, mas também de cada membro do seu seio familiar.

O artigo apresenta inicialmente o enquadramento teórico, com a definição e exploração de alguns conceitos que consideramos pertinentes na abordagem à temática em questão. Seguidamente, retratam-se as adaptações psicossociais quer da mulher quer da família perante a gravidez, o que suporta as implicações para a enfermagem.

Enquadramento Teórico

Considerou-se ser importante a definição e exploração de alguns conceitos, tais como: gravidez, maternidade, família, adaptação, adaptação fisiológica e adaptação psicossocial uma vez que nos debruçaremos sobre os mesmos ao longo do corpo de trabalho, bem como os seus aspetos subjacentes.

A gravidez e a maternidade surgem, no contexto do ciclo de vida da mulher, como realidades distintas, na dimensão vivencial e na dimensão temporal. A gravidez, a nível temporal diz respeito a

um período de, aproximadamente, 40 semanas de gestação, que se inicia no momento da conceção e finaliza no momento do parto. Ao longo deste período destaca-se um processo de natureza fisiológica adaptativa ao desenvolvimento de um novo ser humano, que é também acompanhado na dimensão vivencial por adaptações psicológicas próprias. Assim, a gravidez é referida como sendo *“um momento particular de retorno a si própria, de investimento maciço no próprio corpo, na sua imagem e no que ele contém: a vida.”* (LEAL, 1990, cit. por MOTA, 2011). Já a maternidade encontra-se dentro da dinâmica da sociedade no qual a influência de padrões culturais, das crenças e valores e das representações sociais se apresentam como determinantes na sua conceção. A maternidade é delimitada, temporalmente, a um projeto de longo prazo e requer, em termos relacionais, o envolvimento e partilha necessários à prestação de cuidados, de modo a permitir um desenvolvimento saudável e harmonioso do recém-nascido. Desta forma, torna-se mais clara a interligação entre a gravidez e a maternidade (MOTA, 2011). Sempre que existe um projeto adaptativo de maternidade, a gravidez, do ponto de vista psicológico, é o período de tempo que permite a preparação para ser mãe, através do ensaio cognitivo de papéis, ligar-se afetivamente à criança e iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento. Assim, as 40 semanas de gestação favorecem a construção do projeto de maternidade e a sua consolidação, de uma forma progressiva. A gravidez também constitui um desafio à adaptação da mulher enquanto pessoa, quer do ponto de vista físico quer do ponto de vista

psicossocial. No seu espaço intrapessoal, encontram-se as suas ansiedades e expectativas e, no seu espaço interpessoal, encontram-se novas representações sociais, novas expectativas e novas atitudes. Deste modo, a gravidez é, então definida como sendo uma das fases mais determinantes da identidade sexual da mulher. É ainda considerado um período de profunda transformação, evidenciando a importância das variações individuais, de acordo com cada personalidade e com o enquadramento do seu suporte familiar (MOTA, 2011).

A gravidez tem impacto não só na vida da gestante, como na vida da sua família. O conceito da família é retratado como um grupo de duas ou mais pessoas ligadas por parentesco, casamento, adoção, proximidade emocional, com a qual têm uma relação permanente e partilham as mesmas necessidades e objetivos de vida. A composição familiar altera-se quando se ganham ou perdem membros através de acontecimentos, como em caso de casamento, divórcio, morte, e, em relação ao tema abordado, o nascimento, devendo os papéis familiares serem redefinidos ou redistribuídos. Existem vários tipos de família, onde se destacam a família nuclear, alargada, monoparental, binuclear, reconstituída e homossexual (PERRY, 2008).

Todas estas famílias têm funções à medida que progredem no seu ciclo de vida a fim do bem-estar dos familiares e da sociedade em geral. Estas funções dividem-se em cinco áreas fundamentais: biológica, que inclui reprodução, cuidar e educar as crianças, alimentação, manutenção da saúde e lazer; económica, que inclui os recursos económicos suficientes para poder executar outras funções e

assegurar a estabilidade financeira dos membros da família; educativa, que diz respeito ao ensino de tarefas, de atitudes e de conhecimentos relacionados com outras funções; psicológica, que deve providenciar um ambiente que promova o desenvolvimento saudável da personalidade e a capacidade de formar relacionamentos com pessoas exteriores ao círculo familiar; e sociocultural que está associada à socialização das crianças e incluem a transferência de valores relacionados com o comportamento, tradição, linguagem, religião e atitudes sociomorais (BOBAK et. al, 1999).

As famílias trabalham em cooperação para cumprir as funções familiares através das dinâmicas familiares, onde os seus membros assumem papéis que são aprendidos em grupo de pares (mãe-filho; irmão-irmã; mãe-pai) e o desempenho destes favorece o desenvolvimento de interações sociais, essenciais para o equilíbrio familiar. A família utiliza estas dinâmicas no desenvolvimento biopsicossocial dos seus membros, de modo a proporcionar um ambiente seguro e particular, promovendo os cuidados ao recém-nascido e a socialização gradual da criança em desenvolvimento. As crianças estabelecem as suas primeiras relações com os pais e familiares próximos, mantendo na maioria das vezes estas ligações ao longo da sua vida. A família influencia a autovalorização e a capacidade para o estabelecimento de futuras relações bem como a perceção da criança face ao mundo exterior (LOWDERMILK & PERRY, 2008).

No sistema familiar, o *stress* pode ser provocado por fatores internos ou externos e, embora a maioria das famílias se adaptam e ultrapassem este stress, a situação pode tornar-se aguda e adquirir os

contornos de uma crise, que pode definir-se como uma alteração significativa na forma como o indivíduo ou família mantém o controle da situação. No contexto da sociedade global e na origem destas crises, encontra-se também a atual pressão excessiva que as famílias sofrem devido a fatores como pobreza, desemprego, violência doméstica, doenças, consumo de substâncias, iliteracia, malnutrição, precariedade habitacional, etc., o que afeta a capacidade de se empenharem e funcionarem de forma consistente, em comportamento que promovam o bem-estar e saúde, o que os leva a pertencer a populações vulneráveis ou de alto-risco. A gravidez e/ou o nascimento é, muitas vezes, considerado como um tempo de crise maturacional uma vez que é uma experiência que representa uma transição significativa na vida da família, onde os cuidados posteriores à criança exigem maturidade intelectual e psicológica dos pais e dos membros do seio familiar, o que pode concorrer para o aparecimento destes períodos de crise (LOWDERMILK & PERRY, 2008).

Face a estes períodos de crise, a gestante e a família devem experienciar também períodos de adaptação. A adaptação é o ajustamento de um organismo às alterações no seu meio. É o último objetivo do *coping* ou pode ser considerada como um mecanismo de *coping* a longo prazo. Se a adaptação for bem-sucedida, mantém-se ou restabelece-se o equilíbrio; caso contrário surgem as crises às quais a pessoa terá de se readaptar (BOLANDER, 1998).

A gravidez desencadeia no organismo da mulher uma série de adaptações fisiológicas complexas que

asseguram as condições necessárias e adequadas para o crescimento e desenvolvimento do embrião/feto e asseguram também o bem-estar materno (MENDES, 2002, cit. por MOTA, 2011). As adaptações fisiológicas dizem respeito às alterações de compensação que ocorrem dentro do organismo como resposta a necessidades alteradas que neste ocorrem (BOLANDER, 1998). Estas adaptações envolvem, de uma forma global, o organismo materno, modificando o funcionamento dos diversos aparelhos e sistemas em virtude de modificações bioquímicas, hormonais, metabólicas e anatómicas. Todas estas modificações vão originar as conhecidas manifestações somáticas de gravidez que, tendencialmente, têm uma distribuição temporal própria, com características associadas a cada trimestre (MOTA, 2011).

No primeiro trimestre, as manifestações somáticas mais habituais estão relacionadas com as adaptações decorrentes ao nível do sistema gastrointestinal, sistema urinário e das glândulas mamárias. Assim, o quadro de manifestações prende-se no aparecimento da fadiga, cansaço fácil e sonolência, náuseas e vômitos, aumento das secreções vaginais, aumento da frequência urinária, aumento de peso e tensão mamária (esta última, associada a desconforto).

No segundo trimestre, as náuseas, os vômitos e a sonolência tendem a diminuir e a desaparecer. No entanto, outras manifestações tornam-se mais notórias, como por exemplo a obstipação, a baixa tendencial da tensão arterial, a hiperpigmentação na face e na aréola, o aparecimento de estrias grávidas (em zonas que sofrem distensão, como na região abdominal e zona mamária) e ocorrência

de lombalgias. Este trimestre é habitualmente considerado o mais calmo e com uma vivência mais equilibrada.

No último trimestre da gravidez, o grande volume uterino é o fator condicionante para a maioria dos sinais e sintomas. Ocorrem frequentemente a pirose (azia), a sensação de dificuldade respiratória, o aparecimento (ou agravamento) de varizes e o edema dos membros inferiores. A fadiga e o desconforto físico, bem como as dificuldades em repousar, também são sintomas característicos deste trimestre (MOTA, 2011).

Para além das adaptações fisiológicas sentidas pela gestante, surgem também as adaptações psicossociais, que afetam também a sua família. Após a ocorrência de um acontecimento causador de *stress*, como pode ser o caso da gravidez e do nascimento de uma criança, a família parte em busca de restaurar a estabilidade do funcionamento familiar, com necessidade de modificar papéis, regras e padrões de comportamento de modo a reduzir o *stress*. Assim, inicia a adaptação psicossocial, que pode ser definida como o resultado das estratégias provenientes da interação entre família e ambiente, no contexto de um evento causador de *stress* (BELLÉ, 2007).

Adaptações psicossociais da mulher à gravidez

O período gestacional marca o início de uma nova etapa do ciclo vital da mulher e da sua família. Esta transição para o ciclo maternal envolve não só adaptações fisiológicas, como também adaptações psicossociais de preparação da mulher para a maternidade. Assim, a gravidez surge como um marco na vida da mulher, que vai exigir uma reordenação de papéis e funções por parte da

mesma e também por parte da sua família (MOTA, 2011). A mulher, durante a gravidez, desenvolve diversas adaptações psicológicas, paralelas ao desenvolvimento das adaptações fisiológicas, devido ao crescimento e desenvolvimento do novo ser humano. Estas adaptações psicológicas e respetivas tarefas consideradas normais da vivência da gravidez, encontram-se inseridas e distribuídas pelos três trimestres da gravidez. O primeiro trimestre da gravidez corresponde à Fase de Integração, o segundo corresponde à Fase de Diferenciação e o terceiro e último trimestre corresponde à Fase de Separação (COLMAN & COLMAN, (1994), cit. por MOTA, 2011).

Apesar da ampla variedade de emoções associadas à gestação, muitas mulheres apresentam respostas semelhantes. Normalmente, no primeiro trimestre, essas respostas incluem a ambivalência, a introversão, a aceitação, e mudanças abruptas do humor e na imagem corporal (RICCI, 2007). É compreensível que comportamentos de ambivalência afetiva surjam em relação à aceitação do feto, às mudanças associadas e à maternidade. Muitos autores como COLMAN & COLMAN (1994) e LEDERMAN (1996), defendem que a ambivalência é o que caracteriza o primeiro trimestre da gravidez. Independentemente do desejo da gravidez, o reconhecer que a mulher está realmente grávida, ou seja, que a concepção ocorreu de facto, faz com que esta, inicialmente, se sinta ambivalente entre o desejo e o receio da gravidez. Podem, então, surgir emoções contraditórias de alegria, apreensão, ansiedade, e também sintomas somáticos como perturbações do sono e fadiga (MOTA, 2011). Nas primeiras

semanas de gestação, a mulher manifesta preocupação com as transformações do seu corpo, nomeadamente com as mudanças que vão ocorrer na sua aparência física e nas suas capacidades fisiológicas, quer para suportar a gravidez, quer para retomar o seu “esquema corporal anterior” (MOTA, 2011).

As mudanças na imagem corporal são normais, no entanto, podem ser muito angustiantes para a mulher (RICCI, 2007). A adaptação à imagem corporal vai modificando no decorrer da gravidez e evolui em paralelo à identificação do feto em crescimento e desenvolvimento *“como parte individualizada e integrante de si própria”* (MOTA, 2011). Esta ambivalência experienciada pela mulher pode ser ultrapassada, maioritariamente, com o apoio e aceitação da gravidez por parte dos familiares mais próximos, e também com a confirmação definitiva do estado de gravidez. O processo de aceitação da gravidez é de extrema importância para o desenvolvimento da ligação mãe-filho (MOTA, 2011).

Ultrapassada a Fase de Integração, a mulher entra numa nova etapa adaptativa, que é marcada pela percepção das modificações corporais e presença dos movimentos do feto. Esta percepção da “autonomia fetal” é muito importante para o processo psicológico da gravidez, dado que constitui o ponto de partida para a aceitação pela mulher do feto como ser separado, que é distinto de si própria. O segundo semestre é considerado o mais estável do ponto de vista emocional, dado que a mulher se torna mais sensível ao seu estado atual e interessa-se por encontrar um estado de sintonia entre o seu comportamento e o comportamento do filho que irá

nascer. É também nesta fase que a mulher começa a conversar com o feto, fazendo “festinhas” na sua barriga. O estabelecimento da comunicação verbal e táctil da mulher para com o filho indica que a dinâmica do processo de familiarização entre ambos se está a concretizar, o que envolve a capacidade da mãe para fantasiar acerca de diversas características do feto, como o sexo, o nome ou a sua face. De acordo com as representações cognitivas maternas, a idealização da mulher sobre as suas competências para cuidar do filho pode surgir também nesta fase, e têm como “pano de fundo” a relação com a sua própria mãe (ou outra figura de referência que a substituiu) durante a sua infância (BRAZELTON & CRAMER, 1993, cit. por MOTA, 2011).

O terceiro e último trimestre é considerado o período de preparação para a separação entre a mãe e o filho, que se concretiza com o parto. Alguns autores referem que, nesta fase, o nível de ansiedade aumenta, principalmente com a proximidade do parto e com a previsão de mudança do estilo de vida após a chegada do recém-nascido. Nesta fase podem também surgir sentimentos ambivalentes, dado que a vontade de ter o filho coexiste com o desejo de prolongar a gravidez para adiar as novas adaptações que o bebé exige (MOTA, 2011).

Assim, a preparação para o parto não é apenas uma consciencialização dos sentimentos de perda em relação a privilégios adquiridos durante a gravidez, é também a consciencialização do estabelecimento da ligação mãe-filho. Algumas tarefas como a escolha do nome e os planos para cuidado do filho, intervêm no processo de

individualização, dado que ajudam a mulher a personificar o feto, de modo a que este não se torne estranho no momento do nascimento (RUBIN, 1975, cit. por MOTA, 2011).

A gravidez e a maternidade são consideradas um período de desenvolvimento e caracterizam-se pela necessidade de resolver tarefas específicas a viver uma crise própria. A noção de crise está associada à mudança e ao *stress*. O *stress* não implica diretamente o sofrimento, mas sim a necessidade de reorganização. Quando ultrapassado, significa que

as tarefas de desenvolvimento correspondentes foram cumpridas com sucesso, e pode ainda permitir o acesso a níveis de funcionamento superiores, de forma a resolver outros problemas de desenvolvimento anteriores.

No quadro 1 encontram-se as tarefas de desenvolvimento que caracterizam cada fase da maternidade, associadas ao desenvolvimento cronológico da gravidez e também do puerpério (CANAVARRO, 2006, cit. por MOTA, 2011).

Ciclos de Vida	Desenvolvimento cronológico da gravidez e puerpério	Tarefas de desenvolvimento
Gravidez	1º Trimestre	Tarefa 1: Aceitar a gravidez
	2º Trimestre	Tarefa 2: Aceitar a realidade do feto Tarefa 3: Reavaliar e reestruturar a relação com os pais
	3º Trimestre	Tarefa 4: Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro Tarefa 5: Aceitar o bebé como pessoa separada
Puerpério	(cerca de seis semanas)	Tarefa 6: Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade para incorporar a identidade materna Tarefa 7: Reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s)

Quadro 1: Tarefas de desenvolvimento na gravidez e puerpério (Fonte: MOTA, 2011)

As tarefas de desenvolvimento “Aceitar a gravidez” e “Aceitar a realidade do feto” já foram abordadas anteriormente, de uma forma mais aprofundada, nas alterações mais comuns do primeiro trimestre de gestação. Este processo de aceitação e integração da gravidez é fundamental para que a mulher possa progredir nas tarefas seguintes. A aceitação da realidade do feto é um processo ativado/ acelerado através da sensação real da presença do filho dentro de si, pela

perceção dos seus movimentos e pelo confronto com os registos ecográficos (MOTA, 2011).

A tarefa 3 relaciona-se com a reavaliação da relação passada e presente com os seus pais. Uma parte dos processos psíquicos da mulher, a partir do segundo trimestre, é ocupada pelo por este processo de reavaliação do relacionamento com os pais, sobretudo com a mãe (COLMAN & COLMAN, 1994, cit. por MOTA, 2011). A representação que a mulher possui dos seus pais é importante pelas expectativas que tem do seu

comportamento no papel de avós, e para se acomodar ao seu papel materno tendo em conta a relação que estabeleceu com eles ao longo da sua vida. É essencial que a mulher consiga integrar as experiências positivas e negativas que teve como filha e aceitar o que considera ter sido o bom desempenho dos pais, para que se sinta confortável com a sua identidade e papel materno (MOTA, 2011).

Durante a gravidez, mas sobretudo após o nascimento do bebé, pode surgir alguma confusão entre os pais e os avós sobre os papéis a desempenhar, os quais devem ser esclarecidos e bem diferenciados. Os próprios pais têm um importante papel pedagógico e de suporte, na medida em que devem “ensinar os filhos a serem pais”. No entanto, este papel pedagógico deve ser sempre breve e transitório, cabendo à mulher renegociar uma forma de equilíbrio entre o apoio dos familiares e a autonomia do casal (CANAVARRO, 2016, cit. por MOTA, 2011).

Relativamente à tarefa 4, com o estágio da gravidez, o casal prepara-se para integrar o novo elemento na sua relação, havendo assim a necessidade de reavaliar e reestruturar a relação do casal. No caso do primeiro filho, o companheiro passa também a ter a identidade de “pai”, e não só percecionado como o parceiro romântico. As mudanças conjugais necessárias à entrada do bebé na família dependem da forma de organização prévia do casal, e devem ajustar a sua relação no plano afetivo e de rotina diária. O casal deve possibilitar a partilha do desempenho de tarefas domésticas e de cuidados, a tomada de decisão sobre aspetos importantes da vida e

sobretudo permitir o suporte emocional. É necessário que o casal seja sensível ao que o seu parceiro precisa, comunicar o que é necessário, partilhar experiências e ajudar o outro a lidar com acontecimentos desconhecidos. Este tempo de risco, se ultrapassado com sucesso, pode constituir-se como um momento privilegiado de desenvolvimento pessoal, conjugal e familiar. (MOTA, 2011).

A tarefa 5 prende-se à aceitação do bebé como pessoa separada. O último período de gravidez é considerado como o período de preparação para a separação, que se concretiza no parto. Quando o bebé nasce, o grande desafio para a mãe é ser capaz de interpretar e responder ao comportamento do bebé. Assumir que a criança é dependente, mas que simultaneamente precisa de autonomia, protegendo-a numa altura e aceitando, noutras os seus ímpetos de autonomia, são aprendizagens importantes (MENDES, 2002, cit. por MOTA, 2011). Assim, a principal tarefa consiste em aceitar o bebé enquanto pessoa separada, com características e necessidade próprias.

A tarefa 6 é caracterizada como sendo o momento de reavaliação da sua própria identidade de forma a integrar a sua identidade materna. Esta tarefa sintetiza um pouco todas as anteriores mencionadas, dado que integrar na sua identidade o papel e significado de ser mãe é o grande desafio entre a proteção e a autonomia do filho e a dádiva e o espaço de si própria. Esta tarefa implica reavaliar as perdas e ganhos introduzidos pela maternidade e aceitar as mudanças desta etapa do ciclo da mulher, adaptando-se de acordo

com a sua identidade prévia (MENDES, 2002, cit. por MOTA, 2011). As experiências que a maternidade pode acarretar são inúmeras, mas implicam, sempre, necessidade de integrar experiências passadas com exigências presentes.

A tarefa 7 relaciona-se com a reavaliação e reestruturação da relação com outros filhos. À partida, uma mulher que espera o segundo ou terceiro filho, tem uma família mais complexa do ponto de vista relacional e, desta forma, a tarefa de assumir a identidade materna para incluir a nova criança é mais exigente (LEDERMAN, 1997, cit. por MOTA, 2011). As mulheres que já têm filhos manifestam ansiedades diferentes das referidas pelas mulheres que vão ser mães pela primeira vez. LEDERMAN (1997) identificou três tipos de preocupações, sendo elas a capacidade física para cuidar de duas crianças ao mesmo tempo, os sentimentos de culpabilidade ao antecipar a reação do primeiro filho ao nascimento do irmão, e a capacidade para amar duas crianças de forma igual.

A reação de um irmão à gravidez depende da sua idade. Algumas crianças podem manifestar excitação e expectativa, enquanto outras podem verbalizar reações negativas. A preparação dos irmãos para o futuro bebé que irá nascer é imperativa, e precisa de ser realizada de acordo com a idade e suas experiências de vida. O reforço constante de amor e carinho ajudará a reduzir o medo em relação à mudança e à possível substituição pelo novo membro da família (RICCI, 2007). Assim, é essencial que a mulher integre a ideia de mais um filho, como outra pessoa separada, se confronte e diminua as

preocupações referidas, e que, simultaneamente, ajude os outros filhos a prepararem-se para a chegada do irmão (MERCER, 1996, cit. por MOTA, 2011).

Adaptações psicossociais da família à gravidez

A gravidez envolve todos os membros da família, pelo que cada membro tem de se adaptar e interpretar o seu sentido, à luz das suas próprias necessidades. A relação da mulher gestante com a sua mãe tem demonstrado ser importante na adaptação à gravidez e à maternidade. A disponibilidade da mãe para com a filha, durante a infância desta, significa desde logo uma disponibilidade e um apoio permanentes durante a sua gravidez. Segundo LEDERMAN (1984), com o sentimento comum de maternidade e disponibilidade mútua, as pessoas desenvolvem uma ligação de proximidade que parece facilitar o desenvolvimento e adaptação de ambos os indivíduos (BOBAK et. al, 1999).

No que toca à adaptação paterna, pensa-se que os futuros pais, tal como as futuras mães, se têm preparado para a paternidade ao longo das suas vidas. As crenças e sentimentos do pai sobre a mãe e o pai ideais, e a sua expectativa cultural sobre o comportamento apropriado durante a gravidez, influenciarão a sua resposta às necessidades da sua companheira. Um homem pode apostar em ter um comportamento protetor. Outro poder-se-á sentir sozinho e afastado, à medida que a mulher se vai tornando física e emocionalmente mais envolvida com a criança que irá nascer. Pode procurar conforto e compreensão fora de casa, interessar-se por novos passatempos, ou embrenhar-se mais no

trabalho. Alguns homens encaram ainda a gravidez como prova da sua masculinidade e do seu papel dominante enquanto que para outros a gravidez não tem qualquer significado (BOBAK et. al, 1999).

Ao tornar-se pai, as respostas emocionais, as suas preocupações e necessidades de informação, modificam-se no decurso da gravidez. Estas respostas dividem-se em três estilos característicos (observador, expressivo e instrumental). O estilo observador define-se pela falta de envolvimento da gravidez, quer por parte daqueles que se sentem felizes com a gravidez, quer por parte dos que se manifestam descontentes. O estilo expressivo constitui-se como uma resposta emocional intensa à gravidez, acompanhado de um desejo profundo de participar totalmente no projeto. O estilo instrumental é adotado por homens que se consideram como tutores ou gestores da gravidez e que dão ênfase às tarefas a desenvolver (BOBAK et. al, 1999).

A prontidão do pai para a gravidez reflete-se em três áreas: segurança financeira, estabilidade da relação do casal, e o fim de um período sem filhos. Muitos homens expressam preocupação pela segurança económica da família, uma vez que se torna necessário proceder a alguns ajustes financeiros, de modo a suportar a diminuição de rendimentos e o aumento de despesas gerado pelo aparecimento de um novo elemento na família. Os casais que têm um relacionamento estável, tendem a tornar-se mais unidos devido ao seu futuro papel de pais. A gravidez significa o fim do período sem filhos na vida do homem. Muitos homens encaram o facto de terem filhos como

parte integrante do seu projeto de vida. Se a gravidez não foi planeada ou desejada, alguns homens consideram as alterações que esta impõe aos seus planos e estilo de vida, difíceis de aceitar e nem sempre se adaptam à situação (LEDERMAN (1994), cit. por BOBAK, et. al, 1999).

Todo o pai assume atitudes durante a gravidez que interferem na forma como este se adapta à mesma e ao papel de pai. A memória que cada homem tem do seu próprio pai, as experiências que teve ao cuidar de crianças, e a perceção que tem dos papéis de homem e pai, integrados na sua cultura e grupo social, irá orientar a seleção das tarefas e responsabilidades que irá assumir.

Os homens preparam-se para a paternidade utilizando muitas das mesmas formas utilizadas pelas mulheres – lendo, fantasiando e sonhando com o bebé. Podem ainda efetuar ajustes a compromissos anteriores, por forma a disporem de mais tempo para passarem com a família. Alguns pais envolvem-se através da escolha do nome da criança ou da antecipação do sexo. Na altura do nascimento, a maioria dos pais está preparada para aceitar o sexo do seu bebé, mas ocasionalmente pode ser evidente, e mesmo verbalizado, algum desapontamento. Aquando do nascimento, os pais podem sentir uma reação de pesar e perda, à medida que se libertam da imagem do bebé idealizado e começam a aceitar a criança real (BOBAK et. al, 1999).

Para além dos pais, os avós também passam por período de adaptação durante a gravidez. Um avô é um ancestral, uma geração mais antiga, um fundador ou aquele que deu origem à família, e são um elo de ligação vital entre as gerações.

Estar na situação de se vir a tornar avô/avó pode representar uma crise de maturação, pelo que alguns futuros avós, não só não apoiam os futuros pais, como também utilizam meios subtis para lhes fazer diminuir a autoestima. No entanto, a maioria dos avós fica maravilhada com a perspectiva de um novo bebé na família pois faz-lhes reacender memórias da sua juventude, do entusiasmo de dar à luz e do comportamento dos futuros pais, quando eram crianças. Voltam a lembrar-se dos primeiros sorrisos, das primeiras palavras, dos primeiros passos dos seus filhos, o que será base para futuras comparações com o bebé que vai nascer e permitirá enquadrar a criança como membro da família. Os avós são aqueles que transportam consigo a história da família e que promovem a continuidade entre o passado e o presente, o que lhes provoca satisfação. A presença dos avós pode reforçar os sistemas familiares dado que permitem um alargamento do círculo de apoio e carinho. Para que os cuidados na maternidade sejam verdadeiramente orientados para a família, estes devem incluir os avós na implementação do processo de enfermagem em famílias que vão ter um bebé, a fim de facilitar a sua adaptação ao papel e fomentar a comunicação entre gerações (BOBAK et. al, 1999).

Também os irmãos, caso existam, têm que se adaptar à chegada de um novo membro à família. Partilhar as luzes da ribalta com um novo irmão/irmã pode constituir a primeira grande crise da criança. A criança mais velha sente, muitas vezes, um sentimento de perda ou ciúmes por ser “substituída” pelo novo bebé.

As respostas dos irmãos à gravidez variam de acordo com a sua idade e necessidades de dependência. A criança de 1 ano parece não se aperceber de todo o processo, mas a criança de 2 anos dá conta da mudança de aspeto da mãe. As crianças de 3 e 4 anos gostam de ouvir os batimentos cardíacos do bebé e sentir os seus movimentos. As crianças em idade escolar demonstram um interesse mais clínico sobre a gravidez da mãe e manifestam-se ansiosas pela chegada do bebé, no entanto, respondem positivamente ao atual estado de saúde das suas mães. Os pré-adolescentes e adolescentes, preocupados com a sua própria identidade sexual, podem ter dificuldade em aceitar a evidente atividade sexual dos pais. Raciocinam que se eles são muito novos para isso, os pais são demasiado velhos. Assumem uma atitude parental crítica. Já os adolescentes mais velhos não parecem ficar muito perturbados uma vez que pensam que em breve irão sair de casa e, geralmente, manifestam uma atitude de compreensão e apoio (BOBAK et. al, 1999). Tanto as adaptações psicossociais da mulher, como as da sua família trazem consigo inúmeras implicações para a Enfermagem, que passamos a abordar de seguida.

Implicações para a Enfermagem

Como membro de uma equipa multidisciplinar de saúde, que realiza os cuidados face às necessidades da mulher grávida, os enfermeiros assumem vários papéis que se iniciam na promoção da saúde, na medida em que, de acordo com a OMS, é um processo que visa tornar a pessoa apta para assumir o controlo e responsabilidade pela sua própria saúde. Assim, o

enfermeiro deve promover a saúde da mulher para que ela consiga tomar as suas próprias decisões da melhor maneira, de forma individual ou coletiva (CORREIA e MEDINA, 2013). Os cuidados de Enfermagem prestados serão avaliados como de maior eficácia, tanto para as mulheres cuidadas como para os enfermeiros seus cuidadores, pois o desenvolvimento de uma relação de ajuda e confiança, é elemento considerado essencial para o cuidar transpessoal.

Uma relação de confiança promove e aceita a expressão tanto dos sentimentos positivos como negativos, resultado da empatia desenvolvida entre o enfermeiro e a mulher. A expressão de sentimentos remete-nos para algo muito importante, que se prende na privacidade, espaço e tempo que os enfermeiros têm de proporcionar à mulher e à sua família, para que estes consigam expressar os medos e receios que sentem acerca da gravidez. Prestar cuidados sensíveis às necessidades individuais e, baseados no relacionamento interdependente à mulher e família, favorece o seu bem-estar físico e emocional (CORREIA & MEDINA, 2013).

Os cuidados de Enfermagem prestados no período pré-natal têm como finalidade identificar a existência de fatores de risco e outros “desvios” do progresso normal da gravidez. O maior enfoque é dado à prevenção, principalmente na motivação da mulher para o autocuidado e o reconhecimento precoce de alterações para que os problemas possam ser minimizados. Se houver a necessidade de alterar comportamentos de risco relativos à saúde numa fase inicial da gravidez, o enfermeiro precisa de conhecer os fatores

psicossociais e a sua influência (WALKER, COONEY e RIGGS, 1999, cit por LOWDERMILK & PERRY, 2008). A fim de prestar cuidados de Enfermagem de acordo com uma perspectiva holística, o enfermeiro tem de incidir a sua intervenção no sentido de dar informação e orientações, não apenas das alterações físicas, mas também sobre o impacto psicossocial que a gravidez tem na mulher e na sua família. Assim, os objetivos da prestação de cuidados de Enfermagem no período pré-natal são: proporcionar um nascimento seguro para a criança e promover a satisfação da mãe e família relativamente à experiência da gravidez e nascimento. Nos EUA foram feitos progressos relativamente ao número de mulheres que usufruem dos cuidados de Enfermagem pré-natais adequados. Em 2003, 84.1% de todas as mulheres receberam cuidados no primeiro trimestre da gravidez e 3.5% não foram vigiadas ou tiveram numa fase tardia da gravidez. Existe disparidade na utilização dos cuidados pré-natais durante o primeiro trimestre, relativamente à origem étnica: 89% das mulheres caucasianas de origem não hispânica, 76% das mulheres negras de origem não hispânica e 77.4% das mulheres hispânicas usufruem dos cuidados pré-natais.

Embora os cuidados pré-natais sejam utilizados, por rotina, pelas mulheres de médio e alto estatuto económico, as que vivem em situação de pobreza ou as que não têm seguros de saúde podem não ser capazes de recorrer aos serviços públicos de saúde, ou procurar obter cuidados no sector privado. A falta de prestadores de cuidados com sensibilidade cultural e as

barreiras na comunicação interferem, também, no acesso aos cuidados de saúde (SHAFFER, 2002, cit. por LOWDERMILK & PERRY, 2008). De igual modo, as mulheres imigrantes, provenientes de outras culturas, nas quais não é dado ênfase aos cuidados pré-natais, podem desconhecer a sua importância. Nestas populações, os resultados são conseqüentemente menos positivos, observando-se altas taxas de complicações maternas, fetais e neonatais. Podem surgir alguns problemas como: baixo peso ao nascer e mortalidade infantil, a qual tem sido associada em particular à falta de cuidados pré-natais adequados (LOWDERMILK & PERRY, 2008).

O atual modelo de vigilância pré-natal tem vindo a ser utilizado há mais de um século. A primeira consulta ocorre, geralmente, no primeiro trimestre, com consultas mensais até às 28 semanas da gravidez. Posteriormente, as consultas são calendarizadas de 2 em 2 semanas até às 36 semanas e, em seguida, semanalmente até ao parto. Este esquema tem sido questionado e, em alguns contextos, existe uma tendência crescente para diminuir o número de consultas a mulheres com baixo risco de desenvolver complicações. A vigilância pré-natal é, idealmente, uma atividade multidisciplinar na qual os enfermeiros trabalham com os médicos, nutricionistas, assistentes sociais, e outros profissionais. É necessária a colaboração entre a equipa para proporcionar cuidados holísticos à mulher e à família (LOWDERMILK & PERRY, 2008).

O plano de cuidados de enfermagem para a mulher e família durante a gravidez é orientado

pelos diagnósticos de enfermagem que foram formulados durante as consultas pré-natais. Podem ser desenvolvidos, em conjunto com a mulher e o seu companheiro, planos de cuidados individualizados, dado que têm maior probabilidade de obter os resultados desejados, do que os elaborados unicamente pelo enfermeiro. A avaliação dos resultados dos cuidados pré-natais não inclui apenas os resultados a nível físico, mas também os resultados psicossociais e relativos ao desenvolvimento. Os resultados que se seguem são alguns exemplos que podem ser esperados. A mulher poderá alcançar os seguintes: verbalizar diminuição da ansiedade relativamente à sua saúde e do feto; verbalizar melhoria da dinâmica familiar; mostrar padrões adequados, de ganho de peso em cada trimestre; transmitir uma maior aceitação das alterações da imagem corporal; demonstrar conhecimento para o autocuidado; procurar informação clara sobre a gravidez e parto; relatar os sinais e os sintomas de complicações; descrever as medidas adequadas, efetuadas para aliviar os desconfortos físicos; desenvolver um plano de parto realista (LOWDERMILK & PERRY, 2008).

As técnicas de escuta com uma expressão atenta, o toque terapêutico e a utilização do contato visual revelam-se importantes, fazendo com que a mulher sinta reconhecidos os seus sentimentos e o direito de os expressar. A interação pode ocorrer em vários ambientes, formais e informais, tais como clínicas, visitas domiciliárias, entrevistas telefónicas, proporcionando todos eles oportunidades de

contato que podem ser utilizados eficazmente (LOWDERMILK & PERRY, 2008).

A estima, a afeição, a confiança, a preocupação, a consideração pelas reações culturais e religiosas e a escuta ativa, são todas componentes de apoio emocional dado à mulher e respetiva família. A satisfação da mulher no seu relacionamento com o companheiro e a família e respetivos apoios, a sua sensação de competência e sentimento de autocontrolo, são questões importantes a abordar no terceiro trimestre. Pode ser benéfico analisar com os pais as reações do feto a estímulos, tais como o ruído e a luz, assim como os hábitos de adormecer e acordar. Outras questões preocupantes que podem surgir à grávida e ao casal incluem o receio de dor, a perda de controlo e a possibilidade de nascimento da criança antes de chegar ao hospital; incluem também expectativas inerentes à parentalidade, preocupações parentais relativas à segurança da mãe e do feto, preocupações parentais relativamente aos irmãos e à aceitação do novo bebé, preocupações parentais sobre responsabilidades sociais e económicas, e preocupações parentais emergentes de conflitos culturais, religiosos, ou de sistemas de valores pessoais. Além disso, o compromisso do pai ou companheiro relativamente à gravidez, ao relacionamento do casal e às preocupações sobre sexualidade e respetivas manifestações, são tópicos a analisar com muitos casais. Proporcionar aos futuros pais uma oportunidade para analisar as suas preocupações e validarem a normalidade das respetivas reações, são formas de ir ao encontro das suas necessidades aos mais

variados níveis. Os enfermeiros também de reconhecer que, durante a gravidez, os homens sentem-se mais vulneráveis. Como tal, devem proporcionar orientação antecipada e estratégias de promoção da saúde, que os ajudem a lidar com as suas preocupações. Os profissionais de saúde podem estimular e encorajar o diálogo aberto entre os futuros pais (LOWDERMILK & PERRY, 2008). A avaliação da eficácia dos cuidados de enfermagem à mulher durante a gravidez baseia-se nos resultados, previamente estabelecidos. São necessários mais esforços na avaliação dos resultados dos cuidados de enfermagem durante o período pré-natal. Não é muito habitual efetuar-se uma monitorização sistemática da qualidade dos cuidados, mas esta deve ser desenvolvida e englobada em todas as instituições (LOWDERMILK & PERRY, 2008).

No que toca às implicações para a Enfermagem na família, importa referir que cada recém-nascido chega a este mundo rodeado por uma família. Independentemente da estrutura familiar, o enfermeiro possui uma posição única para influenciar os cuidados e o bem-estar destas famílias, pelo que os seus conhecimentos devem centrar-se na unidade familiar enquanto foco de cuidados. Para prestar cuidados seguros e holísticos, de acordo com o processo de enfermagem, os enfermeiros que trabalham com famílias gestantes necessitam de compreender a família como instituição da nossa sociedade (BOBAK et. al, 1999). No planeamento de cuidados a prestar a uma família ou a um membro familiar, o enfermeiro deve lembrar-se que esta funciona como um sistema, o que significa que se

existir um problema, não será apenas um membro da família a ter esse problema, mas todos os seus membros e, as soluções para essas problemáticas podem evoluir de forma mais satisfatória se toda a família participar na sua resolução (BOBAK et. al, 1999).

A teoria dos sistemas aplicada à família estimula os profissionais de enfermagem a observarem os seus membros como parte de um sistema familiar alargado, influenciando e sendo influenciados uns pelos outros. Durante a gravidez, a família como sistema interage com outros suprassistemas, nomeadamente os cuidados de saúde comunitários. No entanto, esta interação depende da permeabilidade das suas fronteiras, dado que uma família relativamente fechada pode querer orientações provenientes apenas do contexto dos seus membros, enquanto uma família particularmente aberta pode estar mais receptiva à informação dos prestadores de cuidados de saúde. Quando interage com os membros de uma família, o enfermeiro fica a fazer parte do seu sistema. Deve, portanto, procurar entender a existência dos inúmeros fatores (cultura, costumes, crenças, papéis, etc.) que influenciam a forma como os familiares se relacionam entre si e com os cuidados de saúde comunitários, pois nem todas as famílias aceitam os princípios da prestação de cuidados de saúde ocidentais, incluindo os que vigoram em Portugal. Assim, e para que o desempenho do seu papel com as famílias seja eficaz, o enfermeiro deve possuir uma capacidade de aceitação e abertura pessoal, estando disposto a trabalhar com os membros familiares com base numa relação de

respeito pelos valores e crenças das mesmas, e a adaptar-se à forma de aprendizagem e comunicação de cada família (LOWDERMILK & PERRY, 2008).

Conhecer o funcionamento e composição familiar é outro aspeto importante a ter em conta na avaliação da adaptação psicossocial da família à gravidez (ALMEIDA, 2011). Uma ferramenta de avaliação familiar que o enfermeiro pode utilizar como guia para avaliar os aspetos familiares referidos, é o genograma familiar, que proporciona informação valiosa sobre a família e pode ser inserido no plano de cuidados de enfermagem (LOWDERMILK & PERRY, 2008). É grande o impacto do nascimento de uma criança nas relações familiares e é frequente estas referirem não estarem preparadas, pois o nascimento constituiu uma mudança no ciclo de vida familiar, com alterações profundas de papéis e da sua dinâmica. A forma como a família vive a gravidez e a forma como se ajusta aos novos papéis, desenvolve o espírito de ajuda e como reorganiza o seu tempo, vai interferir na relação entre todos os elementos incluindo o bebé. Deste modo, aprender a organizar-se como uma nova família é um passo muito importante nesta fase da vida, exigindo muito de todas as pessoas envolvidas (ALMEIDA, 2011).

Conhecer os estádios do ciclo de vida pode também auxiliar o enfermeiro a orientar antecipadamente as famílias, na medida em que poderá, por exemplo, ajudar famílias em idade fértil na preparação do nascimento do bebé, minimizando o desenvolvimento de crises e o *stress* parental, por meio de estratégias

educacionais que visam a desmistificação de percepções erradas em torno da gravidez através da explicação do crescimento e desenvolvimento normal do bebê. Assim, o enfermeiro deve procurar desenvolver estratégias eficazes de gestão de stresse, onde se destacam as estratégias de controlo dos fatores internos e externos (LOWDERMILK & PERRY, 2008).

No âmbito da crise que o nascimento pode provocar, o enfermeiro pode prestar cuidados durante o nascimento das crianças e dar apoio aos adultos no desempenho ativo dos seus papéis parentais. Pode, também, fornecer aos pais conhecimentos sobre o desenvolvimento psicossocial, permitindo-lhes encararem a criança de uma forma realista e estabelecer critérios de comportamento apropriados para eles. O enfermeiro deve aproveitar esta relação única com a família para que esta integre o nascimento como um acontecimento normal e fulcral para a mesma, uma vez que o nascimento de uma criança pode contribuir para o desenvolvimento de todos os membros familiares (BOBAK et. al, 1999).

Relativamente ao contexto cultural e comunitário, os cuidados de Enfermagem são prestados em múltiplos contextos culturais que incluem as culturas da gestante e da sua família bem como as do profissional de enfermagem e do sistema de cuidados de saúde (PERRY, 2008). Assim, e para além das questões de preservação e promoção da dignidade humana, o desenvolvimento de competências culturais é de igual importância em termos de resultados de saúde. Os profissionais de enfermagem devem, portanto, empenhar-se num processo contínuo de

desenvolvimento e aperfeiçoamento de atitudes e comportamentos que irão promover uma prestação de cuidados cultural e holisticamente competente. Isto porque os profissionais que se relacionam de forma eficaz com a gestante e a sua família, são capazes de as motivar para comportamentos promotores de saúde (LOWDERMILK & PERRY, 2008). Os profissionais culturalmente competentes agem de acordo com as necessidades das pessoas e têm respeito pelas crenças e tradições que podem ser diferentes das suas. Na sociedade atual é bastante importante que os enfermeiros desenvolvam mais que a capacidade técnica. Para prestar cuidados de qualidade e culturalmente competentes à mulher/família antes e durante a idade fértil, os enfermeiros devem tomar consciência das várias culturas e serem sensíveis às diferenças; obter conhecimento de valores, crenças e estilos de vida de outros grupos; desenvolver competências de avaliação cultural, como base para a intervenção; e empenhar-se em encontros culturais diretos ou aprofundar as experiências culturais. Estas abordagens constroem uma base para a construção de um plano de cuidados eficaz e sensível às diversidades culturais da mulher/família, baseado nas suas necessidades de cuidados de saúde (LOWDERMILK & PERRY, 2008).

Considerações Finais

A gravidez pode assumir-se como um primeiro momento de construção e desenvolvimento de um projeto para toda a vida, apesar de ser temporariamente limitada. Além de constituir uma transição normativa e de fazer parte do processo

de desenvolvimento de uma mulher, encerra também um potencial de mudança, podendo aduzir níveis elevados de *stress*, dado que, apesar de representar um objetivo definido para muitas mulheres, ser mãe também pode representar uma fonte de stress, que a opção seja a continuação ou a interrupção da gravidez. Assim, a gravidez e a maternidade constituem processos dinâmicos de desenvolvimento e construção. Do ponto de vista psicológico, são períodos de desequilíbrio e adaptação, mas, também de reorganização, crescimento e enriquecimento pessoal (PEREIRA & CANAVARRO, s/d, cit. por MOTA, 2011).

Ao longo do artigo, foram abordadas as alterações, físicas e psicológicas, que ocorrem na mulher e na sua família. Muitas são as situações em que as mulheres podem não lidar muito bem com algumas das alterações consideradas normais numa gravidez, o que pode provocar conflitos internos ou externos, levando assim a um aumento do *stress* na gravidez. A intervenção do enfermeiro, neste aspeto, é essencial, de maneira a que certas situações sejam ultrapassadas com sucesso, para que a mulher e a sua família possam vivenciar da melhor maneira esta etapa do ciclo vital da mulher.

Assim, o enfermeiro tem um papel essencial no acompanhamento da mulher e família nas várias adaptações e alterações psicossociais a que estão sujeitos. O enfermeiro assume diversos papéis que se iniciam na promoção da saúde para que a mulher consiga perceber o que é melhor para si e

para o seu futuro filho e tomar as decisões da melhor maneira, de forma individual ou coletiva.

Referências

1. ALMEIDA, Estela Alves Gonçalves – **Visita domiciliária no pós-parto**. Viseu: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. 2011. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. [Consult. 20 Nov. 2016]. Disponível em: <URL: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1644>>.
2. BELLÉ, Andressa Henke – **Adaptação Psicossocial em mães de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2007. [Consult. 22 novembro de 2016]. Disponível em: <URL: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/11250/00/0611122.pdf>>
3. BOBAK, Irene M.; LOWDERMILK, Deitra Leonard; JENSEN, Margaret Duncan; PERRY, Shannon E. – **Enfermagem na Maternidade**. 4ª Edição. Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-09-6
4. BOLANDER, Verolyn Rae – **Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica**. 3ª Edição. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN: 972-96610-6-5
5. CORREIA, Elizabete; MEDINA, Maria da Luz – **Cuidados de Enfermagem à Gestante Com Diabetes Gestacional**. Mindelo: Escola Superior de Saúde da Universidade de Mindelo. 2013. [Consult. 20 Nov. 2016]. Disponível em: <URL: <http://www.portaldocohecimento.gov.cv/bitstream/10961/2572/1/Correia%20e%20Medina%202013.%20Cuidados%20de%20Enfermagem%20C3%A0%20Gestante.pdf>>
6. LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E. – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª edição. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-1
7. MOTA, Mara Rute Rebola Pereira da – **Representações Sociais da Gravidez: A Experiência da Maternidade em Instituição**. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. 2011. Dissertação de Mestrado em Política Social. [Consult. 7 Nov. 2016]. Disponível em: <URL: <http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/3276>>
8. RICCI, Susan Scott – **Enfermagem Materno-neonatal e Saúde da Mulher**. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Nova Guanabara, 2007. ISBN: 9788527713979
9. ZIEGEL, E. Erna; CRANLEY, Mecca S. – **Enfermagem Obstétrica**. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1985. ISBN: 85-201-0244-1

Ajustamento Materno a uma Gravidez Tardia

Maternal adjustment to a late pregnancy

Catarina Afonso*, Mariana Pedro*, Isabel Roque*, Neuza Silva*, Eliett Sousa*, Fernanda Marques**, Ana Lúcia Ramos***

* Estudante da Unidade Curricular Enfermagem VI Mulher e Saúde Reprodutiva do 3º ano do 15º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

** Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Doutora em Didática e Organização Educativa.

*** Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Doutora em Enfermagem.

Resumo

Devido à priorização da mulher, no seu sucesso profissional e estabilização emocional e financeira, atualmente as mulheres decidem ter filhos cada vez mais tarde. As gestações em idades tardias, ou seja, em idades superiores a 35 anos, são normalmente consideradas como gestações de risco, uma vez que existe uma maior prevalência de complicações, que podem não ser apenas obstétricas, mas também do ponto de vista psicológico e social da mulher. No período de gravidez, são vivenciadas mudanças de ordens distintas – biológicas, somáticas, psicológicas, físicas e sociais – que se traduz numa experiência ímpar e intensa que influencia a mulher, independentemente da sua idade. Assim, torna-se essencial a sensibilização dos profissionais de saúde para esta temática, pelo que a prestação de cuidados feita pelo enfermeiro deve ser orientada para a promoção do bem-estar materno e familiar, a manutenção da vigilância e prevenção de possíveis complicações para garantir a melhor adaptação materna possível à gravidez.

Palavras-chave: Gravidez Tardia; Ajustamento Materno; Riscos; Implicações; Vinculação; Papel do Enfermeiro.

Introdução

A gravidez é um momento de mudanças e adaptações marcantes na vida da mulher e nos papéis que esta desempenha, onde há um reajustamento da sua relação conjugal, da situação socioeconómica e do exercício profissional. Neste período são vivenciadas mudanças de ordens

Abstract

Due to the prioritizing of the women in its professional success and emotional and financial stabilization, women decide to have kids later in life. Pregnancy in an older age, or a late pregnancy, which means in women over 35 years old, usually considered a risky pregnancy, since there is a higher prevalence of complications, which may not only be obstetrical but also from the psychological and social point of view of the woman. In the pregnancy, changes of different orders are experienced - biological, somatic, psychological, physical and social -, which translates into a unique and intense experience that influences the woman, regardless of her age. Thus, it is essential to raise the awareness of health professionals for this theme, so the care provided by nurses should be oriented towards the promotion of maternal and family well-being, maintenance of surveillance and prevention of possible complications to ensure the best possible maternal adjustment to pregnancy.

Key-words: Late Pregnancy; Maternal Adjustment; Risks; Implications; Bonding; Nurse's role.

distintas – biológicas, somáticas, psicológicas, físicas e sociais – que se traduz numa experiência ímpar e intensa que influencia a mulher, independentemente da sua idade. Atualmente, a gravidez em idade tardia é um problema com incidência crescente na população mundial, sendo a sociedade portuguesa uma das mais afetadas.

Este facto pode estar relacionado com a evolução sociocultural que alterou significativamente a vida das pessoas, condicionando o adiamento da natalidade (Ramos, Oliveira, Faria & Silva, 2012). Por isso torna-se essencial a sensibilização dos profissionais de saúde para esta temática. A prestação de cuidados realizada pelo enfermeiro deve ser orientada para a promoção do bem-estar materno e familiar, a manutenção da vigilância e prevenção de possíveis complicações para garantir a melhor adaptação materna possível à gravidez.

O objetivo deste artigo é aprofundar os conhecimentos acerca do ajustamento materno na gravidez tardia. Como estudantes de enfermagem e futuros profissionais de saúde torna-se importante esta consolidação de conhecimentos, pois tornamo-nos mais competentes na prestação de cuidados de enfermagem, adquirindo ferramentas necessárias para atuar junto à pessoa/cliente que nos surge nomeadamente numa situação de gestação em idade materna tardia. Procedemos assim à realização de um artigo de revisão da literatura, sendo que para tal selecionamos apenas artigos realizados entre 2008 e 2014. Recorremos a artigos de investigação, dissertações de Mestrado e teses de Doutoramento. No artigo, iniciamos com enquadramento teórico, onde abordamos temáticas como a definição de gravidez tardia e seus riscos, as implicações físicas na mulher com gravidez tardia, as implicações psíquicas, as alterações sociais e as expectativas da mulher quanto ao seu papel de mãe e de mulher, as implicações no relacionamento com o companheiro, a vinculação

materna e, finalmente, o papel do enfermeiro no processo de vinculação e numa gravidez tardia.

Enquadramento Teórico

Gravidez Tardia

Uma gravidez após os 35 anos de idade é considerada uma gravidez tardia. Situação cada vez mais comum mundialmente. É considerada uma gestação de risco, uma vez que é associada a mais casos de cromossomopatias fetais, patologias maternas, aumento da incidência de abortos, anomalias fetais, diabetes, hipertensão, hemorragias, partos prematuros, trabalho de parto disfuncional, partos por cesariana, baixo peso do recém-nascido, maiores índices de sofrimento fetal, e menores índices de Apgar do recém-nascido ao quinto minuto de vida.

Segundo Isfer (1970) citado por Gomes, D. et al. (2008), existem dois tipos de fatores de risco para uma gravidez: os fatores presentes antes da gravidez e aqueles que surgem durante a gravidez. Do primeiro grupo, fazem parte a idade da mulher, doença materna, antecedentes obstétricos, etnia/raça, história familiar de doenças hereditárias, problemas de consanguinidade, entre outros. Do segundo grupo, fazem parte a diabetes gestacional, hipertensão, infeção materna, exposição da mãe a radiações, entre outros.

Por vezes, em gravidezes tardias, para além dos riscos obstétricos e associados ao feto são ainda de notar a crescente ansiedade, sentimento de culpa e incapacidade da grávida, o que pode afetar o ajustamento materno a uma gravidez. De modo a manter uma boa saúde mental da grávida, é necessário realizar alguns processos, como a aceitação da gravidez, o reconhecimento do recém-

nascido e o estabelecimento de um vínculo de afeto com ele, entre outros.

Implicações físicas na mulher com gravidez tardia

Como já foi referido, a gravidez em idades tardias é considerada uma gestação de alto risco, devido à previsão de uma série de complicações possíveis tanto para o feto como para a grávida (Gomes *et al*, 2008), pelo que reporta uma maior necessidade de cuidados (Silva & Surita, 2009). Contrariamente, Blickstein (2003) afirma que não há relação direta com a idade da grávida e a complicação da gestação e parto (citado por Gomes *et al*, 2008). As mulheres com gestação tardia têm riscos similares à gravidez nas mães adolescentes, geralmente mais elevados quando a mulher já sofreu abortos espontâneos anteriores, gravidez ectópica, mutações cromossómicas, malformações congénitas. O aborto espontâneo ocorre com maior frequência nas gestações tardias, devido ao aumento das trissomias e aneuploidias, ou possíveis alterações hormonais próprias do período. O risco de aborto ocupa cerca de 25% nas mulheres entre 35 e 40 anos e a 51% nas mulheres com mais de 40 anos (Silva & Surita, 2009). As mulheres com gestação tardia têm riscos similares à gravidez nas mães adolescentes, geralmente mais elevados quando a mulher já sofreu abortos espontâneos anteriores, gravidez ectópica, mutações cromossómicas, malformações congénitas. O aborto espontâneo ocorre com maior frequência nas gestações tardias, devido ao aumento das trissomias e aneuploidias, ou possíveis alterações hormonais próprias do período. O risco de aborto ocupa cerca de 25% nas

mulheres entre 35 e 40 anos e a 51% nas mulheres com mais de 40 anos (Silva & Surita, 2009).

De acordo com Gonçalves & Monteiro (2012), puderam concluir que as principais complicações maternas numa gestação tardia são patologias associadas com a idade, como hipertensão arterial, maior realização de cesarianas, trabalho de parto prematuro, placenta prévia e a REBA (rotura espontânea da bolsa amniótica) prematura. Devido a todas estas possíveis complicações torna-se necessário um acompanhamento mais frequente, com o objetivo de prever, prevenir ou minimizar muitas destas complicações, para isso há a necessidade de orientar a grávida e a sua família relativamente às complicações possíveis e os cuidados necessários a ter, esclarecer dúvidas e assim minimizar a sua ansiedade.

A hipertensão é a complicação mais encontrada nas mulheres com uma gravidez tardia. A hipertensão crónica é mais facilmente diagnosticada em mulheres com idade superior a 35 anos do que em mulheres entre os 30 e os 34 anos. Diversos autores justificam a hipertensão crónica com o comprometimento vascular com o avançar da idade, aumentando a probabilidade de que durante a gravidez haja uma maior evidencia dos sintomas da hipertensão, que não seriam reconhecidos clinicamente. A pré-eclampsia afeta cerca de 3 a 4% das grávidas em geral, com idades maiores de 40 anos aumenta para 5 a 10% (Gonçalves & Monteiro, 2012).

A diabetes mellitus gestacional é diagnosticada em cerca de 3% das grávidas em geral, sendo que nas gestantes com 35 ou mais anos a percentagem aumenta para 4 a 17%.

A primiparidade é um fator importante neste grupo também, sendo a principal razão associada à incidência de cesarianas.

Relativamente à placenta previa, apenas 1,3% a 5,6% de gestantes tardias apresentaram esta ocorrência, nos estudos realizados, sendo que gestantes com mais de 45 anos apresentam 5,6%, enquanto em mulheres mais jovens apresentam uma percentagem de 0,2 a 14% (Gonçalves & Monteiro, 2012).

Complicações como as hemorragias peri parto são também mais comuns nas gestantes com mais de 35 anos, com uma frequência de 1,7 a 11,5%, relacionadas com primiparidade devido a maior propensão para a atonia uterina entre estas gestantes (Gonçalves & Monteiro, 2012). Existem também outras complicações na gravidez tardia, como o descolamento prematuro da placenta, que são mais frequentes nestas idades e baixo peso do recém-nascido (Silva & Surita, 2009). Na gravidez de risco, há uma maior realização de exames preventivos e de diagnóstico, entre os quais se destacam os invasivos como a amniocentese (Gomes *et al*, 2008).

Implicações psíquicas

A expectativa de vida das mulheres, tem vindo a ser alterada e cada vez mais as mulheres adiam a primeira gravidez, de modo a conseguirem atingir outros objetivos de vida, pessoais e profissionais. No entanto, em grande parte dos casos, estas mulheres com uma gestação tardia são saudáveis, têm um ótimo estado de saúde e uma melhor condição económica, porque são geralmente gestações planeadas (Silva & Surita, 2009).

Segundo Maldonado (1986), a maternidade é um período que exige diversas mudanças ao longo do tempo, criando a necessidade de adaptação e ajustamento à maternidade. Estas mudanças ocorrem aos níveis psicológico, social, biológico e conjugal, e podem sofrer influência da cultura, valores e crenças na sociedade onde a família se encontra inserida (Jacobsen, 2014). Durante a gravidez, existe uma ambivalência de sentimentos, um “conflito de sentimentos simultâneos”, é importante o esclarecimento de dúvidas nas consultas pré-natais, de modo a que a mulher se sinta tranquila e compreendida nas suas emoções (Santos, 2014). nas consultas pré-natais, de modo a que a mulher se sinta tranquila e compreendida nas suas emoções (Santos, 2014).

Após os 35 anos, a mulher na perspetiva emocional adota uma postura mais facilitadora no processo de transição para a maternidade, revelando-se melhor preparadas para a sua nova vida de mãe, promovendo um melhor desenvolvimento emocional (Gomes *et al*, 2008). Numa outra perspetiva, uma postura dificultadora pode originar uma má adaptação, que leva a atitudes menos positivas em relação à maternidade e maior ansiedade em relação ao cuidado com o recém-nascido, as mulheres vivem com um medo de que o seu filho corra riscos e problemas de saúde (Gomes *et al*, 2008).

A experiência da maternidade é diferente e única para cada família, requer assim grandes responsabilidades, onde é a mulher que decide se avança com a gravidez ou não. Para algumas mulheres esta gravidez é encarada como uma “bênção”, para outras é encarada como uma

angústia e sentimento de incapacidade. Ao nível psicológico, a maternidade é compreendida pelas mulheres como uma construção de uma família, que exige muitas responsabilidades, assim como mudanças nas atividades de vida, pois aquele novo ser é dependente dela e esta tem que satisfazer as suas necessidades de cuidados (Jacobsen, 2014). Uma gestação provoca um aumento na sensibilidade das mulheres, que faz com que muitas vezes a mulher se torne mais suscetível a crises emocionais, conduzindo diversas vezes a um processo patológico, influenciando a relação mais tarde com o/a seu/sua filho/a. Para o autor Bydlowski (1997), a mulher sente intensamente e revigora intensamente a relação com a própria mãe, tentando fazer uma identificação da relação com o/a, agora, seu/sua filho/a (Gomes *et al*, 2008).

Vários fatores afetam o estado emocional da grávida, sendo para isso importante que haja uma estrutura na personalidade da mulher, capacidade para resolução de resolução de conflitos, a aceitação da sua condição, a sua condição económica e o suporte familiar, que sustenta a mulher durante e após a gestação (Gomes *et al*, 2008). Um problema na adaptação ao processo de gravidez implica um desafio e uma adaptação ao desafio. Durante o desafio, a mulher pode experimentar um desequilíbrio de tal ordem que pode originar um estado de ansiedade e *stress* (Gomes *et al*, 2008). Um dos desafios principais que originam e ansiedade na grávida é a percepção de que as gestações, consideradas de alto risco, são uma indicação de possíveis problemas de saúde, emocionais e sociais graves, quer para o

feto como para si própria. Sendo que filhos de mulheres com níveis de ansiedade mais elevados podem gerar índices de Apgar mais baixos (Gomes *et al*, 2008). Um “rótulo” de gravidez de risco, leva a um maior sofrimento por parte da gestante, que pode levar a sentimentos de culpa, censura e incapacidade da mulher. Este “rótulo” leva a mecanismos de negação por parte da mulher que gera uma evitação por parte da mulher em se relacionar com o bebé, porque esta acredita que o bebé pode não sobreviver (Gomes *et al*, 2008).

Num questionário realizado por Figueiredo *et al* (2004), mulheres grávidas com 35 anos ou mais, têm uma menor aceitação das mudanças no seu corpo, têm um comportamento negativo relativamente ao aumento do peso, aumento do volume mamário e desconforto em aparecer em publico, comparativamente a grávidas mais jovens. Consideram que têm menor capacidade física de voltar ao seu peso inicial (Faria & Ramos, 2012).

Alterações Sociais: Expectativas face ao papel de mulher- mãe

A maternidade tardia tornou-se o acontecimento predominante deste último século (Langer (1986) citado por Jacobsen (2014)), devido, sobretudo, às mudanças do contexto social atual. (Faria e Ramos, 2012). Remontando ao passado, a mulher era destinada para as ocupações domésticas (não remuneradas), fazendo com que os seus principais objetivos fossem casar e ter filhos. (Parada, 2009). No entanto, hoje em dia, vemos a mulher mais independente, sendo que há inúmeras possibilidades de a mulher se tornar mãe mesmo sem a participação direta ou ativa do homem, através das técnicas de reprodução *in vitro*

(Jacobens, 2014) o que contribui para o adiamento da maternidade. Encontram-se, também, em ascensão no mercado do trabalho, existindo assim conflito entre a escolha pela maternidade e a carreira profissional. (Jacobens, 2014)

Neste sentido, Reece (1993) (citado por Jacobsen (2014, p.32), indica duas desvantagens para mães tardias: (1) a ausência ou dificuldade de estabelecer uma rede social e funcional, (2) autossatisfação insuficiente com o novo papel, comparado a outros aspetos já consolidados nas suas vidas.

Desta forma, uma grávida tardia, pode sentir a transição para a maternidade mais difícil por ter de alterar um estilo de vida que ela trabalhou anos para estabelecer (de acordo com Stark (1995), citado por Jacobsen (2014)). Segundo o estudo de Mansur (2003), que envolveu mulheres entre 40 e 50 anos com e sem filhos, foi observado que as mães que optaram por conciliar a maternidade e o trabalho vivenciaram conflitos em estabelecer um equilíbrio entre as duas funções.

Implicações no relacionamento com o companheiro

A maternidade e a paternidade são momentos fundamentais no ciclo da vida do casal, no qual o homem e a mulher tem a oportunidade de um crescimento mútuo, (Maldonado (1986) citado por Jacobsen (2014)), existindo mudanças nos papéis e na identidade do casal.

Nas fontes bibliográficas consultadas constatou-se que as implicações de uma gravidez tardia no relacionamento entre o casal, não se diferem de uma gravidez antes dos 35 anos e que se torna essencial o apoio do conjugue. No entanto Faria e

Ramos num estudo realizado em 2012, onde analisaram dois grupos: o de controlo (Grupo B – grávidas < 35 anos) e o grupo A (grávidas com > 35 anos), concluíram que na relação entre o casal é melhor nas grávidas incluídas no grupo de > 35 anos, pois tendem a ser casais mais maduros, com estabilidade financeira e emocional proporcionando uma gravidez mais tranquila e uma organização familiar mais sólida.

Em relação à vivência da sexualidade entre o casal, de acordo com as fontes bibliográficas existe uma diminuição da libido e que está relacionado com a fadiga excessiva, dor durante a relação coital e a presença de leucorreia, sendo que a penetração vaginal é praticada pela maioria dos casais até ao sétimo mês de gestação (Sydow (1998) citado por Jacobsen (2014)). No mesmo estudo, as mulheres mais jovens (< 35 anos) mostram-se mais ajustadas às mudanças ao nível do comportamento sexual durante a gravidez. Como a vivência da sexualidade é influenciada por múltiplos fatores, como os referidos, a mulher com > 35 anos, vive uma ansiedade acrescida por ter uma gravidez de risco, tornando-a menos propensa a ter relações sexuais.

Vinculação Materna

→ Vinculação

O vínculo afetivo pode ser compreendido como um compromisso emocional que leva a mãe a procurar satisfazer as necessidades do/a filho/a, desde a alimentação, higiene, carinho e conforto. (Silva, 2012). Segundo Burroughs (1995), citado pelo mesmo autor, a vinculação tem o seu início antes da concepção, é consolidada por eventos significativos durante a gravidez e amadurece

através do contacto entre a mãe e o/a filho/a no período neonatal.

→ **Construção da Vinculação**

A teoria da vinculação assume a “existência de uma necessidade humana inata para formar laços afetivos íntimos com pessoas significativas” (Silva, 2012, pg. 14). O planeamento e a aceitação da gravidez, ouvir os batimentos cardio-fetais, o recém-nascido/a idealizado/a (bebé imaginário), acompanhar o parto e o nascimento, o toque, o facto de cuidar do/a recém-nascido/a, são fatores importantes para a formação da vinculação, são fatores importantes para a formação da vinculação.

Para Brazelton (1994) existe um conjunto de interações entre a mãe e o feto durante a gestação, havendo adaptações mútuas aos estímulos gerados por cada um deles, em que os ritmos da mãe e do feto se sincronizam, o que resulta no processo no qual um vai conhecendo o outro. (Silva, 2012)

Condon (1993) conseguiu identificar duas dimensões da vinculação pré-natal: a qualidade da relação afetiva, que é relativa às experiências de proximidade/distância com o feto, sentimentos de ternura/irritação, o facto de olhar para o/a recém-nascido/a como uma pessoa/ser, compreender que o feto necessita da mãe para o seu bem-estar; e a intensidade da vinculação, que se traduz no tempo que a mãe dispõe para estar com o/a filho/a ou a pensar nele/a.

Assim, segundo Marnie (1989), a vinculação pré-natal faz-se a partir do reconhecimento por parte dos pais das capacidades que o feto adquire enquanto se desenvolve, tendo em consideração os sons, as sensações e os movimentos

vivenciados pelo mesmo, o que permitirá uma relação para toda a vida.

A vinculação perinatal está condicionada pelo trabalho de parto e pela confrontação com o/a filho/a real, que deixou de ser imaginário e que a partir de agora podem ver, ouvir e tocar. Quanto mais satisfatório e menos traumático for o parto, mais fácil é a ligação mãe-filho/a. (Silva, 2012)

A vinculação pós-natal estabelece-se no puerpério e relaciona-se com a aptidão da mãe para satisfazer as carências do/a filho/a e o facto deste/a ser compensador para ela.

Bowlby (1990) considera comportamento de vinculação, todo o comportamento que tem como função criar e manter proximidade com a mãe, sendo estas demonstrações assumidas como inatas, presentes na altura do nascimento. (Silva, 2012) todo o comportamento que tem como função criar e manter proximidade com a mãe, sendo estas demonstrações assumidas como inatas, presentes na altura do nascimento. (Silva, 2012). A partir da repetição das interações com a mãe, a criança vai construindo conhecimentos e expectativas sobre como a mãe responde e é acessível aos seus pedidos de proteção e proximidade. “Essa informação é progressivamente organizada em modelos internos dinâmicos, que são representações generalizadas do *self*, das figuras de vinculação e das relações. (Silva, 2012)

Foi Harlow (1958) que pela primeira vez, através das suas experiências com macacos, conseguiu provar que conseguir suprir as necessidades de alimentação não era o fator indispensável para o desenvolvimento da relação mãe-filho/a. A sua experiência com macacos

Rhesus consistiu em criar duas mães: uma feita com armação de arame e outra semelhante, mas envolvida num manto de esponja. Nesse estudo os filhos preferiram a “mãe” mais confortável (transmitia a ideia de segurança e conforto), independente da condição alimento. Estes dados demonstraram que o conforto transmitido pelo contacto é importante para a criação de respostas afetivas.

→ **Vinculação em Idade Materna Tardia**

A vivência da gravidez e da maternidade é condicionada pela interação de diversos fatores como “... a idade materna, a história pessoal da grávida, antecedentes obstétricos e a existência de suporte social”. (Silva, 2012, p.21)

A idade materna pode influenciar a vinculação materno-fetal, mas os estudos realizados não têm sido consistentes. (Gonçalves, 2014)

Os estudos realizados por Belo (2006) também revelam que há uma maior percepção materna das competências nos cuidados ao recém-nascido, a medida que a idade avança.

Em contrapartida, no estudo efetuado por Mendes (2002), em Portugal, verifica-se uma propensão para diminuição da ligação materno-fetal nas mulheres mais velhas.

Através da sua investigação Mendes (2002) comprovou que a percepção dos movimentos fetais por parte da grávida é um fator decisivo no processo de vinculação, reforçando que a aceitação da gravidez e da existência de outro elemento no seio familiar (ainda por nascer) são tarefas determinantes no vínculo materno ao feto, sendo imprescindível que a mulher, para ter uma

atitude face à gravidez e ao feto, tem de ter um conceito positivo de si mesma. (Silva, 2012)

O Papel do Enfermeiro

Atualmente, devido ao progressivo aumento do número de grávidas com idade igual ou superior a 35 anos que procura a devida assistência (Andrade, 2002 citado por Ramos, Faria, De Oliveira & Silva, 2012), torna-se fundamental sensibilizar e formar os enfermeiros na prestação dos cuidados de enfermagem. A gravidez configura-se como um processo de mudança não só em termos físicos e psicológicos, como também ao nível da relação entre o casal, assim é importante os enfermeiros abordarem esta temática junto dos pais, no sentido de através do ajustamento ser possível ganhar competências para que o casal se adapte não só à progressiva evolução da gravidez, como também no que se refere ao cuidar e educar o seu filho. (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2002 citado por Ramos, Faria, De Oliveira & Silva, 2012).

Numa gravidez considerada normal, a mulher passa por alterações físicas, psicológicas e emocionais que vão condicionar a imagem que a mulher tem de si própria, as suas atitudes bem como os seus relacionamentos intrapessoais e interpessoais nos períodos pré-natal, parto e pós-natal. Numa gravidez tardia, a mulher está sujeita a todas estas alterações e ainda a todas as condicionantes próprias de uma gravidez tardia e que podem provocar uma gravidez de risco (Ramos, Faria, De Oliveira & Silva, 2012). Devido às complicações associadas à gravidez tardia, pode prejudicar o desenvolvimento do ajustamento materno, pelo que cabe ao Enfermeiro Especialista

de Saúde Materna e Obstétrica a prestação de cuidados de enfermagem no sentido de promover o bem-estar materno e familiar, manter a vigilância e prevenir possíveis complicações para permitir o adequado ajustamento materno. (Ramos, Faria, De Oliveira & Silva, 2012)

Frequentemente as necessidades psicossociais da grávida em situação tardia apesar de serem numerosas, são desvalorizadas. Deste modo, o/a Enfermeiro/a Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) tem um papel importante e interventivo no acolhimento tanto da mulher como do casal, assim como no estabelecimento de uma relação de ajuda; pode também fornecer informações e/ou formação, bem como encaminhar o casal para os diversos e respetivos serviços de apoio existentes; e pode ainda desempenhar um papel ativo na promoção e manutenção do ajustamento materno e intervir a nível terapêutico quando se apresentarem dificuldades na adaptação parental. (Van Horn & Reed, 2001; Reel & Lierman, 2003, citado por Ramos, Faria, De Oliveira & Silva, 2012)

O processo que vinculação entre pais e filho(s) inicia-se logo durante a gravidez e tem um carácter contínuo que se vai desenvolvendo no decorrer das interações entre mãe-pai-bebé. Embora a mãe permaneça como o principal elemento da tríade no que se refere à vinculação com o/a recém-nascido/a e o cuidado das suas necessidades, verifica-se que atualmente o pai encontra-se mais presente e mais interessado em participar ativamente na vida do filho. Porém, a mãe nem sempre se encontra habilitada com as competências necessárias para dar resposta a

todas as necessidades e cuidados do recém-nascido, principalmente nos primeiros 28 dias de vida do/a recém-nascido/a. É neste âmbito que o enfermeiro deve atuar, utilizando os seus conhecimentos prévios acerca das mudanças físicas e emocionais que ocorrem nas mulheres puérperas, principalmente as puérperas que tiveram uma gravidez tardia, bem como as dificuldades que manifestem na adaptação às necessidades do filho/a (Da Cruz, 2014).

As puérperas podem sentir fadiga, depressão pós-parto, dores, desconforto físico, o ritmo do/a recém-nascido/a são fatores que podem afetar a mulher e fazer com que esta não tenha tempo para realizar o autocuidado ao seu filho/a. Neste sentido, o EESMO deve sensibilizar a puérpera para as mudanças ao nível físico e fisiológico que se podem manifestar neste período, bem como as mudanças ao nível da relação conjugal familiar, profissional e social, pelo que é necessário demonstrar as vantagens e importância do descanso, do sono e do apoio das pessoas envolventes (Afonso, 1998 citado por Santos, 2011). É importante alertar a grávida para a gradual retoma da sua rotina assim como para a necessidade de repouso e deste modo as vantagens de ter alguém que a ajude e apoie no cuidado das necessidades do recém-nascido, no sentido de lhe oferecer mais descanso (Santos, 2011).

Informar a puérpera e a família, deve ser um processo gradual, sistematizado e que deve ter início o mais precocemente possível de forma a rentabilizar o tempo da puérpera na maternidade/hospital, uma vez o excesso de

informação apenas no momento da alta, não proporciona a interiorização da mesma (Caravana, Aura et al, 2000 citado por Santos, 2011), devido as preocupações, cansaço, atenção dispersa e instabilidade emocional (Santos, 2011). Assim, é importante tentar reduzir a ansiedade materna e parental através da informação e formação. Durante todo este processo é necessário realizar os devidos encaminhamentos e manter a vigilância deste o período pré-natal de forma a prevenir possíveis complicações ou dificuldades no ajustamento materno adequado o mais cedo possível (Ramos & Faria & De Oliveira & Silva, 2012).

O Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) é um profissional de saúde que tem uma ação importante no apoio e na comunicação com os pais e famílias, no sentido de promover o ajustamento materno adequado, bem como o autocuidado ao recém-nascido e atuar também a nível terapêutico perante dificuldades do casal na sua adaptação ao papel parental. É importante que o EESMO forneça todos os ensinamentos e formações aos pais, principalmente ao nível do autocuidado ao recém-nascido, no sentido de aumentar o conhecimento acerca da temática e dar à puérpera as devidas competências de cuidadora. (Da Cruz, 2014). Devido à sua proximidade com a comunidade, é importante que o EESMO esteja sensibilizado e que demonstre interesse e disponibilidade para conhecer o contexto no qual a grávida se encontra inserida, de forma é que esta se encontra a vivenciar a gravidez e com todas as transformações que estão a ocorrer em si e com o seu cônjuge. O enfermeiro deve ser um

agente facilitador do processo de aprendizagem e de transição para a parentalidade, e por isso deve tentar apreender e compreender a realidade da mulher grávida, assim como o contexto (familiar, social, económico...) no qual esta se insere, bem como dar atenção aos possíveis significados que a maternidade tem para si, assim como na situação do pai (Joyce-Moniz e Barros, 2005, p.304, citado por Santos, 2011), no sentido de transformar a gestação e a experiência parental numa vivência positiva (Ramos, Faria, De Oliveira & Silva, 2012), saudável e harmoniosa (Santos, 2011).

Conclusão

Consideramos que devido à priorização da mulher no seu sucesso profissional e estabilização emocional e financeira, atualmente as mulheres decidem ter filhos cada vez mais tarde. As gestações em idades tardias, ou seja, em idades superiores a 35 anos, podem ser consideradas como gestações de risco, uma vez que existe uma maior prevalência de complicações, que podem não ser apenas obstétricas, como também do ponto de vista psicológico e social da mulher.

Nas gestações em idades tardias, por serem consideradas gravidezes de risco maioritariamente, poderão ser manifestados problemas com a mãe e com o/a recém-nascido/a na dimensão física, como o surgimento de patologias (diabetes mellitus, hipertensão), hemorragias peri-parto, descolamento da placenta, entre outros; assim como na dimensão psíquica, devido às alterações emocionais que se operacionalizam na mulher, porém é uma área subjetiva e depende muito da forma como a mulher encara a gravidez; relacionado com este último grupo, também existem mudanças na dimensão

social, pois atualmente a mulher é mais independente financeiramente, considerando, muitas vezes, o trabalho a sua prioridade, nesse sentido a chegada de um filho pode criar um conflito de prioridades; e por fim na dimensão da sua relação com o companheiro, no sentido em que existe uma alteração na identidade do casal e das mudanças de papéis de cada um.

A vinculação materna configura-se como o compromisso de natureza emocional, no qual a mãe procura satisfazer as necessidades do seu filho. Este processo inicia-se antes da concepção e vai amadurecendo conforme o desenvolvimento e o contacto entre mãe e filho/a no período neonatal. Nas gestações em idade tardia, as mulheres mais velhas apresentam uma maior autonomia, competência e maturidade, e como tal, como tal, encontram-se mais aptas para o papel materno, porém em Portugal verifica-se que estas mulheres apresentam uma redução da ligação mãe-filho/a. Neste sentido, o enfermeiro deve tentar compreender em que contextos é que a puérpera se insere, bem como exercer uma ação informativa e formativa, de forma a diminuir a ansiedade e medos dos pais e ainda torná-los competentes na satisfação dos cuidados ao recém-nascido/a.

Referências

dos Santos, T. M. (2011). Preocupações Maternas no Pós-parto: Estudo em Puérperas às três semanas Após a alta da maternidade. *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. Obtido em 1 de Dezembro de 2016, de <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:4150>

- Faria, N., & Ramos, S. (2012). (Re)aprender a ser mãe fora do tempo: o ajustamento materno na gravidez tardia. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 12, 10-13. Obtido em 2 de Novembro de 2016, de www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/download.aspx?artigoId=30843
- Gomes, A. G., Donelli, T., Piccinini, C., & Lopes, R. (2008). Maternidade em Idade Avançada: Aspectos teóricos e empíricos. *Integração em Psicologia*, 12, 99-106. Obtido em 28 de Outubro de 2016, de revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/5242
- Gonçalves, C. (2014). Sentimentos e expectativas da gestante relativamente ao filho. Dissertação de Mestrado. *Universidade de Coimbra*. Obtido em 2016 de Novembro de 20, de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27788/1/TESE%20-%20Carolina%20Gon%C3%A7alves.pdf>
- Gonçalves, Z., & Monteiro, D. (2012). Complicações maternas em gestantes. *Femina*, 40, 275-279. Obtido em 1 de Dezembro de 2016
- Guedes, M. (2014). Nascimento do primeiro filho em idade materna avançada. Tese de Doutoramento. *Universidade de Coimbra*. Obtido em 2016 de Novembro de 19, de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27775/1/Primeiro%20filho%20em%20idade%20materna%20avan%C3%A7ada.pdf>
- Jacobson, E. (2014). Experiências na maternidade de primíparas tardias: um estudo qualitativo (Dissertação de Mestrado). *Universidade de Évora*. Obtido em 27 de Novembro de 2016, de <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/12959/1/TESE%20Corrigida.DEZ.pdf>
- Parada, C. (2009). Experiência da Gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. *Esc Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13 (2), 395-92. Obtido em 27 de Novembro de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a21>
- Ramos, S., Faria, N., de Oliveira, E. A., & Silva, I. S. (2012). O ajustamento materno na gravidez tardia: contributos para a prática de Enfermagem. *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 4, 24-39. Obtido em 1 de Dezembro de 2016, de <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/FichaTecnica.aspx>
- Silva, S. (2012). Vinculação Materna Durante e após a Gravidez: Ansiedade, Depressão, Stress e Suporte Social. Dissertação de Mestrado. *Universidade Fernando Pessoa*. Obtido em 22 de Novembro de 2016, de http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3259/3/DM_16833.pdf

A Alimentação na Gravidez

Feeding on Pregnancy

Adriana Guiomar, Ana Duarte, Pedro Barata, Guilherme Teixeira, Sara Brito, Fernanda Marques, Ana Lúcia Ramos

* Estudante da Unidade Curricular Enfermagem VI Mulher e Saúde Reprodutiva do 3º ano do 15º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

** Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Doutora em Didática e Organização Educativa.

*** Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Doutora em Enfermagem.

Resumo

As necessidades nutricionais dependem do trimestre da gravidez em que a mulher se encontra. Durante a gravidez é aconselhável que haja um aumento de peso adequado, tendo em conta as necessidades da mulher e do feto. Os recém-nascidos que se desenvolveram em condições de nutrição positivas têm uma maior probabilidade de estarem em melhores condições de saúde física e mental no seu início de vida, auxiliando na formação de alicerces essenciais para um crescimento saudável.

O presente artigo consiste numa revisão da literatura realizada no período temporal 2008-2016, tendo como objetivos: clarificar a importância de uma alimentação saudável nesta etapa do ciclo de vida da mulher, providenciar informações à mulher para que esta possa ser autónoma na gestão de uma alimentação saudável na sua gravidez (dar a conhecer os diferentes nutrientes que são necessários na gravidez e ensinar algumas recomendações acerca dos alimentos que devem ser consumidos e evitados), enumerar os diagnósticos e intervenções a serem aplicadas durante esta etapa do ciclo de vida da mulher, evidenciando a importância da atuação do Enfermeiro.

Da revisão de literatura efetuada, conclui-se que a avaliação do estado nutricional e o fornecimento de informação nutricional adequada fazem parte da responsabilidade do Enfermeiro, deste modo, a intervenção do Enfermeiro é imprescindível uma vez que irá orientar e auxiliar a grávida no decorrer da gravidez, realizando ensinamentos, prevenindo e despistando complicações e esclarecendo quaisquer dúvidas que a mulher possa ter.

Palavras-Chave: Alimentação; Saúde; Alimentação Saudável; Gravidez; Necessidades Nutricionais.

Abstract

Nutritional needs depend on the trimester of pregnancy in which the woman is. During pregnancy it is advised that there is an increase of appropriate weight, taking into account the needs of the woman and the fetus. Newborns who develop positive conditions of nutrition are more likely to be in better physical and mental health at the on the beginning of life, helping to lay the foundation for healthy growth.

This article contains a review of the literature conducted in the period 2008-2016, with the following objectives: clarify the importance of healthy eating at this stage of the woman's life cycle, provide information to women so that they can be autonomous in the management of healthy eating in their pregnancy (to show the different nutrients that are necessary in pregnancy and to teach some recommendations about the food that should be consumed and avoided), to enumerate the diagnoses and interventions to apply during this stage of the woman's life cycle, evidencing the importance of the nurse's role.

From the literature review, it is concluded that an assessment of nutritional status and the provision of nutritional information its part of the nursing responsibility, that way, a nursing intervention is imperative, because guides and assist the pregnant woman throughout her pregnancy, teaching, preventing complications and clarifying any doubts that the woman may have.

Key-words: Eating; Health; Health eating; Pregnancy; Nutritional needs

Introdução

A nutrição representa um atributo biológico importante em todo o ciclo vital. A sua relevância torna-se essencial nos processos de rápida multiplicação, como na vida intrauterina. Esta fase é representada pela biologia do crescimento, caracterizada pelo anabolismo, sobre o catabolismo dos processos de síntese sobre o desgasto de células e tecidos (Accioly, Saunders & Lacerda, 2012). O processo nutricional torna-se então fundamental no decurso da gravidez, sendo que os desvios nutricionais nesta fase podem explicar as diferenças epidemiológicas da saúde materno-infantil entre os países ricos e pobres (Accioly, et al., 2012).

A Organização Mundial da Saúde emanou diversas diretrizes, sendo que cada país desenvolveu as suas próprias, que visam a educação nutricional das mulheres grávidas (Lucas, Charlton & Yeatman, 2014).

O presente artigo pretende clarificar a importância de uma alimentação saudável nesta etapa do ciclo de vida da mulher, dar a conhecer os diferentes nutrientes que são necessários na gravidez, fornecer algumas recomendações acerca dos alimentos que devem ser consumidos em maior quantidade e os que devem ser evitados na gravidez. Outro dos objetivos deste artigo é providenciar informações à grávida para que esta possa ser autónoma na gestão de uma alimentação saudável, bem como enumerar os diagnósticos e intervenções a serem aplicados durante esta fase, evidenciando a importância do papel educativo do Enfermeiro.

A gravidez pode dividir-se em duas grandes fases, do ponto de vista nutricional: a fase materna e a fase fetal. A primeira fase, a fase materna, vai corresponder à primeira metade da gravidez, sendo que o organismo da grávida vai preparar-se para potenciar o desenvolvimento do feto na segunda fase, a fase fetal. São observadas as seguintes adaptações fisiológicas na fase materna: Aumento do apetite e da eficiência e absorção do tubo digestivo, da volemia, do débito cardíaco, do fluxo sanguíneo renal e periférico, da produção de insulina, tornando-se o organismo materno mais resistente à hipoglicemia, e por fim existe uma formação de reservas de nutrientes (Parizzi & Fonseca, 2010).

Na segunda fase, a fase fetal, as reservas de nutrientes da mãe, são utilizadas, pois é neste período que o feto cresce de forma exponencial. Apesar deste crescimento intenso, as reservas nutricionais maternas vão mantendo-se estáveis (Parizzi & Fonseca, 2010). Uma dieta saudável e equilibrada durante a gravidez é essencial para o crescimento normal e desenvolvimento do feto, sendo que a American Dietetic Association recomenda que seja seguida uma dieta segura, saudável e equilibrada, destacando como principais nutrientes na gravidez o folato, o ferro, o cálcio e a vitamina D (Lucas, et al., 2014).

Estudos apontam que, existe uma relação entre o estado nutricional materno e o resultado da gestação. Um inadequado estado nutricional da mãe tem um enorme impacto sobre as condições do feto, porque o período gestacional é uma fase de grande exigência nutricional, que permite a existência de ajustes fisiológicos no organismo

A Alimentação na Gravidez

materno em relação ao desenvolvimento fetal (Accioly, et al., 2012).

Os recém-nascidos que se desenvolvem em condições de nutrição positivas na vida intrauterina têm uma maior probabilidade de estarem em melhores condições de saúde física e mental no seu início de vida (Accioly, et al., 2012). Assim, um adequado estado nutricional da mãe pode trazer vantagens de saúde não só para a própria, bem como para o seu filho ao longo da vida (Direção-Geral de Saúde, 2015). Sabe-se também que quando existe um inadequado estado nutricional da mãe existe um maior risco de comprometimento no desenvolvimento do filho. Nestes casos pode ter de ser feita uma programação metabólica, com vista a aumentar as probabilidades de sobrevivência fetal (Accioly, et al., 2012). Com o desenvolver da gravidez, as necessidades nutricionais vão aumentar de forma a dar apoio ao crescimento e desenvolvimento tanto do metabolismo materno, como também do feto (Direção-Geral de Saúde, 2015). Devem assim existir esforços para a melhoria do estado nutricional materno, durante a fase pré-concepcional de preferência, e ao longo da gravidez de forma a melhorar não só a saúde materna, como a do feto (Accioly, et al., 2012).

A avaliação do estado nutricional é um fator extremamente importante pois permite “ (...) identificar as gestantes com desvio ponderal no início da gestação; detetar as mulheres com ganho de peso insuficiente ou excessivo para a idade gestacional em razão do estado nutricional prévio; fornecer base para elaboração de condutas adequadas, visando melhorar o estado nutricional materno, suas condições para o parto e as condições ao nascer.” (Accioly, et al., 2012, p.106).

Assim, a avaliação dos dados antropométricos da mulher deve ocorrer em todas as consultas da assistência pré-natal, de forma a serem orientadores para um cuidado nutricional de acordo com a programação do ganho de peso semanal adequado até ao termo da gravidez (Accioly, et al., 2012).

A avaliação nutricional tem de ser detalhada e ter em conta o número de refeições, a composição das mesmas e os grupos e quantidade de alimentos presentes. É essencial que o Enfermeiro consiga avaliar o consumo de alimentos pouco saudáveis por parte da grávida, bem como perceber os seus hábitos alimentares, alergias e/ou intolerâncias alimentares (Lowdermilk & Perry, 2008). Segundo a Direção-Geral de Saúde (2015, p. 3), “O consumo de uma mistura equilibrada e saborosa de alimentos, poderá não só mantê-la saudável durante a gravidez, e abrir o caminho para um trabalho de parto mais fácil, mas também poderá ajudar a estabelecer os alicerces essenciais para o crescimento saudável do seu filho.” Existem também estudos que apontam que as primeiras refeições sólidas das crianças sejam melhor aceites se os alimentos que são introduzidos fizeram parte da alimentação das mães durante a gravidez (Direção-Geral de Saúde, 2015).

Alguns fatores de risco relacionados com o ganho de peso gestacional inadequado convergem para o baixo peso antes da gravidez, tabaco, baixo nível socioeconómico e de educação, estado civil e idade inferior a 20 anos e superior a 35 anos. Já o ganho de peso materno acima dos valores recomendados está associado a um aumento de taxa de pré-eclampsia e Diabetes Gestacional, podendo ambas levar a um parto prematuro

(Marcel, 2016, p.2). É natural que durante a gravidez exista um ganho ponderal, devido à formação da placenta, ao líquido amniótico, ao crescimento do feto, ao aumento do volume uterino e do sangue em circulação, ao aumento do tecido mamário e à formação de gordura de reserva. Este ganho ponderal deve-se também à necessidade aumentada de energia e de nutrientes que a grávida tem, dependendo este do trimestre em que esta se encontra. Quando tal não acontece, e o ganho de peso por parte da mulher é inadequado existem sérios riscos de atraso de crescimento intrauterino e mortalidade perinatal. Ao invés, um excessivo aumento ponderal da grávida está associado a um elevado peso do recém-nascido aquando o nascimento, tendo também risco aumentado para outras complicações mais tardias.

Cada mulher tem necessidades específicas, e como tal, as recomendações alimentares e nutricionais devem adaptar-se a cada uma delas (Direção-Geral de Saúde, 2015). Assim, nas recomendações para o aumento ponderal durante a gravidez "(...) foram formuladas de acordo com o reconhecimento da necessidade de equilibrar os benefícios de um crescimento fetal saudável, contra os riscos de complicações no parto e pós-parto para a mãe e bebé." (Direção-Geral de Saúde, 2015, p.4). De acordo com a imagem 1, o ganho ponderal da mulher varia de acordo com cada caso, uma vez que tudo depende da avaliação nutricional inicial, portanto, esse parâmetro deverá ser analisado de forma personalizada. Quanto mais acima do peso a mulher estiver antes de engravidar, menos ela deve

engordar na gestação. Na imagem podem-se observar as recomendações para o aumento de peso ideal durante a gravidez bem como um respetivo exemplo.

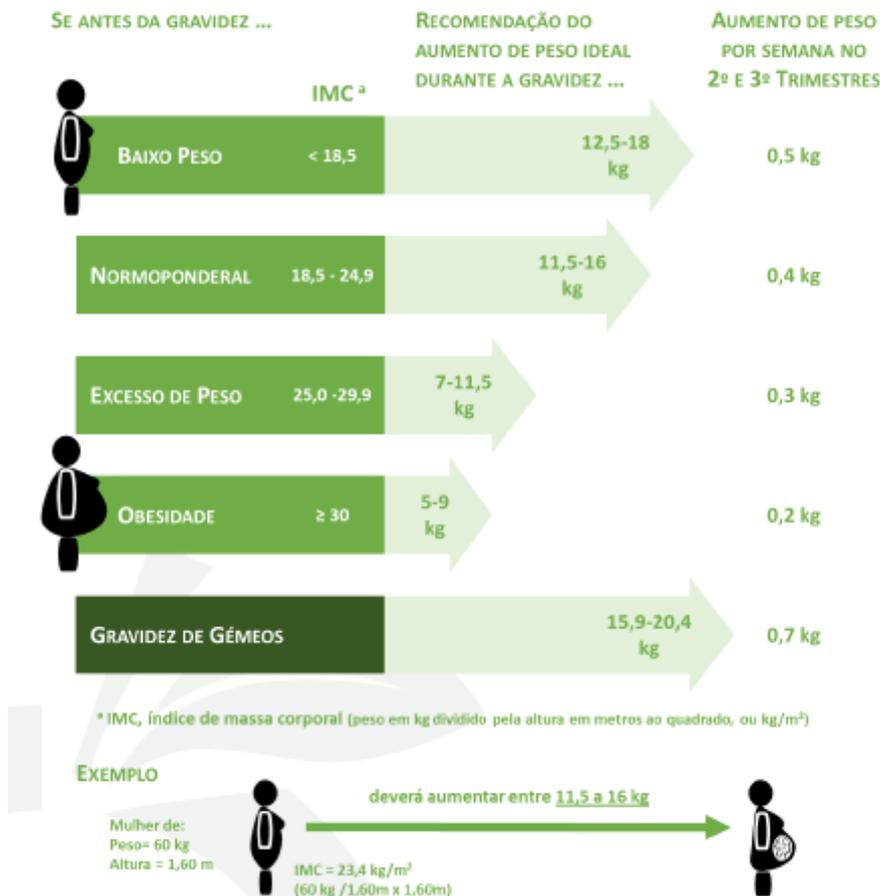


Fig.1. Recomendações para o aumento de peso ideal durante a gravidez. (Direção-Geral de Saúde, 2015, p.4)

Nutrição na gravidez

As necessidades nutricionais nesta fase são influenciadas pelo trimestre de gravidez em que a mulher se encontra. Sendo

assim, durante o primeiro trimestre as

necessidades nutricionais estão ligeiramente aumentadas relativamente às anteriores à gravidez. Ao invés, no terceiro trimestre, há um período em que o crescimento do feto é notável, uma vez que são depositadas a maior parte das reservas de fontes energéticas e de minerais.

Sendo assim, considerou-se fulcral, apresentar os **nutrientes essenciais** para a existência de uma gravidez saudável (Costa, Guerra, Milho & Vicente, 2011).

Energia: As necessidades de energia vão aumentando durante a gravidez de acordo com o trimestre da gestação. São recomendadas cerca de 340 e 450 kcal adicionais, durante o segundo e terceiro trimestres respetivamente, para além das 2000 kcal recomendadas diariamente (Direção-Geral de Saúde, 2015).

Proteína: É no segundo e terceiro trimestres que as necessidades proteicas estão aumentadas na grávida. Este aumento deve-se ao contributo proteico na formação da placenta, crescimento de tecidos uterinos e principalmente no desenvolvimento e crescimento fetal. É recomendado às grávidas que ingeram diariamente fontes proteicas a partir de, por exemplo, laticínios, como leite, queijo e iogurte, e leguminosas verdes e secas, pois são uma boa alternativa proteica, como feijão, ervilhas, grão, entre outras. É também recomendado que sejam ingeridas de forma moderada as fontes proteicas de origem animal, como a carne, o peixe e os ovos (Direção-Geral de Saúde, 2015).

Hidratos de carbono: São considerados a principal fonte de energia na realização das

funções básicas do organismo. Como tal, é essencial que o seu consumo durante a gravidez seja efetuado, pois a partir deles obtém-se glicose que é a principal fonte de energia, e é fundamental para o desenvolvimento do feto. Como alimentos ricos em hidratos de carbono temos os alimentos de origem vegetal, como, os cereais e os seus derivados (arroz, massa, farinha, etc.), tubérculos, leguminosas secas (feijão, grão, ervilhas, etc.) e fruta (Direção-Geral de Saúde, 2015).

Gorduras: As que são de origem alimentar, são bastante importantes no organismo, pois são fornecedoras de energia, transportam vitaminas (A, D, E, K), protegem contra o frio e promovem o desenvolvimento do cérebro e visão do feto. Dentro destas temos as de origem vegetal, como o azeite, os óleos, as margarinas, entre outros, e as de origem animal, como a manteiga, as natas, a gema de ovo, entre outros (Direção-Geral de Saúde, 2015).

Ácido Fólico: O folato encontra-se de forma natural nos alimentos (principalmente em alimentos crus, vegetais de folhas, frutas cítricas, feijões secos, ervilhas e nozes), sendo que o ácido fólico é a sua forma, sinteticamente produzida, utilizada em suplementos (Marcel, C., 2015).

De acordo com DH (1991), suplementos de fólico são recomendados durante a gravidez, pois somente uma dieta é insuficiente para providenciar este suplemento suficientemente (Wyness, 2015). O consumo deste composto, seja por via natural através dos alimentos, ou por meio de suplementos, é essencial ao longo da vida, sendo que desempenha um papel particularmente importante no encerramento do tubo neural durante

o crescimento e desenvolvimento embrionário. Uma inadequada ingestão desta vitamina durante a gravidez pode resultar em deformações no tubo neural, dando origem a incapacidades e sendo potencialmente fatal. Algumas destas deformações são a espinha bífida, anencefalia e encefalocele, por exemplo (Marcel, C., 2015).

A ingestão recomendada desta vitamina para mulheres com menos de 14 anos de idade é de 400 microgramas por dia. Nas mulheres grávidas a ingestão recomendada é de 600 microgramas por dia, sendo a suplementação da mesma realizada antes e durante o primeiro trimestre da gravidez, sendo que, reduz assim o risco de ocorrência de deformações no tubo neural. Assim as grávidas são incentivadas a aumentar a ingestão de folato tanto através de suplementos de ácido fólico, bem como com o consumo regular de alimentos enriquecidos com o mesmo, como os referidos anteriormente. No entanto, uma suplementação excessiva, superior a 1000 microgramas por dia, pode mascarar uma deficiência de vitamina B12 (Marcel, C., 2015). Por norma, esta suplementação deve iniciar-se 3 meses antes da concepção e manter-se durante o primeiro trimestre de gravidez (Direção-Geral de Saúde, 2015).

Ferro: Em combinação com o Sódio, Potássio e Água, o Ferro, ajuda a aumentar o volume sanguíneo existente e assim a prevenir a anemia. É também importante para o metabolismo energético e para o desenvolvimento do sistema nervoso fetal. Um défice de ferro pode originar problemas como: risco de baixo peso à nascença, prematuridade, mortalidade perinatal e perturbações na formação e organização neuronal da criança. O ideal será que

exista uma ingestão diária de 27mg, sendo por vezes necessária a toma de suplementos para atingir este parâmetro. É também aconselhado que a grávida aumente o consumo de alimentos de origem animal, como a carne e o peixe, bem como de leguminosas, como o feijão e o grão, e de hortícolas de folha verde escura (Direção-Geral de Saúde, 2015).

Iodo: Durante a gravidez, uma deficiência de iodo pode comprometer o desenvolvimento cognitivo da criança. Assim deve ser feito um suplemento diário de iodo às mulheres antes da concepção, às grávidas e às mulheres a amamentar. No entanto, e de forma a contribuir para a ingestão apropriada de iodo, é necessário que seja assegurada uma alimentação variada que inclua alimentos fontes de iodo, como o peixe, as leguminosas, as hortícolas, o leite e outros produtos lácteos, bem como a substituição do sal comum por sal iodado (Direção-Geral de Saúde, 2015).

Cálcio e Vitamina D: O cálcio tem um papel importante ao nível dos ossos e dentes saudáveis quer da mãe, mas também da criança. As melhores fontes de cálcio são o leite, os produtos lácteos e alguns cereais. Já a vitamina D é fundamental para que haja a fixação do cálcio, sendo assim fulcral para o equilíbrio entre os ossos bem como da formação do esqueleto e dentes da criança. Esta é sobretudo produzida pela exposição ao sol, sendo no entanto importante ter atenção aos cuidados a ter durante a exposição solar (Direção-Geral de Saúde, 2015). Peixes como salmão, sardinhas, truta, cavalinha são uma ótima fonte de vitamina D quando consumidos uma vez por semana (Wyness,

2015). De acordo com Williamson and Wyness (2013) É recomendado um suplemento diário de 10 mg de vitamina D a todas as mulheres grávidas e às que se encontram a amamentar. De acordo com autores de revisões sistemáticas, a suplementação diária de cálcio proporciona melhores resultados maternos, levando a uma redução de risco de pré-eclampsia e pressão arterial elevada, bem como diminuição de nascimentos prematuros, em mulheres que tomam 1,5-2g/dia de cálcio elementar, em relação às grávidas que tomam em menor quantidade (Marcel, 2016).

Vitamina A e B: A vitamina A é essencial para a estrutura e funcionamento da pele, sendo também vital para a visão, crescimento e um sistema imunitário saudável.

Uma mulher com idade entre os 19-64 anos necessita de 600mg por dia desta vitamina, sendo que uma grávida necessita de mais 100mg adicionais e uma mulher a amamentar mais 350mg por dia (Wyness, 2015). A vitamina B2 auxilia na libertação de energia da comida e mantém as membranas mucosas saudáveis, como as da boca e intestinos (Wyness, 2015).

De acordo com DH (1991) uma mulher adulta necessita de 1,1mg/dia desta vitamina, já uma mulher grávida necessita de 0,3m/dia adicionais (Wyness, 2015). A vitamina B12 ajuda na produção de glóbulos vermelhos e mantém o sistema nervoso saudável (Wyness, 2015). A vitamina B12 pode ser encontrada em quase todos os alimentos de origem animal, como carne, peixe, ovos, leite e derivados, bem como em extrato de levedura e cereais fortificados de pequeno-almoço, sendo que

mulheres com dieta vegetariana necessitam de um suplemento de vitamina B12 (Wyness, 2015).

Zinco: Este desempenha funções essenciais em diversos processos biológicos do organismo, como por exemplo, na síntese de proteínas, no metabolismo energético, no metabolismo dos hidratos de carbono e dos lípidos, no metabolismo do ADN, sendo ainda necessário na diferenciação e divisão celular e no correto funcionamento do sistema imunológico. A sua deficiência pode provocar malformações congénitas, baixo peso ao nascimento, morte prematura, sendo por isto considerado como fulcral no desenvolvimento neurológico fetal. É então recomendado à grávida que ingira carne, peixe, leguminosas, produtos lácteos e cereais, pois estas são as melhores fontes de Zinco (Direção-Geral de Saúde, 2015).

Magnésio: O consumo adequado de magnésio durante a gravidez está associado à diminuição de nascimentos prematuros e de atraso no crescimento intrauterino e à diminuição do risco de pré-eclampsia. São alimentos ricos em magnésio, os espinafres, a banana, o miolo de amêndoa com pele, o miolo de amendoim com pele, o miolo de avelã, entre outros (Direção-Geral de Saúde, 2015).

Sal: É recomendada a utilização de pouco sal para cozinhar, devendo-se mesmo evitar o sal adicionado ao prato. Uma boa alternativa passa pela utilização de ervas aromáticas para temperar a comida (Direção-Geral de Saúde, 2015).

Cafeína: “A posição atual da “American College of Obstetricians and Gynecologists” é que as mulheres grávidas devem evitar a ingestão de cafeína acima de 200 mg/dia.” (Direção-Geral de

Saúde, 2015, p. 16), o que é equivalente a 2 cafés expresso.

A necessidade de nutrientes aumenta ainda mais quando, após o nascimento, as mulheres encontram-se a amamentar (Wyness, 2015).

Hidratação na gravidez

Uma hidratação adequada é deveras importante para que exista uma gravidez saudável, visto que a grávida vai acumular cerca de 6 a 9 Litros de água durante a gestação.

Assim, uma ingestão adequada de água neste período passa pelos 3 Litros por dia (Direção-Geral de Saúde, 2015).

Alimentos a evitar

Durante a gravidez é fulcral que a grávida siga de forma rigorosa os cuidados de higiene com a alimentação, lavando bem todos os alimentos, e que evite os alimentos não indicados durante este período como: Laticínios não pasteurizados, queijo fresco, requeijão, queijos mal curados, enchidos e fumados, espadarte, tamboril ou tintureira, carne e peixe mal cozinhados, legumes e fruta mal lavados e patês (Direção-Geral de Saúde, 2015).

Certos tipos de peixe, como o tubarão, atum, espadarte e carapau têm sido associados a elevados níveis de mercúrio, o que proporciona o aumento do risco de malformações aquando o desenvolvimento. A evidência sugere que não existe risco de toxicidade de mercúrio a partir de peixes do oceano isolados, a ingestão de peixe durante a gravidez influencia a coordenação da visão com os movimentos do corpo na criança (Marcel, C., 2016). Estudos comprovam que o

baixo consumo de peixe (<340g / semana) durante a gravidez está associado a partos prematuros, baixo peso e atrasos no desenvolvimento neurológico (Marcel, C., 2016).

Existem algumas sugestões acerca da preparação e segurança dos alimentos, visto que durante a gravidez, a grávida deve ser particularmente cuidadosa, com vista a não contrair nenhuma doença de origem alimentar a partir de alimentos contaminados, pois algumas bactérias e parasitas podem ser prejudiciais para o feto. No entanto, também existem alguns alimentos que podem ser uma fonte importante de outros compostos com potencial tóxico (Direção-Geral de Saúde, 2015).

De seguida apresentamos algumas sugestões para o dia-a-dia:

“Lavar as mãos com água morna e sabonete (...);

Lavar muito bem os legumes com água corrente;

Lavar todos os frutos, mesmo se pretender descascá-los;

Separar os alimentos crus dos alimentos prontos a consumir;

No frigorífico, conservar a carne e o peixe crus sempre bem embalados e na zona intermédia, e os produtos em fase de descongelação na prateleira inferior, acondicionados em recipientes que evitem o derrame de líquidos resultantes do processo de descongelação;

Os alimentos cozinhados nunca devem ser colocados em recipientes onde estiveram alimentos crus, sem que o recipiente seja bem lavado;

Quando os alimentos são reaquecidos, devem ser levados à fervura, ou então reaquecidos a altas temperaturas por algum tempo;

Aquecer completamente as refeições prontas-a-comer (...) antes de servir;

Cozinhar completamente a carne; certificar se a carne congelada está corretamente descongelada antes de cozinhar;

Se usar o micro-ondas, seguir as instruções do fabricante e certificar-se de que o alimento está bem cozido no interior;

Verificar sempre o prazo de validade na embalagem dos alimentos;

Usar luvas quando fizer jardinagem e lavar as mãos após esta prática;

Usar luvas ao manipular os excrementos de gato: os gatos podem ser a fonte de Toxoplasmose – infecção grave que pode causar cegueira, atraso mental ou até mesmo morte fetal.” (Direção-Geral de Saúde, 2015, p. 18-19).

A alimentação na gravidez deve ser saudável, completa, equilibrada, variada e segura, tendo em conta as orientações da roda dos alimentos. É essencial que sejam feitas 5 a 6 refeições por dia, em intervalos de 3 horas, sendo estas, o pequeno-almoço, o almoço, o jantar e 2 ou 3 pequenos lanches. Favorecer o consumo de hortícolas, preferir o peixe gordo e limitar o consumo de carnes vermelhas a 2 ou 3 vezes por semana. Ingerir metade dos cereais, como o pão, arroz ou massa, sob a forma integral. Comer 3 a 4 peças de fruta por dia. Ingerir 3 porções de laticínios de preferência meio-gordos ou magros por dia. Privilegiar os óleos vegetais e moderar o consumo de sal. Ingerir a quantidade de água suficiente de

forma a saciar a sede, podendo ter como referência os 2,3 litros. Praticar atividade física de forma moderada e evitar bebidas alcoólicas (Direção-Geral de Saúde, 2015).

Problemas com a alimentação na gravidez

Náuseas, vômitos e azia: Ocorrem em cerca de 70% das grávidas, devido a alterações hormonais, sendo mais frequentes no início da gravidez.

Existem algumas estratégias que podem conduzir para o alívio destes sintomas, tais como, fazer pequenas refeições com intervalos de 2 horas entre elas, evitar os alimentos com odores fortes, e se for necessário consumi-los em pequenas quantidades, evitar alimentos irritantes e ingerir líquidos frios, cerca de 1 a 3 horas antes e após as refeições (Direção-Geral de Saúde, 2015).

Obstipação: Ocorre em cerca de 35-40% das grávidas. De forma a aliviar este sintoma, as grávidas podem ingerir bastantes líquidos, cerca de 2 litros por dia de água preferencialmente, providenciar um aumento da ingestão de alimentos ricos em fibra e realizar exercício físico de forma regular (Direção-Geral de Saúde, 2015).

Recomendações para uma gravidez saudável

Durante a gravidez é aconselhável que haja um aumento de peso adequado, tendo em conta as necessidades da mulher, associando a este uma prática de exercício físico de forma regular e moderada.

A alimentação deve ter como base os guias para uma alimentação saudável, tendo em conta a roda dos alimentos. Deve existir uma suplementação adequada de vitaminas e minerais.

Não deve existir o consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco.

Por fim, as grávidas devem seguir as recomendações da manipulação segura dos alimentos e da sua preparação (Direção-Geral de Saúde, 2015).

A obesidade na gravidez

A obesidade é um problema de saúde pública, presente em todo o mundo (Parizzi & Fonseca, 2010). A gravidez pode ser desencadeante da obesidade, ou ser um fator de agravamento quando esta seja pré-existente (Mattar, Torloni, Betrán & Merialdi, 2009). Considera-se que a predisposição genética tem um papel relevante para a suscetibilidade de cada mulher para a obesidade, sendo o equilíbrio energético resultante da ingestão calórica e da pouca atividade física desempenhada (Mattar, et al., 2009).

Nas grávidas que apresentam obesidade, existe um maior risco de eclâmpsia, infecções do trato urinário, parto difícil, tendo mesmo de ser realizado através de cesariana muitas vezes, e de hemorragia pós-parto (Parizzi & Fonseca, 2010). A obesidade durante a gravidez pode também resultar em diabetes gestacional e levar à obesidade materna pós-natal. O peso excessivo durante a gestação aumenta o risco de macrossomia, predispondo as possibilidades de distocia do ombro e complicação da gravidez (Marcel, 2016).

Esta condição por parte da mãe pode comprometer a programação metabólica fetal, predispondo os fetos a terem no futuro problemas de obesidade, perpetuando este ciclo (Parizzi & Fonseca, 2010).

Também as mulheres com excesso de peso têm um maior risco de morte, não apenas na vida adulta, mas também durante o ciclo gravídico-

puerperal (Mattar, et al., 2009). Nesta questão, os profissionais de saúde devem estabelecer metas, planejando e implementando estratégias que visem a prevenção primária, mas também que visem o tratamento e o controle da obesidade, não só durante a gravidez, mas também em todas as fases da vida. É necessário ter em conta os riscos que a obesidade traz para a gravidez, de forma a implementar as melhores intervenções existentes para reduzir os mesmos, educando e encorajando o planejamento de uma gravidez com um peso adequado (Mattar, et al., 2009).

Estudos revelam que mulheres com excesso de peso, ao praticarem atividade física moderada (cerca de 30 minutos/dia) e ao seguirem as diretrizes nutricionais recomendadas são bem-sucedidas, na manutenção de um peso saudável (Marcel, 2015).

Atuação do Enfermeiro

“A avaliação do estado nutricional e o fornecimento de informação nutricional adequada fazem parte das responsabilidades do Enfermeiro na prestação de cuidados pré-natais.” (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 268).

A avaliação nutricional é preferencialmente realizada antes da concepção para que a mulher possa realizar alterações e adotar um estilo de vida propício à gravidez. Por outro lado doenças como diabetes mellitus, doença renal, doença hepática, entre outras, podem afetar o estado nutricional da mulher e as suas necessidades energéticas, pelo que também é fundamental que os cuidados nutricionais sejam iniciados antes da concepção (Lowdermilk & Perry, 2008).

A avaliação inicial é realizada pelo Enfermeiro e baseia-se na recolha de dados referentes à história alimentar da mulher obtida através da entrevista, dos registos de saúde, da observação física e dos resultados laboratoriais (Lowdermilk & Perry, 2008).

Ao realizar esta avaliação são averiguadas informações sobre alimentos e bebidas habitualmente consumidas pela mulher, a situação socioeconómica, alergias e intolerâncias alimentares, bem como todos os medicamentos e suplementos nutricionais que iniciou (Lowdermilk & Perry, 2008).

“A avaliação deve incluir uma apreciação da situação financeira da mulher e os seus conhecimentos sobre práticas alimentares saudáveis. A qualidade da alimentação melhora com o aumento do nível socioeconómico e educacional.” (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 320). O Enfermeiro deve apurar junto da grávida acerca da presença e gravidade dos desconfortos da gravidez, nomeadamente enjoos, obstipação e pirose, referidos anteriormente (Lowdermilk & Perry, 2008).

As crenças e medos das mulheres acerca das alterações corporais durante a gravidez podem resultar em dietas restritas que aumentam o risco de desnutrição e atraso no crescimento e desenvolvimento do feto, sendo por isso a atuação do enfermeiro imprescindível, de modo a desmistificar crenças e mitos que possam existir e ajudar a grávida a ultrapassar os seus receios. (Marcel, 2016).

As medidas antropométricas recolhidas pelos Enfermeiros dão informação, a curto e a longo prazo, acerca do estado nutricional da grávida, pelo que é essencial serem avaliadas em todas as

consultas (Lowdermilk & Perry, 2008). A observação física tem uma enorme relevância, na medida em que pode revelar sinais de má-nutrição na grávida, no entanto a sua interpretação pode tornar-se mais fácil através de uma história de saúde detalhada complementada com exames laboratoriais, se necessário. O Enfermeiro deve ter especial atenção para a existência de distúrbios alimentares, tais como anorexia nervosa, bulimia ou dietas antes ou durante a gravidez. O hematócrito e a hemoglobina são os únicos exames laboratoriais que a grávida necessita de realizar relativos a nutrição, para despiste da presença de anemia.

Dada a existência de anemia fisiológica durante a gravidez devem ser ajustados os valores de referência dos exames mencionados anteriormente (Lowdermilk & Perry, 2008).

A avaliação inicial proporciona assim uma base para a elaboração de Diagnósticos de Enfermagem ajustados às necessidades da mulher, como por exemplo Risco de Malnutrição, Padrão Eliminação Intestinal Comprometido [obstipação] e Conhecimento Diminuído [acerca da nutrição adequada] (Costa, et al., 2011).

De acordo com os diagnósticos elaborados deve ser realizado, em colaboração com a grávida, um Plano de Cuidados de Enfermagem individualizado tendo em conta alguns resultados esperados a atingir pela mulher, sendo alguns dos mais comuns:

- Atingir um ganho ponderal adequado durante a gravidez.
- Consumir os nutrientes adequados através da alimentação e suplementos de acordo com as necessidades.

- Ultrapassar os desconfortos associados à gravidez.
- Evitar ou reduzir práticas nocivas tais como ingestão de cafeína, tabagismo e alcoolismo (Lowdermilk & Perry, 2008).

A intervenção do Enfermeiro deve passar por:

- * Ensinar a grávida acerca de necessidades nutricionais durante a gravidez e, caso necessário, acerca das características de uma alimentação saudável, explicando a necessidade de uma alimentação variada e polifracionada, ingerindo pequenas refeições de três em três horas, ricas em qualidade e não em quantidade;
- * Orientar a mulher na individualização da sua alimentação, tendo em atenção a ingestão adequada de nutrientes de acordo com as suas necessidades culturais, económicas e pessoais, podendo ser criado um plano alimentar personalizado;
- * Ensinar acerca da utilização de suplementos nutricionais; Familiarizar a grávida com estratégias para lidar com desconfortos da gravidez, relativos à nutrição;
- * E, se necessário, encaminhar a grávida para outros profissionais e serviços (Lowdermilk & Perry, 2008).

Pesquisas sugerem que o desenvolvimento de iniciativas efetivas de saúde pública do estado nutricional materno a nível global resultariam numa redução a longo prazo da desnutrição e de doença crónica em todo o mundo (Marcel, 2016).

Assim sendo, e visto que a educação nutricional das mulheres grávidas muitas vezes não é suficiente para que estas tomem decisões

informadas acerca da sua alimentação durante a gravidez, é essencial que sejam implementadas medidas, como o aconselhamento nutricional, para que haja uma maior adesão a uma dieta saudável nesta fase (Lucas, et. al., 2014)

Conclusão

Estudos apontam que as primeiras refeições sólidas das crianças sejam melhor aceites se os alimentos que são introduzidos tiverem feito parte da alimentação das mães durante a gravidez. As crianças que se desenvolveram em condições de nutrição positivas na vida intrauterina têm uma maior probabilidade de estar em melhores condições de saúde física e mental no seu início de vida, auxiliando no estabelecimento de alicerces essenciais para o seu crescimento saudável. O Enfermeiro tem assim um papel preponderante na prestação de cuidados pré-natais, avaliando o estado nutricional e fornecendo informações nutricionais propícias ao desenvolvimento fetal. A avaliação inicial realizada pelo mesmo baseia-se na recolha de dados referentes à história alimentar da mulher obtida através de uma entrevista, dos registos de saúde, da observação física e dos resultados laboratoriais. Em todas as consultas, devem ser recolhidas as medidas antropométricas, dado que estas dão informação, a curto e a longo prazo, acerca do estado nutricional da grávida.

As recomendações alimentares e nutricionais devem adaptar-se a cada mulher, considerando as diferenças individuais. As necessidades nutricionais dependem do trimestre da gravidez em que a mulher se encontra, sendo que no primeiro estas são ligeiramente aumentadas, ao invés, no terceiro, há um período em que o crescimento do feto é

mais acentuado. Ao longo da gravidez a hidratação é outro aspeto fulcral que não deve ser descuidado, bem como os alimentos a evitar durante a mesma. Recomenda-se assim a adoção de um estilo de vida saudável, que deve iniciar-se mesmo antes da gravidez de forma a otimizar a saúde da mãe e reduzir o risco de complicações durante a gravidez e algumas doenças da criança. Um adequado

estado nutricional da mãe pode trazer vantagens de saúde para a própria e para o filho ao longo da sua vida. Deste modo a intervenção do Enfermeiro, torna-se fundamental, uma vez que irá orientar e auxiliar a grávida no decorrer da gravidez, realizando ensinamentos, prevenindo e despistando complicações e esclarecendo quaisquer dúvidas que a mulher possa ter.

Referências

- Accioly, E., Saunders, C. & Lacerda, E. M. A. (2012). *Nutrição em Obstetria e Pediatria. Cultura Médica: Brasil.*
- Direção-Geral de Saúde. (2015) Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável: Alimentação e Nutrição na Gravidez. Lisboa.
- Costa, F.G.C., Guerra, N., Milho, T. & Vicente, C. (2011). *Alimentação Saudável na Gravidez. Percursos.* 19. P. 17-25.
- Lucas, C., Charlton, K., & Yeatman, C. (2014). *Nutrition Advice During Pregnancy: Do Women Receive it and Can Health Professionals Provide it?. Matern Child Health Journal.* Springer Science & Business. P. 2465-2478. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e62eb44d-f78d-4be2-8923-5e5feda1a119%40sessionmgr103&vid=1&hid=118>
- Marcel, C. (2015). *Folic Acid and Neural Tube Defects.* Cinahl Information Systems (EBSCO Information Services). Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?sid=f24db6ec-2579-428c-af14-837d8f30d926%40sessionmgr101&vid=4&hid=128>
- Marcel, C. (2015). *Gestational Weight Gain: Interventions – Physical Activity and Diet Counseling.* Cinahl Information Systems (EBSCO Information Services). Disponível em:
- Marcel, C. (2016). *Maternal Nutrition and Prematurity.* Cinahl Information Systems (EBSCO Information Services). Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=7&sid=f24db6ec-2579-428c-af14-837d8f30d926%40sessionmgr101&hid=128>
- Marcel, C. (2016) *Nutrition in Pregnancy.* Cinahl Information Systems (EBSCO Information Services). Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?sid=b4b046ce-c489-441a-a0e3-bee088120371%40sessionmgr4007&vid=1&hid=4114>
- Mattar, R., Torloni, M., Betrán, A. & Merialdi, M. (2009). *Obesidade e Gravidez. Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 31(3). P. 107-110.
- Parizzi, M. & Fonseca, J. (2010). *Nutrição na Gravidez e na Lactação. Rev. Med. Minas Gerais.* 20 (3). P. 341-353.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade. Lusodidacta: Loures.*
- Wyness, B. (2015). *Vitamin supplementation and nutrition during pregnancy and breastfeeding. British Journal of Midwifery.* 23 (10). P. 695-701. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/Legacy/Views/static/html/Error.htm?asperrorpath=/ehost/pdfviewer/pdfviewer>

Problemas de adição de substâncias tóxicas na gravidez e maternidade: uma revisão de literatura

Problems of adding toxic substances in pregnancy and maternity: a literature review

Ana Figueiredo, Inês Maltinha, Sara Oliveira, Carolina Silva, Daniela Silvestre, Fernanda Marques, Ana Lúcia Ramos

* Estudante da Unidade Curricular Enfermagem VI Mulher e Saúde Reprodutiva do 3º ano do 15º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

** Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Doutora em Didática e Organização Educativa.

*** Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Doutora em Enfermagem.

Resumo

Este artigo aborda o tema “Toxicod dependência na Gravidez” e as consequências que o consumo de substâncias como o tabaco, o álcool ou as drogas têm para a saúde da mãe, do recém-nascido do desenvolvimento do papel parental e da vinculação. Os artigos científicos encontrados apontam que as consequências da toxicod dependência são bastantes não só para a mãe, mas também para o recém-nascido ao longo de todo o seu desenvolvimento e que o papel educativo/informativo do enfermeiro é bastante importante, embora com lacunas.

Palavras-Chave: Toxicod dependência; Gravidez; Recém-Nascido; Enfermagem.

Introdução

O avanço no consumo de drogas ilícitas, álcool e tabaco nos dias de hoje são considerados como problemas de saúde pública em todo o mundo (Maia, Pereira, & Menezes, 2015). Em números, aproximadamente 15 a 17% dos consumidores de cocaína são mulheres em idade fértil, o que consequentemente pode acarretar o aumento da prevalência do uso de cocaína durante a gravidez, que afeta as crianças, resultando em altas taxas

Abstract

This article addresses the topic "Addiction in Pregnancy" and the consequences that the consumption of substances such as tobacco, alcohol or drugs have for the health of the mother, the newborn the development of parental role and bonding. The scientific articles show that the consequences of drug addiction are not only important for the mother but also for the newborn throughout her development and that the educational / informative role of the nurse is very important, although with gaps.

Key-words: Drug addiction; Pregnancy; Newborn; Nursing.

de abuso, negligência e necessidade de assistência social (Cembranelli, et al., 2012).

O tabaco é uma das drogas mais consumidas entre a população jovem, devido às facilidades e estímulos para adquirir o produto e ao desconhecimento dos graves prejuízos causados à saúde dos fumantes, esse consumo de tabaco tornou-se o hábito de fumar um comportamento socialmente aceitável (Maia, Pereira, & Menezes, 2015).

O álcool consumido pela mulher grávida, atravessa a barreira placentária fazendo com que o feto seja exposto às mesmas concentrações do sangue materno. Contudo, a exposição fetal é maior, devido ao metabolismo e eliminação serem mais lentos, isso faz com que o líquido amniótico permaneça impregnado dessa substância. Além disso, o consumo de álcool durante a gravidez está relacionado ao aumento do número de abortos (Id., 2015).

O artigo apresenta uma revisão da literatura de documentos entre 2008 e 2016 visando um texto que promova a literacia em saúde da população em geral, cujos objetivos são:

- Dar a conhecer a situação atual do consumo de álcool, drogas e tabagismo na gravidez;
- Conhecer as condições da intervenção social;
- Conhecer as intervenções, em particular do enfermeiro, inserido no processo terapêutico e de dependências das grávidas toxicodependentes;
- Perceber o impacto do consumo de substâncias para o processo de vinculação mãe-recém-nascido.

É importante ressaltar que o cuidado com as grávidas que consomem substâncias nocivas à mesma e ao feto é complexo e exige uma preparação específica por parte dos enfermeiros, sendo que não há duas experiências iguais nestas circunstâncias (Id., 2015).

Toxicodependência na Gravidez

Segundo a OMS (2016), toxicodependência refere-se ao “perigo do uso de substâncias psicoativas, incluindo o álcool e drogas ilícitas. O

uso de substâncias psicoativas conduz à síndrome de dependência – aglomerado de fenômenos cognitivos, comportamentais e psicológicos que se desenvolvem após uso repetido da substância e que geralmente inclui um desejo extremo de consumo da droga, dificuldades no controle do uso, persistindo no consumo apesar das consequências danosas, prioridade dada ao consumo da droga em vez de outras atividades e obrigações, tolerância acrescida” (Hall, 2016).

Segundo Gomes (2011), o diagnóstico da toxicodependência é baseado nos seguintes tópicos principais:

- a) Abstinência;
- b) Tolerância (ou habituação);
- c) Dificuldades em controlar os consumos;
- d) Focalização nas drogas com detrimento de outros interesses;
- e) Continuação dos consumos apesar de consequências nefastas.

O tabaco, o abuso do álcool e o uso de drogas ilícitas são realidades para mulheres grávidas toxicodependentes, consumos que provocam efeitos adversos durante a gravidez (Pinto, Moreira, & Lavinha, 2011). Segundo Nunes (2011), os problemas de adição de substâncias incrementam na gravidez e maternidade, principalmente o uso de cannabis sendo que “o uso de cannabis produz alguns efeitos a curto e longo prazo, ligeiros a moderados, tanto na grávida como no futuro filho, a nível de memória, aprendizagem, pensamento, percepção e coordenação motora, que a tornam não tão inofensiva como poderia parecer”.

Foi realizado um estudo sobre a ingestão alimentar por parte das grávidas toxicodependentes, com uma amostra de grávidas em que todas as mulheres se mantiveram fumadoras durante a gravidez, cinco das grávidas (35,5%) mantiveram o consumo de drogas durante a gravidez, desde cannabis, heroína e cocaína (Pinto, Moreira, & Lavinha, 2011). Na conclusão deste estudo verificou-se que as grávidas toxicodependentes apresentam uma alimentação desequilibrada, que se traduz na inadequação de muitos nutrientes, justificando-se peremptoriamente o acompanhamento destas grávidas pelo nutricionista. “A ligação entre as preferências alimentares e as drogas, cada uma com a sua própria complexidade, merece claramente futuras investigações” (Id., 2011).

“Atendendo às inadequações observadas, é oportuno referir que provavelmente todas as grávidas toxicodependentes, ou pelo menos um número maior, beneficiariam de acompanhamento nutricional especializado, já que os erros cometidos podem não ser facilmente detetados pelos profissionais que as seguem e referenciam” (Id., 2011).

Os partos das mulheres que participaram no estudo foram maioritariamente eutócicos e a idade gestacional do nascimento foi em média de 38 semanas e 3 dias, tendo o peso variado de 980g até 4025g, com apenas duas gravidezes de pré-termo (<37 semanas) (Id., 2011). As substâncias consumidas durante a gravidez, dependendo da quantidade diária ingerida, podem provocar a manifestação de sintomas por parte do recém-nascido. Neste, existe uma ausência súbita da

droga podendo conduzir a uma síndrome de abstinência a qual pode provocar sintomas no recém-nascido como diarreia e tremores. “A síndrome de abstinência deve ser suspeitada quando na história materna apuramos o consumo de drogas ou metadona durante a gravidez, pesquisando substâncias na urina e sangue e utilizando depois escalas de observação do recém-nascido” (Nunes, Rocha, & Estevez, 2011).

O desenvolvimento da criança poderá ser afetado pelo estado nutricional da mãe, como anteriormente analisado no estudo, devido a fatores como a pobreza, fatores de *stress* associados, consequências do consumo de drogas pela mãe durante e após a gravidez, perturbações mentais, entre outros fatores que podem prejudicar a saúde do recém-nascido.

A díade entre a mãe e o recém-nascido pode também ser comprometida, como evidenciado adiante neste artigo, uma vez que a mãe toxicodependente adota comportamentos ‘evitantes’ e desorganizados, podendo até, muitas vezes, desencadear o aborto. Estas mães, por vezes, afirmam ter perdido a capacidade para tomar decisões podendo assim prejudicar o bem-estar físico e psicológico da criança, quer seja pelo consumo de substâncias quer por recearem que no futuro os seus filhos se tornem toxicodependentes (Silva, Pires, & Gouveia, 2015).

Consequências da Toxicodpendência na Gravidez

O hábito de fumar durante a gravidez pode trazer sérios riscos para a saúde da mulher como para a do feto. Alguns exemplos desses riscos são: placenta prévia, episódios de hemorragia

materna, abortos espontâneos, nascimentos prematuros, complicações durante o parto, recém-nascidos com baixo peso, mortes fetais e de recém-nascidos (Maia, Pereira, & Menezes, 2015). Os produtos derivados do cigarro, como o monóxido de carbono e a nicotina, passam facilmente pela placenta. O monóxido de carbono apresenta uma alta afinidade pela hemoglobina do feto, impedindo que este se ligue ao oxigênio, favorecendo a hipoxemia fetal. A nicotina reduz a síntese de prostaciclina, determinando vasoconstrição e o aumento da resistência vascular (Yamaguchi, Cardoso, Torres, & Andrade, 2008).

Além disso, a placenta de mães fumadoras apresenta características sugestivas de hipoperfusão, e, como consequência, há uma maior incidência de atraso do crescimento intrauterino, deslocamento prematuro da placenta e rotura prematura das membranas ovulares (Id., 2008). O uso do cigarro por uma grávida é capaz de acelerar em poucos minutos os batimentos cardíacos do feto devido ao efeito da nicotina sobre o seu aparelho cardiovascular. Além disso, quando a mãe fuma durante a amamentação, a nicotina é absorvida pela criança através do leite materno (Maia, Pereira, & Menezes, 2015). Para além disto, o tabagismo também aumenta o risco de complicações gestacionais relacionadas à insuficiência vascular, tais como, insuficiência uteroplacentária e deslocamento da placenta (Id., 2015). A longo termo, o tabagismo pode ter consequências como déficit de atenção, transtorno de hiperatividade e problemas de comportamento

e de aprendizagem quando a criança atinge a idade escolar (Id., 2015).

Por outro lado, o consumo de álcool durante a gravidez é um grande problema de saúde pública em todo o mundo porque pode causar consequências graves (abaixo referidas) tanto para a mãe como para o feto (Id., 2015). O álcool tem como efeito primário vasoconstrição no cordão umbilical e na placenta, o que pode incrementar a duração da exposição fetal ao álcool devido à redução do fluxo sanguíneo (Grinfeld, 2009).

A exposição ao álcool tem muitos efeitos complexos na função da placenta e no crescimento e desenvolvimento fetais. O álcool cruza a placenta pelo sangue materno e vai para o líquido amniótico e para o feto. Em cerca de 1 hora, os níveis de etanol no sangue fetal e no líquido amniótico são equivalentes aos do sangue da grávida (Id., 2009).

Inicialmente descrita em 1968 na França, a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) é a consequência mais séria para o feto derivada do consumo de álcool durante a gravidez (Yamaguchi, Cardoso, Torres, & Andrade, 2008).

A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) apresenta um padrão típico de alterações faciais, restrições de crescimento pré e/ou pós-natal e evidências de alterações estruturais e/ou funcionais do Sistema Nervoso Central coligados à exposição intrauterina ao álcool (Mesquita, 2010). Para a mãe, a intoxicação alcoólica aguda provoca o aumento da acidez gástrica simultaneamente à diminuição dos reflexos protetores das vias aéreas. Essa associação expõe a grávida a um grande risco de aspiração pulmonar do conteúdo gástrico, visto

que a gravidez por si já determina atraso do esvaziamento gástrico (Yamaguchi, Cardoso, Torres, & Andrade, 2008). As manifestações da abstinência pelo álcool podem aparecer de 6 a 48 horas até 10 dias da interrupção do consumo e incluem, basicamente, sintomas da exacerbação do sistema nervoso autônomo simpático, como taquicardia, hipertensão, arritmias, falência cardíaca, além de *delirium*, alucinações e tremores (Id., 2008).

Quanto à metanfetamina, os efeitos pré-natais ainda não são bem conhecidos, mas a ocorrência de alterações morfológicas e funcionais do sistema nervoso, alterações cardíacas e desenvolvimento intrauterino inadequado já foram demonstrados em alguns estudos (Maia, Pereira, & Menezes, 2015).

Alguns estudos relacionaram o uso de cocaína durante a gravidez com os efeitos sobre o feto. Três estudos demonstraram que o baixo peso ao nascimento está relacionado com o uso da droga (Id., 2015). Além disso, o uso de cocaína durante a gravidez está associado à maior ocorrência de deslocamento prematuro da placenta e arritmias, criando assim grande ameaça à vida materna e conseqüentemente à vida fetal (Cembranelli, et al., 2012).

É importante proporcionar intervenções de assistência às grávidas dependentes, na tentativa de interromper ou reduzir o consumo de cocaína (Id., 2012). O peso ao nascer e a idade gestacional ao nascer são determinantes importantes da saúde neonatal infantil e adulta. Considerando que o uso da cocaína e de metanfetamina possuem grande impacto nesses determinantes, essas substâncias usadas durante

a gravidez estão proporcionalmente ligadas às conseqüências malélicas apresentadas pelo recém-nascido e à sua repercussão futura, como alterações neurológicas, comportamentais e desenvolvimento pobre da linguagem (Id., 2012).

A grande maioria das grávidas dependentes químicas, especialmente do *crack*, não faz nenhum tipo de acompanhamento pré-natal nem procura orientação médica durante a gravidez, pois as suas rotinas são passadas nas ruas expostas ao uso de drogas. Sobre os efeitos do *crack* nos recém-nascidos os estudos ainda são poucos e de certa forma contraditórios. Não há assim uma verdade uniforme, no entanto, caracteristicamente estes recém-nascidos são pouco responsivos, facilmente irritáveis e difíceis de interagir apresentando altos níveis de ansiedade e *stress* (Maia, Pereira, & Menezes, 2015).

As conseqüências mais comuns do uso de drogas durante a gravidez são multifatoriais, podendo causar efeitos irreversíveis tanto na grávida como no feto/recém-nascido. Nessas implicações estão incluídos: hipertensão, taquicardia, hipertermia, malformações congênitas, deslocamento prematuro da placenta, aborto espontâneo, parto prematuro, morte fetal, crescimento intrauterino retardado, baixo peso ao nascer, irritabilidade, excitação, tremores, convulsões, microcefalia e transtornos neurológicos no recém-nascido (Id., 2015).

Vinculação da mãe toxicodependente e recém-nascido

A vinculação mãe-filho é um processo fundamental para o normal desenvolvimento da

criança e para o papel da parentalidade. Silva, Pires e Gouveia (2015) reforçam esta ideia, pois afirmam que “o equilíbrio emocional da criança depende em grande média de um comportamento parental adequado”, pois quando isto não acontece pode vir a ter graves repercussões para o recém-nascido, nomeadamente lesões físicas e psicológicas. Os autores confirmam esta ideia ao afirmarem que na mulher toxicodependente o comportamento parental se encontra perturbado, criando um problema para as crianças e para a comunidade. A mãe fica incapaz de desempenhar o seu papel parental adequadamente devido à perturbação física e psicológica causada pelo consumo de substâncias (a dependência), uma vez que a sua vida é definida por essa “paixão”. Sobral (2008) refere que a perspetiva atual existente sobre a mãe toxicodependente e o recém-nascido é negativa, apesar de a autora discordar, referindo que a vontade e o desejo da mulher toxicodependente de ser mãe está presente, mas perturbada.

Um estudo refere que 2,7 por cada mil nados-vivos são filhos de mães toxicodependentes e “(...) a maioria das mães não vigiou ou vigiou mal a gestação” (Martins, Guedes, & João, 2008). As principais problemáticas da influência das substâncias tóxicas na mãe iniciam-se durante a gravidez pois as futuras mães não reconhecem a gravidez, não têm consciência sobre as alterações do corpo e as necessidades acrescidas que uma gravidez implica, havendo assim uma dificuldade em reconhecer o seu filho e o que é que este implica (Silva, Pires, & Gouveia, 2015). Por outro lado, Nunes, Rocha & Estevez (2011) apresentam

um caso de uma gravidez que não foi planeada, mas que foi desejada, mudando completamente o cenário, pois a mãe reconheceu a gravidez e procurou ajuda nos serviços de saúde. Estudos mostram que as crianças de mães toxicodependentes ao nascerem com síndrome de abstinência nascem mais agitadas, e com um nível de *stress* mais elevado, o que poderia ter sido evitado se a mãe reconhecesse a gravidez e tivesse cuidado bem da mesma (Martins, Guedes, & João, 2008).

Segundo Silva, Pires & Gouveia (2015), após o nascimento da criança, afirma-se que a mãe tem “dificuldade em atribuir à criança uma dimensão própria e considerá-la como um ser individualizado” transmitindo à criança uma instabilidade, criando uma relação insatisfatória entre este e a mãe. A criança não explora o seu mundo, não estabelece contacto visual com a mãe, há escassez na comunicação entre o bebé e a mãe e há pouco envolvimento emocional. Isto também provoca na criança dificuldade em gerir o seu *stress* e o tempo de sono-vigília.

A má vinculação entre a mãe e o bebé tem repercussões graves no futuro da criança. Um estudo realizado a 30 crianças de idade escolar com mãe ou pai toxicodependente revela que 73,3% tem uma relação insegura com o progenitor por consequência de uma má relação diádica. O estudo mostra também uma maior incidência de psicopatologias nestas crianças, confirmando que uma vinculação desorganizada é considerada um preditor de psicopatologia (Muchata, 2011).

Como conclusão, a partir destes autores comprovamos que a relação entre a mãe

toxicodependente e o bebê nem sempre existe de uma maneira harmoniosa, o que pode causar repercussões na maneira da criança se desenvolver como ser individual, tendo medo também de explorar o seu ambiente, “as crianças filhas de pais toxicodependentes evidenciam menos emoções positivas durante a interação, mais respostas de stress a situações novas, maiores níveis de stress como resposta a situações desagradáveis, retomam de forma mais lenta a interação após interrupção, revelam menor capacidade para se manter atentas e alerta” (Silva, Pires, & Gouveia, 2015), focando a sua atenção principalmente no comportamento do progenitor, de modo aproveitar qualquer oportunidade para estabelecer um momento de carinho e ligação: “o funcionamento do sistema comportamental de vinculação implica a existência de uma representação mental do meio em que o sujeito vive, uma espécie de mapa cognitivo, a partir do qual o sujeito pode perceber e interpretar os acontecimentos, antecipar o futuro e elaborar planos” (Muchata, 2011), adaptando-se a cada situação.

A má relação também pode gerar “expectativas negativas, desconfiança, incerteza e, por vezes, hostilidade, o que conduz à antecipação de fraca responsividade às suas necessidades, criando uma elevada exigência da resposta do outro ou, pelo contrário, uma rejeição do apoio fornecido” (Id., 2011).

Intervenção do Enfermeiro

A atuação do enfermeiro em torno desta área temática pode ser desenvolvida, devido “à complexidade, à ausência de uma definição clara

do fenómeno e das suas causas, mas também à mistificação de certas substâncias”. São aplicadas medidas de controlo a nível de substâncias lícitas, através da educação preventiva (nomeadamente sessões promotoras de saúde). A questão das substâncias ilícitas e sua prevenção continua a ser uma área pouco explorada (Moura, 2009). No entanto, é possível a criação de oportunidades de prevenção de uma gravidez exposta a álcool e outras substâncias nos serviços de saúde que as mulheres frequentam. Existe um programa referido em “The Prevention of Substance-Exposed Pregnancies Collaborative” que foca em duas áreas específicas: formar os educadores (saúde pública e em cuidados de saúde) acerca de “screening and brief intervention (SBI)” e implementação do mesmo em serviços frequentados por mulheres em idade reprodutiva. Este programa rege-se pelos seguintes objetivos: aumentar o conhecimento e consciencialização da população-alvo acerca dos riscos do uso de substâncias antes e durante a gravidez; diminuir gravidez indesejada entre as mulheres com experiência de adição de substâncias tóxicas; aumentar os cuidados de saúde e serviços sociais que providenciam conhecimento e melhoram práticas acerca da triagem e intervenção no uso de substâncias; e aumentar o envolvimento do serviço de saúde pública nas atividades de prevenção (Isacco, Pecha, & Grignon, 2013).

Os enfermeiros tem um papel importante no desenvolvimento de planos de ação na educação e saúde. São realizadas ações preventivas por meio de um trabalho eficaz com a equipa multidisciplinar através de palestras nas

comunidades, escolas e visitas domiciliares. O enfermeiro deve ainda orientar as mulheres durante as consultas de pré-natal, abordar as temáticas das drogas e prestar esclarecimentos com a finalidade de redução de danos decorrentes do abuso de drogas, orientar para a saúde e direcionar para tratamentos especializados (Id., 2009). Os profissionais de saúde são os principais motivadores no processo de transformação social, por meio da promoção em saúde, inclusive visando a integração social (Nascimento, Fialho, & Ferreira, 2014).

Segundo Moura (2009) a droga aparece como um fenômeno comportamental na adaptação do indivíduo num contexto que potencia ou não o consumo de droga, derivado de determinadas atitudes e comportamentos, de indivíduo e de grupos sociais. O profissional de saúde deverá ser capaz de detectar precocemente situações de risco, tais como insegurança, dificuldade de adaptação a novos papéis, ou coping ineficaz, de forma a facilitar a intervenção oportuna.

O estilo de vida da mulher toxicodependente organizado em função dos consumos, condiciona a sua forma de ser assim como os seus comportamentos e atitudes face ao planeamento familiar, gravidez e maternidade, que implicam mudanças a nível biológico, psicológico e social e, em particular a gravidez, é caracterizada por alguma instabilidade temporária que exige da mulher um maior esforço de adaptação e equilíbrio. A gravidez é então um período vulnerável e suscetível de intervenção terapêutica por motivar a mulher a pedir auxílio e a iniciar um projeto de reabilitação, daí também ser importante

acompanhar estas mulheres e incentivá-las para o seu tratamento.

A mulher toxicodependente necessita de um acompanhamento especializado, privilegiando o seu desenvolvimento pessoal e adaptação à maternidade. O desenvolvimento pessoal da mulher terá vantagens na solução de alguns problemas favorecidos pelo seu autoconhecimento, pelo que é necessário trabalhar-se ainda a sua autoestima. Quanto à adaptação da mulher toxicodependente à maternidade esta deverá ser trabalhada no sentido da consciencialização sobre os efeitos do consumo de drogas, as diferentes fases de gravidez e os problemas e receios a ela associados (Id., 2009).

Enquanto tratamento à mulher toxicodependente, os programas de substituição com metadona têm plena indicação na gravidez, permitindo desta forma um controlo rigoroso das doses e níveis estáveis no feto. A metadona evita a síndrome de abstinência materna e fetal e permite que a grávida encontre alguma estabilidade (Id., 2009). Pereira (2012) afirma que a substituição pela metadona, em programas específicos, permite um melhor controlo e uma evolução mais promissora da gravidez pela sua habilidade em bloquear os efeitos eufóricos, por exemplo, da heroína.

Existem medidas não farmacológicas que devem ser implementadas logo após o nascimento e têm como objetivo reduzir a estimulação física e sensorial do recém-nascido de mãe toxicodependente: proporcionar local calmo e com pouca iluminação; aplicar medidas de contenção (se necessário); manipulação suave e delicada;

refeições pequenas e frequentes (aleitamento materno se a mãe se encontra em regime de metadona – este está contraindicado quando a mulher usa outras drogas ou tem HIV); usar chupeta concede desorganização ao recém-nascido durante os cuidados de rotina e tem um efeito calmante diminuindo os movimentos descoordenados e a angústia; respeitar o sono do recém-nascido, acordando-o apenas se necessita ser alimentado; colocar luvas no recém-nascido para evitar escoriações que possam resultar da atividade excessiva; glicose oral e posição canguru (para alívio da dor) (Pereira, 2012).

Segundo Moura (2009), ainda a comunidade terapêutica para toxicodependentes funciona como um novo meio de uma estruturação da personalidade e de aquisição de hábitos mais saudáveis que ajudam ao regresso à vida social, possibilitando a melhoria do desenvolvimento pessoal, de reabilitação e de reinserção social dos toxicodependentes, na reintegração dos mesmos na família, na escola, no trabalho e nos diversos grupos da sociedade em que se encontra inserido.

É necessário um programa integrado e comunitário de luta contra a toxicodependência, devendo existir uma intervenção precoce na grávida e mãe toxicodependente numa abordagem multidisciplinar, em que a terapia tem como objetivo: reaprender a viver em abstinência, sem drogas, reforçando a sua responsabilidade, criando autoestima, e desenvolvendo capacidades interpessoais, de forma que se tornem autónomos, todo este percurso passa muitas vezes pelo internamento mais ou menos prolongado numa comunidade terapêutica (Id., 2009). O autor afirma

ainda que a reabilitação da mulher grávida e mãe toxicodependente na comunidade terapêutica proporciona um meio abstinente de drogas, necessário ao desenvolvimento de capacidades do Eu e permite a continuidade da relação precoce, essencial não só para a estruturação e desenvolvimento da criança, como para a evolução favorável da mãe através da descoberta das suas capacidades parentais.

A reinserção social contribui para a eficácia do tratamento, levando à realização pessoal e ao restabelecimento das redes sociais de suporte, no sentido de estabilidade emocional e social do indivíduo. É o processo através do qual o indivíduo reestrutura a sua personalidade e a sua vida, desenvolvendo competências de autonomia e responsabilidade (Id., 2009).

Considerações Finais

Ao longo do artigo refletimos sobre a situação atual do consumo de álcool, drogas e tabagismo na gravidez, sendo que apresentámos dados de evidência científica acerca desse mesmo consumo bem como dados estatísticos sobre a relação dos mesmos com a nutrição das grávidas toxicodependentes, sendo que esta necessidade básica humana (alimentação) se encontra alterada. Relativamente às intervenções do enfermeiro afirma a evidência que são realizadas ações preventivas por meio de um trabalho eficaz com a equipa multidisciplinar através de, por exemplo, palestras nas comunidades, escolas e visitas domiciliárias. Por outro lado, o enfermeiro orienta as mulheres durante as consultas de pré-natal, devendo abordar as temáticas das drogas e prestar esclarecimentos com a finalidade de

redução de danos decorrentes do abuso de drogas, orientando para a saúde e direcionando para tratamentos especializados (Moura, 2009).

Procurámos realçar o impacto do consumo de substâncias no processo de vinculação mãe/recém-nascido sendo que concluímos que esta relação é afetada devido aos comportamentos da mãe toxicod dependente e pelos consumos da mesma, sendo que o futuro do recém-nascido pode ser prejudicado por estes comportamentos e que estes podem nascer com a síndrome de abstinência. Evidências afirmam que as crianças de mães toxicod dependentes ao nascerem com esta síndrome nascem mais agitadas, e com um nível de *stress* mais elevado, o que poderia ter sido evitado se a mãe reconhecesse a gravidez e tivesse cuidado bem da mesma (Martins, Guedes, & João, 2008).

Referências

- Cembranelli, E., Campos, L. R., Portella, M., Abreu, P. V., Salomão, P. C., & Monteiro, D. L. (2012). Consequências do uso de cocaína e metanfetamina durante a gravidez. Brasil. Obtenido de <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3413.pdf>
- Grinfeld, H. (2009). Consumo nocivo de álcool durante a gravidez. Obtenido de <http://cisa.org.br/UserFiles/File/alcoolesuasconsequencias-pt-cap9.pdf>
- Hall, W. (2016). *Substance abuse*. Obtenido de World Health Organization: http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/
- Isacco, M., Pecha, D., & Grignon, A. (2013). *The Prevention of Substance-Exposed Pregnancies Collaborative Report*. Obtenido de City Match - The National Organization of Urban MCH Leaders: http://www.citymatch.org/sites/default/files/documents/book_pages/PESP%20final%20report.pdf
- Maia, J. A., Pereira, L. A., & Menezes, F. d. (2015). Consequências do Uso de Drogas durante a Gravidez. São Paulo, Brasil. Obtenido de <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/664/540>
- Martins, C., Guedes, R., & João, A. (2008). *Recém-nascido de mãe toxicod dependente*. Obtenido de Sociedade Portuguesa de Pediatria: <file:///C:/Users/Carolina/Documents/ENFAS/3%C2%BAano/enfermagem%20VI/Rec%C3%A9m%20nascido%20de%20m%C3%A3e%20toxicoddependente.pdf>
- Mesquita, M. d. (16 de julho de 2010). Efeitos do Alcool no Recém-Nascido. São Paulo, Brasil. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n3/pt_1679-4508-eins-8-3-0368.pdf
- Moura, P. C. (2009). *Estudo de Casos de Mães Toxicod dependentes Internadas numa Comunidade Terapêutica*. Obtenido de Repositório Aberto - Instituto Superior Miguel Torga: http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/223/2/Tese_Mestrado_doc.pdf
- Muchata, T. d. (Outubro de 2011). *Representação da vinculação e problemas de internalização e externalização em crianças de idade escolar em contexto de toxicod dependência parental*. Obtenido de Universidade do Minho: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19751/1/Teresa%20de%20Ascens%C3%A3o%20Frade%20Muchata.pdf>
- Nascimento, C., Fialho, J., & Ferreira, K. (2014). *Crack: Gestação Síndrome da Abstinência Neonatal*. Obtenido de Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa: http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/301df96b800c78a4c4747f32342736cf.pdf
- Nunes, C., Rocha, S., & Estevez, T. (2011). *Toxicod dependência na gravidez*. Obtenido de Revista Porto Clínica Geral: file:///C:/Users/Carolina/Documents/ENFAS/3%C2%BAano/enfermagem%20VI/Toxicoddependencia%20na%20gravidez_importancia%20de%20uma%20abordagem%20multidisciplinar.pdf
- Pereira, S. M. (2012). *As Vivências dos Enfermeiros no Cuidado ao Recém-Nascido com Síndrome de Abstinência Neonatal e sua Família*. Obtenido de Repositório Comum: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9339/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20SAN%20definitiva.pdf>
- Pinto, E., Moreira, C., & Lavinha, I. (2011). *Adequação Nutricional em Grávidas Toxicod dependentes Assistidas na Maternidade Dr. Alfredo da Costa*. Obtenido de Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicoddependencias/Lists/SI_CAD_Artigos/Attachments/530/artigo2_Vol17_n2.pdf
- Silva, S. A., Pires, A. P., & Gouveia, M. J. (2015). *Toxicod dependência e Maternidade: Uma revisão de Literatura*. Obtenido de Scielo: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v27n1/0103-5665-pc-27-01-00083.pdf>
- Sobral, I. S. (2008). *Ser mãe longe da Droga*. Obtenido de Repositório ISPA: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4276/1/15247.pdf>
- Yamaguchi, E. T., Cardoso, M. M., Torres, M. L., & Andrade, A. G. (20 de fevereiro de 2008). *Drogas de Abuso e Gravidez*. São Paulo, Brasil.

As Atividades de Vida Diárias na vida das pessoas com ostomia

Ana Catarina Lopes*, Ana Catarina Luz*, Ana Pedro*, Érica Canudo*, Inês Coelho*, Lino Ramos**

* Estudante do 2º ano do 16º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

** Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Resumo

A ostomia consiste num procedimento cirúrgico em que há exteriorização de uma porção de um órgão através de um orifício, que é designado de estoma. Desta forma, existem diversos tipos de ostomias, pelo que, iremos apenas abordar as ostomias intestinais, tais como jejunostomias, ileostomias e colostomias. Após a realização de uma ostomia, é necessário uma adaptação e aceitação para que a pessoa ostomizada, seja capaz de realizar as suas atividades de vida diárias autonomamente. Assim, para se estabelecer esta adaptação, o enfermeiro desempenha um papel importante e significativo

Palavras-Chave: Atividades de Vida Diárias; Ostomias; Cuidados de Enfermagem

Introdução

Neste artigo procedemos a uma revisão bibliográfica sobre as Atividades de Vida Diárias na Vida das pessoas com ostomia, pretendendo:

- a) explicitar a diferença entre ostomia e estoma;
- b) identificar os diferentes tipos de ostomias intestinais;
- c) explicar como os ostomizados podem realizar as suas atividades de vida diárias e qual o impacto das ostomias na realização destas;
- d) clarificar a importância dos cuidados de enfermagem aos ostomizados.

Para tal, abordamos o conceito de ostomia; procedemos a identificação e explicação dos tipos de ostomias intestinais; explicitamos as atividades de vida diárias das pessoas ostomizadas;

Abstract

The ostomy consists of a surgical procedure in which the exteriorization of a portion of an organ through an orifice, which is called a stoma. In this way, there are several types of ostomies, so we will only address them as intestinal ostomies, such as jejunostomies, ileostomies and colostomies. After performing an ostomy, it is necessary an adaptation and acceptance for an ostomized person, able to perform their daily life activities autonomously. Thus, to establish this adjustment, the nurse plays an important and significant role

Key-Works: Activities of Daily Life; Ostomies; Nursing Care

identificamos os cuidados de enfermagem importantes para a realização das atividades de vida diárias das pessoas ostomizadas.

Ostomias

A ostomia consiste no procedimento cirúrgico, em que se realiza uma exteriorização de uma parte de um órgão através da superfície cutânea, realizada no abdómen, da qual resulta um estoma, ao qual é adaptado o saco coletor (Miranda, 2013).

Os estomas intestinais caracterizam-se por ser “planos ou com relevo mínimo sobre a pele, de aproximadamente 0,5 cm, realizado por vezes para prevenir a irritação da pele em caso de diarreia” (Miranda, 2014, p.27), apresentam forma circular para facilitar a adaptação do saco coletor e tem um

aspecto rosado, brilhante e húmido, idêntico à mucosa das vias digestivas.

A pele em redor do estoma deve ser preservada, de modo a prevenir, o aparecimento de comichão, feridas, dor ou eritema (Miranda, 2014).

Tipos de ostomias

As ostomias de eliminação intestinal podem-se classificar em: jejunostomias, ileostomias e colostomias (temporárias e/ou definitivas), de acordo com o tipo de patologia associada (Miranda, 2014).

As jejunostomias são ostomias construídas no jejuno, sendo as suas fezes líquidas, esverdeadas e de grande volume, o que compromete a absorção de nutrientes, fluidos e eletrólitos, levando a uma desidratação do paciente (cerca de 2400ml em 24h); as ileostomias são ostomias construídas no íleon, cujas fezes são líquidas, mais viscosas que as primeiras e amarelas/esverdeadas, variando num volume entre 1000 a 2000 ml em 24 horas; por fim, as colostomias são ostomias construídas no cólon (ascendente, transverso, descendente ou sigmoide), com exteriorização do cólon através da parede abdominal, "sutando à pele, com o objetivo de criar uma saída artificial para o conteúdo fecal" (Miranda, 2014, p.24), sendo que as características das fezes variam de acordo com a "localização, passando a ser mais consistentes, com cheiro e cor característica, respetivamente" (Miranda, 2013, p.7).

As colostomias podem-se classificar em temporárias ou definitivas, de acordo com o tempo de permanência. Nas temporárias existe possibilidade de restaurar o trânsito intestinal, e nas definitivas a colostomia passa a ser a via de

excreção, substituindo a função do ânus, uma vez que não há possibilidade de reconstruir o intestino (Miranda, 2014).

O estoma, nas jejunostomias, ileostomias e colostomias do cólon ascendente, localiza-se no quadrante inferior ou superior direito, sendo as fezes sobretudo líquidas e muito corrosivas, dada a presença de enzimas proteolíticas. Nas colostomias do cólon transversal, o estoma pode localizar-se, quer no quadrante superior direito, quer no esquerdo, sendo as suas fezes semilíquidas e um pouco corrosivas. Nas colostomias do cólon descendente, o estoma localiza-se no quadrante superior esquerdo do abdómen, e as fezes são pastosas ou moldadas, com o odor habitual. Nas colostomias do sigmoide, o estoma localiza-se no quadrante inferior esquerdo do abdómen, sendo as fezes de consistência sólida, apresentando o odor e aspecto fecal habitual (Miranda, 2014). As ostomias, seja qual for o tipo, apresentam especificidades próprias, nomeadamente na "consistência das fezes, cuidados específicos, material de recolha, complicações e requisitos especiais de adaptação aos estilos de vida" (Miranda, 2013, p.6).

As atividades de vida diárias nas pessoas ostomizadas

"As atividades de vida diária fazem parte integrante da vida da pessoa" (Dias, 2012, p.33),

sendo atividades de autocuidado, são essenciais para satisfazer as necessidades básicas, bem como as exigências da vida quotidiana.

Estas englobam "todas as atividades necessárias aos cuidados pessoais diários, manutenção pessoal e vida comunitária

independente" (Dias, 2012, p. 33), sendo de caráter funcional, atribuem autonomia na satisfação das necessidades básicas fundamentais (Dias, 2012).

Segundo Reis (2015), as dificuldades sentidas na realização das AVD'S, no dia a dia da pessoa ostomizada passam pelas atividades de sobrevivência, bem como ao condicionamento que é imposto ao seu estilo de vida. As pessoas seguras e protegidas optam por mudanças que melhoram a qualidade de vida, em vez que optarem por mudanças destrutivas, que podem envolver "isolamento separação, solidão e depressão" (Miranda, 2014, p.38). Porém, as pessoas não as realizam de forma igual, uma vez que dependem da etapa de vida e do grau de dependência de cada indivíduo (Dias, 2012). No caso particular da pessoa ostomizada, a realização de algumas atividades encontra-se comprometida. Posto isto, é necessário que a pessoa oriente o seu cuidado, de modo a criar autossuficiência e controlo sobre o desempenho das atividades de vida, de modo a possibilitar uma maior independência (Dias, 2012).

De acordo com a Teoria de Virginia Henderson, as necessidades humanas são: "respiração e circulação; autocuidado: beber e comer; eliminação; autocuidado: atividade física; autocuidado: comportamento sono – repouso; autocuidado: vestuário; autocuidado: higiene/proteger os tegumentos; consciência, emoção e precaução; comunicação, sensação e interação social; crença; interação de papéis/bem- -estar; autocuidado: atividade recreativa; aprendizagem" (Simões, & Simões, 2007). Destas necessidades humanas básicas, destacámos as seguintes: higiene, alimentação, eliminação, vestuário, atividade sexual,

atividades desportivas e exercício físico, atividades de lazer, atividade profissional e vida social.

Higiene

Os cuidados de higiene da pessoa ostomizada não são dificultados pelo facto de a pessoa possuir um estoma, sendo que os hábitos de higiene não deverão ser alterados, tendo a pessoa apenas de interiorizar os cuidados ao estoma. A pessoa pode continuar a tomar banho de imersão ou duche, com ou sem o saco, sendo que apenas necessita de ter atenção a essa região, deixando-a completamente limpa e seca (Miranda, 2014). Contudo, é benéfico a não utilização do saco, para poder limpar melhor o estoma e a região em redor do estoma (Batista, 2008, p.30).

A higienização do estoma, bem como a substituição do saco, é fundamental para observar o aspeto do estoma, devendo o doente ter especial atenção "às alterações da coloração, do tamanho e ao facto de sangrar" (Batista, 2008, p.30). Na região peri-estomal, o doente deve tomar atenção à possibilidade de esta se apresentar "ruborizadas ou com feridas", devendo, caso suceda, contactar o profissional de saúde (Batista, 2008).

Alimentação

Relativamente à alimentação da pessoa ostomizada, nos primeiros dias após a cirurgia, a pessoa ostomizada mantém-se com dieta 0, mas quando se confirma a existência de movimentos peristálticos, ou seja, quando o trânsito intestinal se encontra restabelecido, a pessoa ostomizada começa a alimentar-se de alimentos com consistência líquida, ou seja, encontra-se com uma dieta líquida (Reis, 2015). Em geral, a pessoa com ostomia, não apresenta restrições na alimentação,

esta deve manter uma alimentação equilibrada, variada e fracionada, em que devem ser realizadas 5 a 6 refeições ao dia, assim, há um maior controlo do peso, pois o aumento excessivo de peso, da pessoa ostomizada pode levar ao comprometimento do autocuidado, da aplicação de sistemas coletores e haver mais predisposição para o aparecimento de complicações. Mas, nas pessoas com ileostomias, num período inicial, deve haver diminuição da ingestão de produtos integrais, legumes verdes, frutos secos e frutos ricos em fibra.

A pessoa ostomizada deve realizar um reforço hídrico, em que é recomendado, à pessoa com colostomia a ingestão de 1,5 a 2 litros por dia, equanto que, à pessoa com ileostomia é recomendada a ingestão de 2,5 a 3 litros por dia.

O enfermeiro deve informar a pessoa ostomizada que a ingestão de alguns alimentos provoca flatulência (feijão, ervilhas, batata doce, couve flor, brócolos, cebola, cogumelos, chocolate e bolos), odores desagradáveis, obstipação (arroz, batata, banana, queijo seco, frutos secos e compota de maçã) e diarreia (leite, feijão, gorduras cruas, figos e kiwi, ameixas, morango, melancia, laranja, vegetais e cerveja), pelo que, devem ser excluídos das refeições diárias (Reis, 2015).

Eliminação

O problema que está implicado na atividade da eliminação é o facto de a pessoa não conseguir ter controlo fecal. Esta perda de controlo das eliminações faz com que a pessoa não tenha qualquer controlo sobre quando irá evacuar uma vez que não apresenta nenhum esfíncter no local do estoma, ou seja, a evacuação e libertação de gases e odores é involuntária (Calmon, 2014)

Esta eliminação de fezes e gases involuntária tem grande impacto emocional, uma vez que compromete a satisfação e normalidade, deixando a pessoa mais insegura e ansiosa, influenciando outras AVD's e o seu ajustamento social e emocional, acompanhando a pessoa com sentimentos de "vergonha" (Calmon, 2014). Associado a esta perda de função, advém também a necessidade de a pessoa trocar de dispositivo sempre que necessário gerando também um desconforto e infortúnio para a pessoa (Calmon, 2014).

Vestuário

O facto de a pessoa ter uma ostomia, não implica que tenha de mudar a sua aparência, até porque, atualmente, existem sacos muito discretos e que se adaptam a todas as condições. Apenas, deve ser evitado o uso de cintos ou elásticos apertados sobre o estoma e "subir ou descer a linha de cintura das roupas utilizadas" a pessoa pode, ainda, utilizar cinta, desde que não seja apertada (Miranda, 2014). Deste modo, a pessoa pode utilizar qualquer tipo de roupa, desde que se sinta seguro e confortável.

Socialização

Quando uma pessoa é sujeita a uma cirurgia da qual resulta um estoma, tanto a parte física como emocional é afetada, fazendo com que a pessoa apresente uma enorme labilidade emocional e se isole do mundo social (Miranda, 2013). "Apesar do estoma não ser visível a terceiros, o doente não pensa assim" pois este condiciona o seu estilo de vida, mudanças físicas, psicológicas, socio laborais e sexuais e faz com que o ostomizado veja a sua rotina e liberdade alterados, dificultando o seu

regresso à vida social. Esta dificuldade, baseia-se no facto de a pessoa apresentar baixa autoestima e bem-estar pessoal, levando na maioria dos casos a estados depressivos face à sua nova condição e percepção da mesma em relação a si própria (Miranda, 2013).

“As pessoas deixam de ter os cuidados de higiene íntimos e básicos ao ânus “escondido”, e passam a ter que cuidar de um orifício “estranho” equivalente ao ânus, mas no abdómen” constituindo uma ameaça para a autoestima e autoimagem e requer uma intervenção contínua dos profissionais para a adaptação ao estoma, de modo a incentivar a encarar esta nova realidade, familiarizando-se e atingir de novo a vida social que esta tinha antes (Miranda, 2013).

Atividade sexual

A saúde sexual pode ser definida como “uma integração dos aspetos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de forma que seja positivamente enriquecedora e que intensifique a personalidade, comunicação e o amor” (Reis, 2015, p.80).

Segundo Miranda (2014), o facto de um indivíduo ter um estoma não o impede de continuar a ter uma atividade sexual saudável, no entanto é necessário ter em atenção algumas medidas assim como, o esvaziamento do saco prévio à atividade sexual e a adoção de posições mais confortáveis.

Porém quando uma doença atinge um dos elementos do casal, ambos são afetados, pois a sua autoimagem e autoestima estão diminuídas. Assim, o enfermeiro deverá prestar apoio e incentivar o diálogo entre ambos (Reis, 2015).

Atividades desportivas e exercício físico

As atividades físicas são recomendadas nas pessoas ostomizadas, nomeadamente atividades como “correr, andar de bicicleta, nadar ou jardinagem”, e ainda caminhar e dançar, de modo a manter um estilo de vida saudável (Miranda, 2014, p.42).

Contudo, nas atividades desportivas menos violentas, o enfermeiro, deve informar a pessoa, sobre os dispositivos necessários para proteger o estoma. Mas não é aconselhável a realização de atividades mais violentas, como o boxe, judo ou karaté, pelos riscos que estão associados (Reis, 2015). Ainda assim, caso a pessoa decida fazer um desporto que exige maior esforço físico, deve consultar um profissional de saúde (médico ou enfermeiro estomoterapeuta), de modo, a aconselhá-la.

Atividades de lazer

O enfermeiro deve incentivar a pessoa ostomizada a realizar as atividades recreativas e de lazer que tinha por hábitos fazer antes da realização da ostomia (Reis, 2015). No caso de a pessoa ostomizada ir de férias, deve levar uma «bolsa de segurança», que deverá conter um novo dispositivo, lenços de papel e um caso para colocar o material sujo, e levar uma quantidade superior de sacos àqueles que costuma utilizar, uma vez que a mudança de local “pode levar a uma alteração dos hábitos intestinais” (Miranda, 2014, p.44). No caso de a viagem ser feita de avião, a pessoa apenas deve levar sacos na bagagem de mão e em quantidade extra, caso haja alguma eventualidade (Miranda, 2014). Relativamente ao uso de cintos de segurança, é aconselhado que seja usado abaixo

ou superiormente ao estoma, de modo a evitar roçar ou comprimir, uma vez que pode danificá-lo (Miranda, 2014).

Atividades profissional

A pessoa ostomizada sente bastantes dificuldades na reinserção, por sentir uma redução da sua capacidade produtiva. Desta forma, o enfermeiro pode aconselhar a pessoa ostomizada a retomar a sua atividade profissional assim que possível, ou seja, assim que esteja completamente recuperada ou o trabalho não exija grandes esforços físicos. Sendo que, também o médico cirurgião deve aconselhar o retorno à sua profissão (Miranda, 2014; Reis, 2015).

Cuidados de enfermagem à pessoa ostomizada na realização das atividades de vida diária

Os enfermeiros têm como objetivo o cuidar do outro, ou seja, dar-lhe atenção, apoio, auxílio e promover o seu bem-estar (Calmon, 2014). Assim, consideramos que o cuidar em enfermagem têm a finalidade de promover e melhorar a qualidade de vida das pessoas/clientes, agindo com solidariedade e respeitando o outro na sua forma de pensar e enfrentar as adversidades, ao viver momentos de sofrimento e angústia durante a doença (Souza, Sartor, Padilha & Prado, 2005).

Considera-se essencial a intervenção do enfermeiro no processo de cuidados, pois é este quem propõem a resolução de problemas e disponibiliza a informação necessária. Para além disto o enfermeiro ao transmitir confiança à pessoa permite o estabelecimento de uma relação entre ambos, e com a família favorável ao processo de reabilitação (Calmon, 2014).

O enfermeiro deve prestar apoio psicológico à pessoa/cliente através do fornecimento de informações que lhe permitam adaptar-se à sua nova condição de vida, estabelecer uma relação com esta e respetiva família, e incentivar o autocuidado, facilitando deste modo o processo de reabilitação (Gemelli & Zago, 2002). Assim, a atividade informativa/educativa do enfermeiro é entendida como um meio para que a pessoa ostomizada desenvolva as potencialidades para o seu autocuidado, e por sua vez, para a realização das atividades de vida diárias e as (Gemelli & Zago, 2002).

O processo de adaptação a uma ostomia implica que a pessoa/cliente aceite a sua nova imagem corporal assim como esteja a par acerca do processo de doença. Deste modo, o enfermeiro deverá assegurar “a continuidade dos cuidados específicos, avaliando as necessidades da pessoa e da família desenvolvendo estratégias adequadas, para promover a qualidade de vida” (Cardoso, 2011). Para a pessoa ostomizada, o processo de aceitação do estado de saúde é essencial, para que se possa adaptar de uma forma equilibrada à sua nova condição (Cardoso, 2011).

Durante a fase de adaptação ao estoma, o enfermeiro deverá encorajar a pessoa ostomizada a exprimir os seus sentimentos, desenvolvendo assim com a pessoa estratégias de adaptação pois este sentimento de perda e sofrimento profundo irá influenciar a componente emocional da pessoa e consequentemente a realização das atividades de vida diárias (Pinto, 2012).

Concluindo, podemos considerar que a pessoa ostomizada assume necessidades específicas e

necessita de acompanhamento tanto a nível de ensinos como a nível emocional, devendo ser assegurados “cuidados de saúde eficazes, desenvolvendo-se programas e projetos de intervenção com vista a sua capacitação, a nível individual, familiar e na comunidade” (Pinto, 2012).

Conclusão

Não é apenas a parte física da pessoa ostomizada que fica comprometida mas também a percepção de si própria, qualidade de vida e consequentemente a suas Atividades de Vida Diárias.

As AVD's são essenciais no nosso quotidiano, e quando somos sujeitos a uma situação em que estas são postas em causa, a normalidade e estilo de vida da pessoa também é afetada. Assim, para a adaptação desta nova situação de vida, o trabalho do enfermeiro é fulcral para superação emocional da pessoa uma vez que, além de tratar do seu estoma, se centra na componente subjectiva e emocional da pessoa ajudando-a aceitar a sua nova imagem corporal e na aquisição de autonomia da realização das suas AVD's. Concluindo, é importante entender o impacto que uma ostomia tem na vida da pessoa para adequar as nossas intervenções às novas necessidades da pessoa, tendo em conta a componente física e emocional.

Referências bibliográficas

- Batista, A. C. B. (2008). *Cuidados Nutricionais do Doente Colostomizado*. Monografia, Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa, Portugal. Acedido Dezembro 9, 2016 em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3600/3/MONO_anabatis_ta.pdf.
- Calmon, D. (2014). *Elaboração de Protocolo de Assistência de Enfermagem ao Paciente Colostomizado*. Acedido Dezembro 20, 2016 em http://www.ucv.edu.br/fotos/files/TCC_2014-2_Dayana.pdf.
- Cardoso, T. M. S. (2011). *Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Acedido Dezembro 9, 2016 em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9258/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Teresa%20Cardoso.pdf>.
- Dias, L. R. (2012). *Avaliação funcional da pessoa pós fratura do colo do fémur*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Acedido Dezembro 20, 2016 em http://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type%5B%5D=8&academic_programs%5B%5D=3.
- Gemelli, L.M.G., & Zago, M.M.F. (2002). A Interpretação Do Cuidado Com O Ostomizado Na Visão Do Enfermeiro: Um Estudo De Caso. *Rev Latino- am Enfermagem*, 10(1), 34-40. Acedido Dezembro 9, 2016 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n1/7769.pdf>.
- Guia de Ostomia para o Profissional*. Acedido Dezembro 20, 2016 em <http://www.convatec.pt/ostomia#hpc>
- Miranda, C. T. C. (2014). *Pessoa Colostomizada: Atividades da vida diária*. Projeto de Graduação, Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa, Portugal. Acedido Dezembro 9, 2016 em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4664/1/PG_18484.pdf.
- Miranda, L. S. G. (2013). *A Importância da Consulta de Enfermagem de Estomaterapia na Qualidade de Vida da Pessoa Ostomizada na Comunidade*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal. Acedido Dezembro 9, 2016 em https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/2919/1/msc_lsgmiranda.pdf.
- Reis, F. F. de. (2015). *Transição para a Vivência com uma Ostomia: Intervenções de Enfermagem*. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas do Abel Salazar - Universidade do Porto, Portugal. Acedido Dezembro 9, 2016 em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82304/2/131165.pdf>.
- Pinto, M. I. A. C. (2012). *A Pessoa Ostomizada: Um estudo sobre qualidade de vida*. Acedido Dezembro 20, 2016 em http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/1315/1/E%20Com%20-%20A%20Pessoa%20Ostomizada_Um%20estudo%20sobre%20qualidade%20de%20vida%20-%20Margarida%20Isabel%20Alves%20Cordeiro%20Pinto.pdf.
- Simões, C. M. A. R. & Simões, J. F. F. (2007). *Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem Cipe segundo as Necessidades Humanas Fundamentais*. Acedido Dezembro 20, 2016 em http://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publication_Details&pesquisa=&id_artigo=13&id_revista=4&id_edicao=4.
- Souza, M. de L. de.; Sartor, V. V. de B.; Padilha, M. I. C. de S. & Prado, M. L. do. (2005). O Cuidado em Enfermagem – Uma Aproximação Teórica. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14 (2), 266-70. Acedido Dezembro 20, 2016 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a15v14n2.pdf>.
- FIGURA CAPA - <http://cepelli.com.br/wp-content/uploads/2016/08/ostomia2-350x233.jpg>

Complicações das ostomias urinárias e intestinais

Adriana Silva*, Eduardo Pires*, Laura da Silva*, Mariana da Conceição*, Nélida Lopes*, Lino Ramos**

* Estudante do 2º ano do 16º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

** Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Resumo

A realização duma ostomia é um procedimento cirúrgico do qual pode surgir algumas complicações, complicações estas que podem ser precoces ou tardias, dependendo do tempo em que foi realizado a ostomia. São essas as complicações que afetam o bem-estar e a autoestima de uma pessoa ostomizada e acima de tudo a qualidade de vida. Como tal a intervenção do enfermeiro face à concretização de um cuidado adequado à pessoa é essencial para aumentar a confiança e a capacidade de se adaptar à nova fisiologia, de forma a prevenir que as complicações das ostomias afetem a imagem corporal e o autoconceito.

Palavras-chaves: ostomia, complicações, cuidados de enfermagem

Introdução

Nas ostomias surgem por vezes algumas complicações do sistema gastrointestinal que podem resultar em ostomias provisórias ou permanentes. A necessidade de realizar um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização de uma porção do intestino ou dos ureteres associado a uma patologia. O objetivo deste artigo é identificar as principais complicações das ostomias, sublinhando a importância dos cuidados de enfermagem quanto aos ensinamentos necessários e prioritários para que seja possível uma melhoria do bem-estar e qualidade de vida.

Ostomias

Abstract

The accomplishment of an ostomy is a surgical procedure on which there can appear complications, complications these that can be early or late, depending on the time ostomy was performed. These are the complications that affect the well-being and self-esteem of the ostomized person, but above all, life quality. And so, the nurse's intervention regarding a suited care to the person is essential, in order to increase confidence and the capacity to adapt to the new physiology, in a way to prevent ostomy complications that can affect body language and self-concept.

Keywords: ostomy, complications, nursing care

A palavra estoma deriva de uma palavra grega que tem como significado “boca” ou “abertura”. “Uma ostomia é uma ligação de um órgão ao exterior.” (de Menezes, 2008).

Existem 3 tipos de ostomias: ostomias de alimentação (que se denominam por gastrostomias), ostomias de respiração (que são as traqueostomias) e as ostomias de eliminação (que podem ser ostomias intestinais ou urinárias). (de Menezes, 2008)

Os estomas podem ser temporários/transitórios ou definitivos/permanentes, isso depende da etiologia da doença (Gemelli & Zago, 2002). As urostomias são sempre definitivas (de Menezes, 2008). Um exemplo de ostomia temporária são as ostomias realizadas para proteger uma anastomose, ao passo que as ostomias intestinais são definitivas

quando não é possível restabelecer o trânsito intestinal, como acontece nos casos de neoplasia (Gemelli & Zago, 2002). Neste artigo abordamos as ostomias de eliminação.

As ostomias intestinais e urinárias têm como função drenar conteúdo fecal ou urinário, numa pessoa que é incapaz de defecar ou urinar normalmente (Vinhas, 2011).

Nas ostomias urinárias (urostomias) é realizado uma ligação do aparelho urinário ao exterior. As urostomias são realizadas quando há um tumor invasivo da bexiga, esclerose múltipla, bexiga com pequena capacidade e falência do funcionamento da bexiga (de Menezes, 2008). Os principais tipos de ostomias urinárias são: as nefrostomias, as ureterostomia, cistostomia, conduto ileal e conduto colónico (Vinhas, 2011).

Os estomas intestinais consiste na exteriorização do segmento distal do intestino delgado (íleon) ou do cólon (parte do intestino grosso) para o meio externo, através da parede do abdómen. A exteriorização do íleon denomina-se por ileostomias e a exteriorização do cólon é denominada por colostomias (da Rocha, 2011).

O comprimento das ileostomias é, aproximadamente, entre 2,5 a 4 cm e localizam-se no lado direito do abdómen. A coloração do estoma é entre um rosado a vermelho, sendo semelhante ao aspeto do interior da boca. Nas ileostomias, as fezes são líquidas ou semi-líquidas, havendo, por isso, com muita frequência lesão da pele circundante ao estoma, devido à grande quantidade de enzimas presentes nas fezes.

Nas ileostomias não há retenção das fezes e como as fezes são líquidas, vai haver diminuição da

produção de urina, uma vez que, o organismo pede muita água nas fezes (Kerber, Hamaba & Cardoso, 2007).

As colostomias podem se localizar no lado direito (se a parte exteriorizada for cólon ascendente ou transversal) ou no lado esquerdo do abdómen (se a parte exteriorizada for cólon transversal, descendente ou sigmóide). Ou seja, a localização do estoma depende da parte do intestino grosso que foi exteriorizada (Kerber, Hamaba & Cardoso, 2007).

Quando há a exteriorização do cólon ascendente ou transversal, as fezes são pastosas e semi-formadas e são eliminadas durante todo o dia. Quando há a exteriorização do cólon descendente ou sigmóide, as fezes são pastosas e formadas e são eliminadas em períodos regulares, principalmente após as grandes refeições do dia. Estas fezes são menos prejudiciais para a pele, pois contém menor número de enzimas (Kerber, Hamaba & Cardoso, 2007)

Os estomas intestinais são realizados quando há obstruções intestinais (que pode ser causado por neoplasias, doença diverticular, colite isquémica), perfurações do cólon (causado por neoplasias e por doenças inflamatórias intestinais, traumas, fístulas e em casos que requerem a proteção de anastomoses de alto risco (da Rocha, 2011).

Os estomas de eliminação localizam-se na zona do abdominal e requer o uso de um saco coletor, que é aplicado no local do estoma. Também é necessário realizar cuidados de higiene diários ao estoma e proceder a substituição do material (de Menezes, 2008). Caso a pessoa tenha uma colostomia poderá ser necessário trocar o saco

duas vezes por dia, mas nas ileostomias e nas urostomias, a pessoa terá de despejar o saco cerca de quatro a cinco vezes, por dia (de Menezes, 2008).

A existência de um estoma pode provocar alteração da imagem corporal da pessoa (que leva a diminuição do autoestima), alterações a nível da sexualidade e as pessoas têm medo de cheirar mal e por isso têm isolam-se. Além destas complicações também pode ocorrer complicações físicas (ou seja, pode haver complicações com a ostomia), que serão mencionadas posteriormente (de Menezes, 2008).

Complicações das ostomias

Apesar de todos os avanços que têm havido, ainda existem complicações que podem afetar, não só o tratamento, como também a qualidade de vida da pessoa ostomizada (Vinhais, 2010).

As complicações precoces ocorrem imediatamente após a realização das ostomias, ao passo que as complicações tardias só surgem ao fim de algum tempo (Santos & Cesaretti, 2005).

Tanto as complicações tardias como as complicações precoces costumam diminuir a qualidade de vida dos indivíduos ostomizados, podendo em algumas situações terem de ser submetidos a uma intervenção cirúrgica para que as complicações possam ser corrigidas (Santos & Cesaretti, 2005).

Complicações precoces

As complicações precoces são originadas por diversos factores pré e intraoperatórios, tais como o posicionamento incorreto da ostomia, que pode causar desconforto, dor, irritação ou até mesmo a inadaptação do sistema, as cirurgias de emergência

também podem contribuir para um mau posicionamento da ostomia, pois dada a urgência da situação coloca-se na posição que seja mais vantajosa para a situação em questão (Vinhais, 2010).

As principais complicações precoces são: hemorragia, isquemia e necrose, edema e retração.

A **hemorragia** pode ser devido a uma homeostasia inadequada da parede abdominal. Quando a perda de sangue, não é exteriorizada pode originar um hematoma na parede abdominal. A hemorragia também pode ser devida a doença que levou a realização do estoma, ou pode ser originado por um traumatismo local causado durante o manuseio do estoma (Santos & Cesaretti, 2005).

A **isquemia** é caracterizada pela alteração da cor do estoma que se deve a uma diminuição da circulação sanguínea no local (Santos & Cesaretti, 2005).

A **necrose** resulta de uma isquemia prolongada. Caso haja necrose parcial a ostomia terá de ser acompanhada a sua evolução. Na necrose total a pessoa terá de ser submetida a uma intervenção cirúrgica fazendo uma ressecção do segmento necrosado (Santos & Cesaretti, 2005).

O **edema** é desenvolvido quando há trauma cirúrgico. (Santos & Cesaretti, 2005). O edema, normalmente, dura 2 a 3 semanas (Vinhais, 2010).

A **retração** é quando há um afundamento do estoma, podendo este afundamento ser parcial ou total. Esta complicação compromete a aderência do dispositivo, originando um extravasamento de fezes que pode levar a uma dermatite periestomal. É mais frequente ocorrer na colostomia transversal ou terminal. Deriva de uma má fixação da alça intestinal ou da exteriorização insuficiente da

mesma, o que leva a uma elevada tensão, que provoca a separação do estoma da pele (Santos & Cesaretti, 2005).

Complicações tardias

As complicações tardias definem-se como as complicações que ocorrem após o período de adaptação do organismo e da pessoa à ostomia, sendo que Husain & Cataldo (2008) consideram 6 a 10 semanas o período normal de adaptação da maioria das pessoas ostomizadas.

As complicações tardias estão na maioria das vezes relacionadas com a doença que gerou a necessidade da realização do estoma (Santos & Cesaretti, 2005).

As complicações tardias mais significativas são as hérnias parastomais, prolapso, retração, estenose e dermatite de contacto (Barata, 2009; Husain & Cataldo, 2008; Miranda, 2013; Oliveira, 2016; Vinhas, 2010; WOCN, 2014).

A **hérnia parastomal** é uma protusão sob a pele peristomal que ocorre devido à má localização do estoma, ao enfraquecimento da musculatura abdominal, ao aumento de peso, ao emagrecimento ou ao envelhecimento. A prevenção é feita através do uso de cintas de contenção ou cintos de suporte próprio e pode levar ao vazamento do saco coletor, irritação da pele peristomal, distensão da mucosa, encarceramento, estreitamento, perfuração e obstrução completa do estoma (Miranda, 2013; Oliveira, 2016; WOCN, 2014).

O **prolapso** do estoma é uma protusão da ostomia para o exterior do estoma, não causando dor, obstrução ou dificuldades na higiene, podendo, no entanto, interferir com a aplicação dos sacos coletores (Barata, 2009; Husain & Cataldo, 2008). O

prolapso pode ser reduzido manualmente e, caso ocorra edema do segmento este pode ser reduzido através da aplicação de um saco de gelo, aplicação tópica de açúcar, aplicação de um soluto glicosado frio durante meia hora utilizando compressas (Barata, 2009; Husain & Cataldo, 2008; Miranda, 2013; Oliveira, 2016).

A **estenose** é o estreitamento ou contração do estoma ao nível da pele ou da fáscia, prejudicando a drenagem através do estoma, podendo levar à obstrução total do estoma (Vinhas, 2010; WOCN, 2014).

A **dermatite de contacto** resulta da irritação e inflamação da pele que ocorrem devido à má adaptação e má manipulação do estoma e pele peristomal, inadequados cuidados de higiene, crescimento de pelos na pele peristomal, má adaptação dos sacos coletores e reação da pele a fezes, urina ou químicos (Husain & Cataldo, 2008; Miranda, 2013; Oliveira, 2016; Vinhas, 2010).

Cuidados de Enfermagem à pessoa ostomizada

A consulta de enfermagem pré-operatória melhora a capacidade de aceitação da ostomia e do seu tratamento por parte da pessoa, estimula o autocuidado e previne complicações.

A melhor forma de tratar as complicações é através da sua prevenção (Santos & Cesaretti, 2005), mas nem sempre é o suficiente devendo o enfermeiro ter uma intervenção ativa no sentido de auxiliar a pessoa.

Para tal seguem-se algumas intervenções que o enfermeiro pode colocar em prática com a pessoa:

- Identificar necessidades da pessoa (Silva, 2013);

- Promover a aceitação da pessoa perante a mudança fisiológica, na forma de eliminação das fezes e todas as implicações decorrentes desta alteração (Gemelli e Zago, 2002);
 - Promover o conhecimento da pessoa e família no que diz respeito ao pré-operatório, pós-operatório, dados sobre a evolução, complicações, cicatrização da ferida operatória, tipo de alimentação, higienização (Silva, 2013);
 - Recomendar o uso de materiais e equipamentos próprios para o cuidado do estoma e pele periestomal, como bolsas e seus adjuvantes (Mota, et al., 2015);
 - Realizar ensinamentos do domínio da higiene realçando os seguintes aspectos:
 1. Trocar dispositivo sempre que esteja meio cheio, com fugas ou caso o cliente sinta ardor ou desconforto na pele periestomal;
 2. Remover dispositivo de cima para baixo, sendo que uma mão descola o dispositivo e a outra faz ligeira pressão no abdômen evitando puxar demasiado a pele;
 3. Lavar o estoma e a pele periestomal com a ajuda de uma esponja com água morna e sabão neutro com movimentos suaves;
 4. Secar bem a pele periestomal e observar o seu estado de forma a identificar problemas ou complicações;
 5. Realizar tricotomia, sempre que necessário, com uma tesoura no sentido do crescimento dos pelos. Nunca utilizar creme depilatório.
 6. Evitar aplicação de produtos irritantes tais como perfume, álcool, éter entre outros;
 7. Colocar novo dispositivo, com o recorte adaptado ao tamanho e formato do estoma, colando-o sempre de baixo para cima e verificar, sempre, se existem fugas, pregas, bolhas de ar de forma a evitar que o dispositivo se descole.
 - Ensinar e incentivar o autocuidado com o objetivo de melhorar os conhecimentos e, mudar, se necessário, atitudes e comportamentos, promovendo habilidades e assegurando o alcance da independência da pessoa na realização dos seus cuidados em relação à família e aos profissionais de saúde (Silva, 2013);
 - A existência de uma ostomia pode levar a uma interação social disfuncional, pelo que se deve orientar a pessoa a procurar grupos de apoio com pessoas da mesma faixa etária de forma a estimular o aumento da rede de apoio na qual ela se identifique e estabeleça vínculos (Sampaio, et al., 2007);
 - Auxiliar a pessoa a encontrar nela e na sua situação de vida elementos positivos e reforçá-los (Sampaio, et al., 2007);
 - Recomendar exercícios físicos tais como andar de bicicleta, caminhar e dançar;
- No caso de **complicações imediatas** é recomendado:
- Se ocorrer edema, colocar gases embebidos em água ou glicose hipertônica sobre o estoma;
 - Se existir hemorragia, realizar hemostase local com uma compressa embebida em adrenalina no caso de hemorragia externa.

Se suspeitar de hemorragia interna deve-se indicar a consulta de um cirurgião;

- No caso de deiscência, recomendar o uso de um dispositivo convexo e de um cinto para melhor adaptação do dispositivo à pele caso;
- Se houver infecção, realizar uma colheita de exsudado por zaragatoa e utilizar técnica asséptica no manuseamento do estoma.

No caso de **complicações tardias** recomenda-se:

- Se existir estenose, recomendar dieta equilibrada e reforço hídrico, ensinar dilatação digital em movimentos circulares a começar pelo quinto dedo e técnica de irrigação;
- Se ocorrer hérnia, aconselhar o decúbito dorsal, relaxamento abdominal, massagens no local em direção ao abdómen e avaliar eventual necessidade de utilizar uma cinta abdominal;
- No caso de prolapso, aconselhar evitar esforços promovendo o relaxamento abdominal, realizar decúbito dorsal com o objetivo de diminuir o prolapso com movimentos suaves do exterior para o interior do abdómen;
- Aconselhar uso de um dispositivo convexo e cinto em caso de retração de forma a fugas de efluentes.

No caso de **complicações cutâneas** recomenda-se:

- Se ocorrerem dermatites, aumentar a proteção cutânea, avaliar necessidade de mudar de dispositivo, rever técnica de

substituição do dispositivo e de higiene do estoma;

- Se existir granulomas, recomendar a remoção dos pontos persistentes, cauterização dos granulomas com lápis/palito de nitrato de prata, adequar recorte do dispositivo de forma a cobrir a zona cauterizada;
- No caso das urostomias, recomendar a lavagem do estoma com uma diluição de ½ de ácido acético (vinagre) em água, aumentar ingestão hídrica, acidificar a urina através da ingestão de citrinos e adequar o dispositivo de modo a diminuir o contacto entre a pele e a urina, substituindo o mesmo com maior frequência em caso de formação de cristais.

Conclusão

O facto de uma pessoa necessitar de realizar uma intervenção cirúrgica para a realização de uma ostomia torna-se uma situação que carece de apoio e assistência do enfermeiro. Cabe ao enfermeiro a necessidade de identificar os fatores que tornam a pessoa mais suscetível e de possível recusa/negação.

As complicações podem surgir após a cirurgia ou ao fim de algum tempo, mas é importante que o apoio prestado seja capaz de garantir o seu bem-estar e qualidade de vida, uma vez que, estas acabam por afectar a auto-estima e a auto-imagem da pessoa. Assim, e através da pesquisa realizada foi possível compreender a importância dos cuidados de enfermagem à pessoa ostomizada, bem como a capacidade de a pessoa ser capaz de

gerir os seus próprios cuidados, envolvendo todas as dimensões do ser humano.

Referências

- Barata, A. M. (2009). Considerações sobre estomas entéricos Parte II - Construção e Complicações. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*, 6(2), 24–27. Disponível em: http://www.spcoloprocto.org/uploads/rpcol_maio_agosto_2009_pags_24_a_27.pdf
- Guia de Ostomia para o Profissional. Disponível em <http://www.convatec.pt/ostomia#hpc>
- Gemelli, L. M., & Zago, M. M. (2002). A interpretação do Cuidado com o Ostomizado na Visão do Enfermeiro: Um Estudo de Caso. *Revista Latino-am Enfermagem*, 34-40. Acesso em dezembro 22, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n1/7769.pdf>
- Husain, S. G., & Cataldo, T. E. (2008). Late stomal complications. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 21(1), 31–40. <http://doi.org/10.1055/s-2008-1055319>
- Kerber, A. C., Hamada, K. A., & Cardoso, T. H. (2007). *A pessoa ostomizada, seus familiares e a enfermagem: um caminho para a aceitação*. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/119673/2/255163.pdf?sequence=1>
- Mendonça, R. D., Valadão, M., Castro, L., & Camargo, T. C. (2007). A Importância da Consulta de Enfermagem em Pré-operatório de Ostomias Intestinais. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 431-435. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v04/pdf/artigo5.pdf
- Menezes, M. (2008). *Satisfação Conjugal, Auto-estima e Imagem Corporal em Indivíduos Ostomizados*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa). Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/760/1/17273_Tese_Maria_Mar.pdf
- Miranda, L. S. G. (2013). *A Importância da Consulta de Enfermagem de Estomaterapia na Qualidade de Vida da Pessoa Ostomizada na Comunidade*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Retrieved from https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/2919/1/msc_lsgmiranda.pdf
- Mota, M.S., Gomes, G.C., Silva, C.D., Gomes, V.L.O., Pelzer, M.T., & Barros, E.J.L. (2016). Autocuidado: uma estratégia para a qualidade de vida da pessoa com estomia. Acesso em janeiro 05, 2017. Disponível em: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/12201/12236>
- Oliveira, A. M. P. De. (2016). *Qualidade de Vida da Pessoa Portadora de Ostomia na Unidade Local de Saúde Nordeste*. Instituto Politécnico de Bragança. Disponível em: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13339/1/Tese_Final_CD.pdf
- Rocha, J. J. (2011). Estomas intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. *Revista Medicina (Ribeirão Preto)*, 51-56. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp5_Estomas%20intestinais.pdf
- Sampaio, F.A.A., Aquino, P.S., Araújo, T.L., & Galvão, M.T.G. (2008). Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem. Acesso em janeiro 05, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000100015&script=sci_arttext&lng=pt
- Santos, V.L.C.G., & Cesaretti, I.U.I.R. (2005). *Assistência em Estomaterapia: Cuidado do Ostomizado*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Silva, J. (2013). Educação para o autocuidado de estomizados no domicílio: do planejamento à avaliação dos resultados. Acesso em dezembro 22, 2016. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-09012014-105121/pt-br.php>
- Vinhas, M. S. A. (2010). *Complicações das ostomias urinárias e digestivas*. (Monografia, Universidade do Porto). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53608/2/Complicacoes%20das%20ostomias%20urinarias%20e%20digestivas.pdf>
- Wound Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). (2014). *Stoma Complications: Best Practice for Clinicians*. Retrieved from http://c.ymcdn.com/sites/www.wocn.org/resource/resmgr/Publications/Stoma_Complications_Best_Pra.pdf?hhSearchTerms=%22complication%22

