



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Estágio com Relatório Final

Educação Pré-Natal em grávidas com asma

Cristiana Sofia Vieira Lima

Novembro de 2022



Estágio com Relatório Final

Educação Pré-Natal em grávidas com asma

6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia

Cristiana Sofia Vieira Lima

Trabalho elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório final
sob a orientação da Professora Doutora Emília Coutinho

Viseu, novembro de 2022

Que este trabalho singelo suporte a construção de novos conhecimentos.

(De uma Amiga)

Agradecimentos

Todos os dias agradeço a Deus por ter permitido que pessoas dotadas e talentosas se tivessem cruzado no meu caminho para me ajudarem nesta caminhada. Cada uma delas foi uma bênção. Não desmerecendo as restantes, agradeço a uma delas, à Professora Doutora Emília Coutinho, cuja orientação e disponibilidade incondicional foram uma constante. Agradeço-lhe pelo seu empenho na partilha de saberes.

A todas as mulheres que aceitaram participar no estudo, partilhando as suas vivências e um pouco da sua história de vida.

À minha família e amigos por me apoiarem e não me deixarem desistir.

Obrigada!

Resumo

Introdução: O estágio de natureza profissional desenvolvido e que deu resposta a este relatório tem como finalidade *major* o desenvolvimento de competências para a obtenção do título de especialista e grau de mestre em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Na componente de investigação estudou-se as vivências de grávidas com asma, tendo em conta o significado atribuído pelas grávidas com asma à educação pré-natal.

Objetivos: Analisar criticamente as atividades concretizadas nos estágios para aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Compreender as vivências de grávidas com asma; compreender o significado atribuído pelas grávidas com asma à educação pré-natal.

Participantes e métodos: No que concerne ao estágio, foi realizada uma análise reflexiva da prática clínica desenvolvida, tendo como referência o perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e os padrões de qualidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Ordem dos Enfermeiros. No âmbito do eixo de investigação, realizou-se um estudo qualitativo, utilizando o método fenomenológico de Max van Manen, estudo aprovado pela Comissão de Ética. Pelo método de bola de neve, selecionaram-se 12 participantes, para entrevista fenomenológica. Os dados recolhidos foram alvo de análise fenomenológica suportada pelo *software Nvivo®* versão 12.

Resultados: A realização dos estágios fortaleceu a inegável importância da formação em enfermagem para o desenvolvimento de competências profissionais especializadas. O contacto com a realidade, nas várias valências da atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, resultou no reconhecimento que a componente prática é o primeiro passo para se removerem as barreiras deste desafio e caminhar-se em direção ao patamar de enfermeiro perito/especializado, indo ao encontro dos padrões de qualidade preconizados para a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. No âmbito do estudo de investigação realizado, o verbatim das mulheres entrevistadas permitiu desocultar 13 categorias: “Obstáculos na gestão da asma durante a educação pré-natal”, “Sentimentos vivenciados durante a gravidez e parto”, “Estratégias adotadas pela grávida para ultrapassar as dificuldades decorrentes da asma, durante a gravidez”, “Alterações sugeridas à Educação Pré-Natal”, “Ajustamentos terapêuticos durante a gravidez”, “Resultado da gestão da asma durante a gravidez”, “Significado atribuído pela mulher à gravidez”, “Complicações durante a gravidez”, “Ajustamentos terapêuticos após o parto”, “Tipo de acompanhamento da grávida com asma referenciado na Educação Pré-Natal”, “Manifestação da sintomatologia no pós parto”, “Constrangimentos vivenciados durante a gravidez devido à pandemia” e “Patologias decorrentes da gravidez”.

Conclusão: A formação clínica em Enfermagem é extremamente importante, pois prepara os estudantes para lidarem com clientes reais e para ampliarem os conhecimentos obtidos na componente teórica. A experiência clínica é a força vital da formação em Enfermagem, porquanto expõe o estudante a circunstâncias e experiências numa variedade de cenários do mundo profissional real. Da investigação realizada conclui-se que há uma necessidade crescente de um aumento e melhoria do acompanhamento e vigilância das grávidas asmáticas no decorrer da gestação, com consultas mensais, onde seja avaliado o estado atual da doença, a função respiratória e terapêutica implementada ou a implementar. É de extrema relevância que seja implementada uma prática de educação para a saúde sobre a asma durante a gravidez, em programas de educação pré-natal, liderados por enfermeiros competentes e especializados, nomeadamente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Pós-parto; Mulher; Asma; Expectativas; Vivências.

Abstract

Introduction: The main purpose of the professional internship that led to this report was to develop skills for obtaining the title of Specialist and Master in Maternal, Obstetric, and Gynecological Health. The research component studied the experiences of pregnant women with asthma, taking into account the meaning assigned by pregnant women with asthma to prenatal education.

Objectives: To critically analyze the activities carried out in the internships for the acquisition and development of skills of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing; To understand the experiences of pregnant women with asthma; to understand the meaning assigned by pregnant women with asthma to prenatal education.

Participants and methods: With regard to the internship, a reflective analysis of the clinical practice developed was conducted, taking into account the competencies profile of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing and the quality standards in Maternal and Obstetric Health Nursing of the Ordem dos Enfermeiros (Portuguese Nurses Association). Within the scope of the research axis, a qualitative study was conducted using Max van Manen's phenomenological method, a study approved by the Ethics Committee. Using the snowball method, 12 participants were selected for phenomenological interviews. The collected data were subject to phenomenological analysis supported by Nvivo® version 12 software.

Results: The completion of the internships strengthened the undeniable importance of nursing training for the development of specialized professional skills. The contact with reality in the various areas of action of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing resulted in the recognition that the practical component is the first step to remove the barriers of this challenge and move towards the level of expert/specialized nurse, meeting the quality standards recommended for Maternal and Obstetric Health Nursing. Within the scope of the research study, the verbatim of the women interviewed allowed 13 categories to be revealed: "Obstacles in asthma management during prenatal education", "Feelings experienced during pregnancy and delivery", "Strategies adopted by the pregnant woman to overcome difficulties arising from asthma, during pregnancy", "Suggested changes to Prenatal Education", "Therapeutic adjustments during pregnancy", "Outcome of asthma management during pregnancy", "Meaning attributed by the woman to pregnancy", "Complications during pregnancy", "Therapeutic adjustments after delivery", "Type of follow-up of the pregnant woman with asthma referred in Prenatal Education", "Manifestation of symptomatology after delivery", "Constraints experienced during pregnancy due to the pandemic" and "Pathologies arising from pregnancy".

Conclusion: Clinical training in Nursing is extremely important, as it prepares students to deal with real clients and to expand the knowledge obtained in the theoretical component. Clinical experience is the lifeblood of nursing education, as it exposes students to circumstances and experiences in a variety of real-world professional settings. From the research carried out, we conclude that there is a growing need for increased and improved monitoring and surveillance of pregnant women with asthma during pregnancy, with monthly consultations, where the current status of the disease, respiratory function and therapy implemented or to be implemented are assessed. It is extremely important to implement a health education practice on asthma during pregnancy, in prenatal education programs, led by competent and specialized nurses, namely the Nurse Specialist in Maternal and Obstetric Health Nursing.

Keywords: Maternal and Obstetric Health Nursing; Postpartum; Woman; Asthma; Expectations; Experiences.

Sumário

	Pag.
Introdução	17
I CAPÍTULO - Relatório da componente clínica	19
1. Promoção da saúde da mulher	21
2. Neonatologia	27
3. Patologia Materno-Fetal	33
4. Sala de Partos	39
5. Puerpério	47
6. Enfermagem em Ginecologia	53
Considerações finais	59
II CAPÍTULO - Relatório Final da componente de investigação	61
Resumo	63
1. Justificação do estudo	65
2. Enquadramento teórico - Estado da arte	67
3. Participantes e métodos	77
3.1. Tipo de estudo	77
3.2. Formulação da questão de investigação e dos objetivos	79
3.3. Participantes	79
3.4. Instrumento de recolha de dados	80
3.5. Procedimentos metodológicos	81
3.6. Procedimentos éticos	81
4. Resultados	85
5. Discussão	117
Conclusão	127
Referências bibliográficas	131
Anexos	137
Anexo I – Parecer da Comissão de Ética	
Anexo II – Declaração de Consentimento Informado	
Anexo III – Guião da entrevista	
Anexo IV – Atividades curriculares executadas	

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 1 Caracterização sociodemográfica das participantes no estudo de investigação	80
Tabela 2. Caracterização obstétrica das participantes no estudo de investigação	86
Tabela 3. Dados de caracterização gestacional	90
Tabela 4. Categorias desocultadas no estudo	91
Tabela 5. Significado atribuído pela mulher à gravidez	92
Tabela 6. Significado atribuído pela mulher à gravidez	94
Tabela 7. Complicações durante a gravidez	96
Tabela 8. Patologias decorrentes da gravidez	97
Tabela 9. Constrangimentos vivenciados durante a gravidez devido à pandemia	98
Tabela 10. Tipo de acompanhamento da grávida com asma referenciado na Educação Pré-Natal	100
Tabela 11. Estratégias adotadas pela grávida para ultrapassar as dificuldades decorrentes da asma, durante a gravidez	102
Tabela 12. Estratégias adotadas pela grávida para ultrapassar as dificuldades decorrentes da asma, durante a gravidez	104
Tabela 13. Estratégias adotadas pela grávida para ultrapassar as dificuldades decorrentes da asma, durante a gravidez	106
Tabela 14. Ajustamentos terapêuticos durante a gravidez	108
Tabela 15. Ajustamentos terapêuticos após o parto	110
Tabela 16. Manifestações da sintomatologia no pós o parto	111
Tabela 17. Alterações sugeridas à Educação Pré-Natal	113

Lista de Abreviaturas e Siglas

CMESMOG – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

CPLEESMO – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESSV - Escola Superior de Saúde de Viseu

et al. - e outros autores

IPV – Instituto Politécnico de Viseu

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

SMOG – Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

USF – Unidade de Saúde Familiar

Introdução

O presente documento integra-se na Unidade Curricular, Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica, integrada no do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia, a decorrer na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), com a duração global de 1500 horas.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, Regulamento n.º 391/2019, 3 de maio de 2019, Artigo 4.º, p. 13561) refere as competências do Enfermeiro Especialista e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) consistem em cuidar a mulher no seio familiar e na comunidade, no âmbito do “planeamento familiar”, “período pré-concepcional”, “período pré-natal”, “trabalho de parto”, “pós-natal”, “período do climatério”, bem como cuida a mulher a “vivenciar processos de saúde/doença ginecológica”. O perfil de competências específicas é desenvolvido, como preconizado pela OE, na realização dos estágios, ao longo dos quais todos os esforços se dirigiram no sentido de atingir os objetivos previamente traçados para cada um, procurando o enriquecimento profissional e pessoal, o que culminou num processo reflexivo sobre as experiências vividas que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, bem como dos aspetos a melhorar, promovendo a minha capacidade de análise crítica. Procurarei relatar vivências, sentimentos, dificuldades e obstáculos que interferiram no meu processo de aprendizagem, sempre com espírito crítico e de forma imparcial. Para além de apresentar algumas das atividades desenvolvidas, espero poder refletir sobre de que forma estas contribuíram para o meu desenvolvimento e crescimento, enquanto futura EESMO.

Sendo a investigação científica um meio por excelência para o desenvolvimento de conhecimentos e fundamentar a prática, optou-se por realizar um estudo de investigação como forma de compreender o significado atribuído pelas grávidas com asma à educação pré-natal.

A asma é a doença crónica mais comum encontrada durante a gravidez, ocorrendo em 8-13% das mulheres grávidas em todo o mundo. Quase 40% das mulheres grávidas diminuem ou deixam de tomar medicamentos para a asma devido a preocupações quanto à segurança dos medicamentos para a asma (Abdullah et al., 2020, p. 1). Uma asma mal controlada pode aumentar a gravidade da mesma e o risco de a exacerbar durante a gravidez. As evidências científicas, como referem os autores citados, têm descoberto que uma em cada três mulheres com asma sofre de exacerbação durante a gravidez. A principal prioridade na gestão da asma durante a gravidez é a manutenção de um ótimo controlo da patologia. A exacerbação da asma durante a gravidez tem sido associada a resultados

perinatais e a gravidez adversas, tais como baixo peso à nascença, parto prematuro, malformação congénita, pré-eclâmpsia e mortalidade perinatal (Abdullah et al., 2020, p. 1), o que justifica a pertinência do estudo realizado.

O presente documento estruturalmente divide-se em dois capítulos: I Capítulo - Relatório da componente clínica – no qual se apresentam os relatórios referentes aos estágios realizados, concluindo com as considerações finais; II Capítulo - Relatório Final da componente de investigação – relativo ao estudo de investigação qualitativa, com abordagem fenomenológica no qual se pretende compreender as vivências de grávidas com asma; compreender o significado atribuído pelas mesmas à educação pré-natal. O trabalho tem o seu término com as principais conclusões do estudo e as suas implicações para a futura prática profissional.

I CAPÍTULO - Relatório da componente clínica

1. Promoção da saúde da mulher

Para realizar uma análise crítico-reflexiva sobre as atividades que desenvolvi no estágio na Unidade de Saúde da região centro do país, tive como linha orientadora os objetivos específicos previamente delineados no projeto de estágio.

Sendo assim, para atingir o primeiro objetivo a que me propus: **“Conhecer a estrutura física e orgânica de uma Unidade de Saúde Familiar e integrar-me na equipa multidisciplinar”**, faço uma breve descrição do funcionamento e organização do mesmo.

A USF tem como missão a prestação de cuidados de saúde globais, personalizados e adequados às famílias inscritas, de forma a satisfazer as necessidades dos utentes inscritos na USF, colocando-os no centro da atividade da Unidade e fomentando entre os profissionais um espírito de disponibilidade constante para novas formas de intervenção com vista a otimização dos cuidados.

O Centro de Saúde apresenta vastos Programas e Atividades Desenvolvidas, no entanto passo a citar apenas aqueles nos quais estive envolvida no meu Estágio, tais como, Saúde Materna, Planeamento Familiar e Rastreio do Cancro do Colo do Útero. Para atingir os objetivos delineados e com a ajuda e orientação da Enfermeira Especialista, pude desenvolver atividades nestas áreas na Unidade de Saúde Familiar.

Uma vez que o meu estágio se destina à Promoção da Saúde da Mulher, centrei-me com maior profundidade na área de Saúde Materna e Planeamento Familiar.

O horário da Consulta de Saúde Materna/Planeamento Familiar e Rastreio de Cancro do Colo do Útero é realizado em função do horário do médico de família da mulher/grávida. Em relação aos recursos materiais, todos os gabinetes de enfermagem possuem material adequado para observação física geral e sistematizada da mulher/grávida (balança, monitor de avaliação de tensão arterial, fitas de combur teste), bem como material informativo e em suporte de papel, para ser facultado às grávidas.

Em relação à Consulta de Saúde Materna penso que todos os enfermeiros têm presentes os objetivos primordiais do mesmo e trabalham no sentido de os alcançar na íntegra. Enquanto futura Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica penso que é importante nestas consultas rentabilizar o tempo despendido com a grávida e educá-la para a gravidez e para o parto, promovendo o seu autocuidado. Em relação ao esquema de consultas de vigilância pré-natal o preconizado é o seguinte:

- A cada 4-6 semanas até às 30 semanas;
- A cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas;

- A cada 1-2 semanas após as 36 semanas até ao parto.

Em relação às aulas de Preparação para o Parto e Parentalidade, estas funcionam todas quintas-feiras das 16 às 17 horas, encontrando-se de momento a serem realizadas via online, devido ao contexto de pandemia em que nos encontramos.

A consulta regular e conhecimento dos Protocolos instituídos pela Unidade Coordenadora Funcional, dos Projetos e Parcerias com Instituições da Comunidade, bem como das normas de procedimentos no Planeamento Familiar, Saúde Materna e na Revisão Puerperal, permitiu a minha integração gradual na metodologia de trabalho, atingindo deste modo o segundo objetivo a que me propus: "**Promover a integração na equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde Familiar Lusitana, particularmente na equipa de Enfermagem**". No desenvolvimento das atividades inerentes ao estágio integrei-me na equipa, conheci diferentes profissionais que contribuíram para o meu desenvolvimento como Enfermeira de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica, e que me fizeram sentir parte integrante da equipa, o que foi para mim muito gratificante.

Para alcançar o terceiro objetivo: "**Desenvolver competências específicas na área da promoção da saúde da mulher**", executei consultas de Enfermagem Saúde Materna, Planeamento Familiar e Rastreio do Cancro do Colo do útero. Visto que, estas atividades foram tão enriquecedoras e diversificadas vou falar um pouco sobre cada uma de forma individual.

Consulta de Saúde Materna

A consulta de saúde materna é de extrema importância para a grávida para que ela viva a sua gravidez e maternidade de uma forma saudável. Esta é uma consulta em que a grávida é acompanhada periodicamente e onde são realizados exames laboratoriais regulares que permitem avaliar o estado de saúde da mãe e do feto, ao longo da gravidez.

Previamente à consulta médica, é elaborada a consulta de enfermagem, onde colaborei com as seguintes atividades:

- Avaliação de idade gestacional/ecográfica;
- Determinação da data provável de parto;
- Avaliação dos sinais vitais, despistando alterações como hipertensão na gravidez, diabetes gestacional;
- Avaliação do estado nutricional da grávida, através da determinação do seu peso;
- Realização de Combur (teste rápido de urina) e deteção de situações de risco, encaminhamento das mesmas, ensino e prevenção;

- Atualização do Boletim de Vacinas, tendo sido efetuado o despiste de situações de não vacinação, nomeadamente, a vacina do Tétano;

Nesta consulta, pude realizar ensinamentos à grávida de acordo com os protocolos existentes na instituição. Neste sentido, e visto que contactei com grávidas com diferentes idades gestacionais, pude realizar os mais diversos temas de Educação para a Saúde.

Após o meu curto período de estágio no Centro de Saúde constato que as grávidas recorrem ao Centro de Saúde na esperança de encontrar ajuda profissional e emocional e foi neste sentido que procurei satisfazer todas as necessidades da grávida, proporcionando um ambiente terapêutico e oferecendo acima de tudo, apoio emocional. Tal como já referi anteriormente, na USF, podem-se encontrar grávidas de várias idades, etnias e classes sociais, assim procurei sempre realizar uma consulta personalizada que fosse de encontro às necessidades individuais da mulher, com recurso a uma linguagem acessível e evitando juízos de valor. O enfermeiro deve promover ensinamentos e aconselhamentos com vista à promoção de sentimentos de competência no autocuidado quer na gravidez, quer nos cuidados do recém-nascido.

Consultas de Planeamento Familiar e Rastreio de Cancro do Colo do Útero

As atividades de planeamento familiar, efetuadas na consulta, constituem uma componente fundamental na prestação de cuidados de enfermagem em saúde reprodutiva. A consulta de planeamento familiar, assegura atividades de promoção para a saúde da mulher e nesta realizei atividades tais como, colheita de dados, das quais destas: data da última menstruação, regularidade do ciclo, método anticoncepcional utilizado, características da menstruação, existência de perdas hemáticas ou leucorreia e esclarecimentos de dúvidas e ensinamentos como o autoexame da mama ou métodos anticoncepcionais. Na consulta, eram informadas também, da importância do rastreio do cancro da mama e do colo do útero, sendo as utentes informadas da data do próximo exame citológico.

Realizei ainda ensinamentos sobre a importância do autoexame da mama, visto que, algumas mulheres não estavam despertas para tal e explicando a importância de cumprir o mesmo com regularidade.

Neste âmbito constato que, apesar da informação transmitida pelos meios de comunicação social, ainda persistem muitas dúvidas sobre a correta utilização dos métodos anticoncepcionais. Durante o estágio foi meu objetivo esclarecer as mulheres no que diz respeito a esses aspetos e também sobre a necessidade e periodicidade da realização de citologia cervical. É de realçar, que a educação sexual reprodutiva conduz, provavelmente, ao controlo da fertilidade e à prevenção das infeções sexualmente transmissíveis, com

consequências positivas na sexualidade, gravidez, infertilidade, vigilância pré-concepcional e pré-natal, segurança no parto e na morbidade neonatal e infantil.

No que se refere às consultas de Planeamento Familiar e Saúde Materna, penso que fui capaz de realizar todas as consultas na íntegra e consegui esclarecer dúvidas e realizar os respetivos ensinamentos.

Aulas de Preparação para o Parto e para a Parentalidade

Ao longo do estágio de Centro de Saúde, tive a oportunidade de assistir a uma aula de Preparação para o parto e parentalidade, lecionada por uma Enfermeira Especialista.

As aulas em *PowerPoint* (PPP) são realizadas todas as quintas feiras, num horário das 16h às 17h, com possibilidade de prolongamento, se as situações individuais de cada grávida assim o exigirem. Neste momento as aulas encontram-se a decorrer através de uma plataforma de partilha de vídeo *online*, devido ao contexto de pandemia que o nosso país se encontra a enfrentar.

A Enfermeira realiza uma aula de cerca de 1 hora, através da aplicação Jitsi Meets (disponível tanto para computadores como para Smartphones), iniciando a mesma com um esclarecimento de dúvidas relacionadas com a semana decorrida desde a aula anterior. Posteriormente realiza uma exposição teórica das diversas temáticas, de modo interativo e através da utilização de um *PowerPoint*. Após este desenvolvimento realiza uma explicação prática dos conteúdos abordados, com demonstrações em vídeos, previamente gravados ou disponíveis em plataforma de vídeo online.

Ao longo de toda a aula, bem como no final, a Enfermeira encontra-se sempre disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida que surja e colabora ainda na elaboração do Plano de partos de cada uma das grávidas presentes no Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade.

Todos os conteúdos abordados, *PowerPoints* visualizados e vídeos assistidos, são posteriormente partilhados num grupo do *Whatsapp*, de modo a que possam ser consultados a qualquer momento por qualquer uma das participantes das aulas de PPP.

Poder estar presente numa aula de PPP demonstrou-se extremamente interessante para o meu crescimento como futura especialista, para que possa ter conhecimentos mais abrangentes e completos sobre todas as temáticas abordadas ao longo da aula.

No que diz respeito ao quarto e último objetivo: **“Avaliar periodicamente a minha evolução no Ensino Clínico”** penso que também o atingi integralmente. Na minha opinião é praticamente impossível não realizar uma reflexão periódica sobre o estágio, mesmo que

esta se faça quando chegamos a casa. O uso da técnica de espelhamento, que a Professora Emília tanto nos indicou, também me permitiu aperfeiçoar o meu desempenho, sendo assim uma mais valia para o meu desenvolvimento profissional.

Apesar de considerar que este estágio decorreu, no global, de uma forma bastante positiva, queria ressaltar que as dificuldades sentidas foram inúmeras, o que me obrigou a um trabalho extra para assim poder colmatar as minhas falhas. Penso que foi notório o meu interesse e empenho em desenvolver um processo de aprendizagem coerente e sólido. As experiências adquiridas permitiram um crescimento não só enquanto aluna da especialidade, mas também enquanto futura enfermeira especialista.

Estas dificuldades conduziram em algumas situações específicas a um reformular de estratégias para atingir os objetivos propostos inicialmente, no entanto considero que todos eles foram superados, contudo, não posso deixar de frisar, que se este estágio se prolongasse por mais 2 ou 3 semanas, teria mais possibilidade para cimentar todos os conhecimentos que fui adquirindo ao longo destas 3 semanas.

Em suma, penso que este estágio me permitiu uma progressão positiva, possibilitando a prestação de cuidados diferenciados às grávidas, mobilizando os conhecimentos teóricos transmitidos nas aulas, bem como os trabalhos de pesquisa por mim efetuados. Tal como já referi, este campo de estágio foi muito enriquecedor, especialmente na avaliação da grávida e no contacto com esta em várias situações, nomeadamente na Consulta de Saúde Materna, sessões de Educação para a Saúde, Preparação para o Parto e Consulta de Revisão Puerperal.

2. Neonatologia

Penso que antes de iniciar a análise das atividades desenvolvidas, é importante referir que a Unidade onde decorreu o estágio, pela sua especificidade inerente, requer cuidados de enfermagem muito particulares. De uma forma geral, penso ter atingido os objetivos a que me propus no projeto inicial, no entanto, o curto período de estágio e a referida especificidade da Unidade, constituíram um desafio constante. Para ultrapassar estas barreiras pude contar com a colaboração e completa disponibilidade da Enfermeira Especialista que me acompanhou, mas também com o meu interesse, empenho e esforço para superar as dificuldades. Para realizar uma análise crítico-reflexiva sobre as atividades que desenvolvi no estágio de Enfermagem em Neonatologia tive como linha orientadora os objetivos específicos previamente delineados no projeto de estágio.

Sendo assim em relação ao primeiro objetivo específico a que me propus: **“Conhecer a estrutura física, funcional e organizacional da Unidade de Cuidados Intermédios ao Recém-Nascido e integrar-me na equipa multidisciplinar”**, penso tê-lo atingido na totalidade. No primeiro turno que realizei com a Enfermeira Especialista, esta fez-me uma visita guiada pela Unidade, dando-me a conhecer a sua estrutura física, bem como alguns equipamentos disponíveis. Após esta visita, fui convidada a consultar o manual de protocolos do Serviço, que é um documento que se encontra extremamente bem organizado e que permitiu a minha integração gradual a esta nova realidade. Depois da consulta do manual, tive oportunidade de dialogar com a Enfermeira Especialista acerca da filosofia de cuidados da Unidade, que compreende o Método de Enfermeira Principal, os Cuidados Atraumáticos e os Cuidados Centrados na Família.

Na minha prática profissional nunca tive oportunidade de utilizar este método de trabalho, mas após este período de estágio constato que esta metodologia é extremamente benéfica, tanto para o recém-nascido e sua família, como para a equipa de enfermagem. De facto, o enfermeiro é o profissional que contacta com maior proximidade com o recém-nascido e com os seus pais, está presente o maior número de horas e por esse motivo desenvolve-se uma relação de confiança incomparável. Neste período tive oportunidade de me ser atribuído o lactente “D” durante várias vezes, sentindo-me assim como a sua enfermeira principal. De facto, é muito importante que se estabeleça uma relação de empatia com os pais para que os possamos “conquistar” e encorajá-los a estar junto do seu filho. A relação de empatia favorece a expressão das preocupações dos pais e deste modo poderemos identificar as necessidades expressas e interagir de forma individual, mostrando disponibilidade e capacidade de escuta.

Noutros turnos, para que eu beneficiasse de variadas experiências, contactei com outros recém-nascidos com situações clínicas diferentes.

Em relação à filosofia dos Cuidados Atraumáticos constatei que a equipa de enfermagem atribui extrema importância na prestação destes cuidados e a centralizá-los. O serviço possui o protocolo da sacarose, que é utilizado nas situações em que se prevê que o recém-nascido vai ser submetido a um desconforto. Tive oportunidade de presenciar situações em que este protocolo foi implementado, tais como na punção de um acesso venoso periférico e na realização de exames auxiliares de diagnóstico (rastreamento auditivo e exame oftalmológico). Fiquei surpresa ao observar que, se associarmos ao protocolo da sacarose, a contenção e a sucção não nutritiva, o recém-nascido mantém-se calmo e sem manifestar sinais de desconforto.

A filosofia dos Cuidados Centrados na Família é também de extrema importância, constituindo-se como um mecanismo poderoso para a capacitação e potencialização dos pais. Esta filosofia pressupõe que os cuidados ao recém-nascido sejam prestados em parceria com a família e o enfermeiro desempenha o papel de apoio e supervisão e apenas deve intervir o mínimo indispensável. Neste aspeto, inicialmente senti algumas dificuldades na prática de cuidados pois, por vezes, senti que a nossa forma de ajudar é sermos nós próprios a fazer para que os pais “observem e imitem” em vez de os deixar terem parte ativa no cuidar. Com o decorrer do estágio, sinto que me fui adaptando a esta filosofia e atualmente, sou capaz de perceber a sua relevância.

Por vezes, a enfermeira contacta com situações de risco social e tem um papel fundamental para o sucesso do processo de vinculação mãe-filho. De facto, é importante que a enfermeira observe, esclareça dúvidas, medos e mitos dos pais, promovendo a sua autonomia e orientando o seu caminho como responsáveis daquele bebé.

A assimilação destas filosofias de prestação de cuidados foi a base para o meu desenvolvimento de aprendizagem no estágio de Neonatologia e penso que desta forma realizei gradualmente a minha integração na dinâmica do serviço.

No desenvolvimento das atividades anteriormente referidas, integrei-me na equipa, conheci diferentes profissionais que contribuíram para o meu crescimento enquanto futura Enfermeira EESMO, e que me fizeram sentir parte integrante da equipa, o que foi para mim muito gratificante.

Neste aspeto, aproveito para realçar que, apesar do curto período de estágio, a Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, permitiu-me o contacto com determinadas situações específicas do recém-nascido que considero muito importantes para a minha prática enquanto futura Enfermeira EESMO. Para além disso, a Enfermeira tutora, devido à

sua experiência nesta área, acompanhou-me de forma excelente, mostrando-se sempre disponível e colaborante para que eu conseguisse atingir os objetivos individuais a que me propus.

Para atingir o objetivo: **“Promover a saúde do recém-nascido inserido na família”** procurei estabelecer a parceria de cuidados centrados na família. Esta filosofia vigente na Unidade implica que todos os cuidados ao recém-nascido sejam realizados em parceria com a família, atribuindo aos pais uma autonomia gradualmente crescente no cuidar do seu bebê. Segundo esta filosofia, os pais são os melhores prestadores de cuidados do recém-nascido, devendo ser envolvidos para que sintam que a sua contribuição é essencial. O papel do enfermeiro é o de apoiar e potencializar a capacidade da família, supervisionado os cuidados e esclarecendo dúvidas e medos. Na minha opinião, para que este cuidar seja efetivamente eficaz, é necessário que se estabeleça uma relação de empatia e confiança entre o enfermeiro e os pais/recém-nascido. A filosofia da Enfermeira Principal está intimamente ligada com a filosofia dos Cuidados Centrados na Família pois para a enfermeira poder apoiar os pais, detetar os seus erros e corrigi-los de forma a torná-los cuidadores capazes, é necessário que exista uma relação de conhecimento profundo.

Nas atividades desenvolvidas dediquei-me à educação para a saúde dos pais, transmitindo orientações antecipatórias sobre o crescimento, desenvolvimento e competências do recém-nascido, higiene, vestuário e segurança do recém-nascido. Durante este estágio pude constatar que os pais estão ansiosos por informações relativas à melhor forma de cuidar o seu bebê. As informações devem ser dadas de forma clara, oportuna, com sensibilidade e de acordo com o nível sociocultural de cada um. Ao estabelecer uma relação com os pais, é fundamental que a enfermeira esteja disponível para escutar e desta forma poder adequar os seus ensinamentos de acordo com as necessidades manifestadas individualmente pelos pais.

Para atingir este objetivo também me centrei na promoção da vinculação por pensar que esta é uma área em que a enfermeira deve investir. De facto, o nascimento de um filho prematuro ou com malformações constitui uma rutura das expectativas dos pais e é natural que se desenvolvam sentimentos como culpa, isolamento ou depressão. A enfermeira deve estar atenta a essas manifestações de sentimentos de insegurança ou responsabilidade por gerar um filho que não é perfeito. A vinculação é instintiva, mas não é automática, é um processo que se dá de forma gradual e acontece à medida que os pais se vão adaptando à nova situação. A enfermeira constitui um importante pilar de apoio para que esta vinculação se estabeleça. Considero que em algumas situações contribuí de forma ativa para que este processo se desenvolvesse, pois às vezes basta uma simples palavra de apoio e encorajamento, dizendo, por exemplo: “Deu muito bem o banho ao seu bebê”, para que os

pais se sintam capazes de prestar os cuidados com segurança e se sintam seguros para prosseguir a “caminhada”.

Após os ensinamentos realizados e as experiências variadas que vivenciei neste estágio não posso dizer que atingi na plenitude este objetivo porque a mensagem da Promoção de Saúde pode não ter chegado de igual forma a todos os pais. No entanto, com todos os que contactei, procurei promover a saúde do recém-nascido, capacitando e potencializando as competências da parentalidade.

Como terceiro objetivo delinee: **“Desenvolver competências específicas no diagnóstico precoce e prevenção de complicações no recém-nascido”**. Penso que é utópico que qualquer aluno se proponha a atingir este objetivo na plenitude durante um estágio de três semanas. Na minha opinião, este serviço constitui-se de extrema especificidade e penso ser preciso muito tempo de experiência para uma enfermeira ser capaz de detetar e avaliar estas complicações de forma pronta e eficaz. Apesar destes factos, durante o estágio procurei usufruir de todas as experiências que tive oportunidade, tentando rentabilizá-las ao máximo para o meu processo de aprendizagem. Sei que estou longe de ser autónoma no cuidar um recém-nascido de alto risco, mas considero que com a aprendizagem desenvolvida neste estágio, atualmente sou capaz de observar um recém-nascido e identificar possíveis alterações inerentes ao seu estado de saúde. Com o rigor e competência da Enfermeira tutora pude, durante este período, adquirir conhecimentos que virão a ser muito úteis, enquanto Enfermeira EESMO e me permitirão melhorar o meu desempenho. Penso que agora estou mais desperta para pequenos pormenores que podem ser observados no recém-nascido e associá-los ao tipo de parto, idade gestacional ou patologia.

É importante refletir acerca da importância de prestar cuidados de enfermagem eficazes ao recém-nascido imediatamente após o nascimento para que se possam prevenir complicações e facilitar a sua adaptação à vida extrauterina.

Pensando a longo prazo, imagino que um dos maiores desafios com o qual me vou deparar quando for Enfermeira EESMO, é o cuidar um recém-nascido de risco. Serei capaz? Conseguirei desenvolver competências para atuar rápida e eficazmente?

É importante que o Enfermeiro EESMO esteja preparado para prestar cuidados a um recém-nascido de risco, assegurando desta forma uma adaptação eficaz ao meio extrauterino. Este estágio contribuiu para que eu desenvolvesse competências (cognitiva, comunicacional e técnica) e pudesse responder com alguma certeza que sim, serei capaz!

O meu quarto objetivo específico é **“Conceber, planejar, implementar e avaliar cuidados de enfermagem ao recém-nascido”**.

Na consecução deste objetivo atribuí grande importância ao acolhimento dos pais na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais. Se para os profissionais que trabalham na Unidade diariamente este é um cenário habitual, já para os pais é um local muito chocante e assustador, com muitos equipamentos, monitores e alarmes. Refleti bastante sobre esta temática e por isso penso que o acolhimento é uma área onde a enfermeira deve apostar, demonstrando capacidade de escuta e de esclarecimento de dúvidas. É importante que o enfermeiro não pressuponha que os pais conhecem todos os detalhes do cuidar e os faça sentir úteis e como parte ativa do processo.

Neste sentido, o acolhimento deve ser realizado de uma forma calma e cordial, dando a conhecer aos pais a estrutura física e apresentando o local onde o seu bebé vai permanecer. A enfermeira deve ter o cuidado de utilizar uma linguagem adequada ao nível sociocultural de cada casal, oferecendo sempre apoio emocional e disponibilidade para esclarecimento de dúvidas.

O choque e a negação perante um recém-nascido com malformações são reações normais por parte dos pais. Cabe à equipa de profissionais de saúde procurar apoiá-los, dando-lhes suporte emocional e confortando-os. Estes sentimentos, pelo choque interior que geram, limitam a assimilação de informações pelo que estas devem ser repetidas as vezes que forem necessárias. Também é de suma importância o contacto físico precoce com o recém-nascido para que sejam diminuídos os sentimentos de estranheza dos pais em relação ao seu próprio filho. Na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais penso que este cuidado também é considerado, uma vez que as visitas têm um horário alargado e são oferecidas condições à mãe para que cuide o seu bebé “a tempo inteiro”.

Ainda neste âmbito pude colaborar em exames complementares de diagnóstico, tais como rastreio auditivo e exames de oftalmologia. Nestes exames, além de ter oportunidade de perceber um pouco mais detalhadamente a especificidade dos procedimentos que eram efetuados em Neonatologia, pude aplicar a filosofia de cuidados vigente na Unidade, referente aos cuidados atraumáticos já que nos recém-nascidos a quem foram efetuados estes exames foi aplicado o protocolo da sacarose. De facto, o uso de intervenções que minimizem o desconforto psicológico e físico do recém-nascido é de suma importância pois permitimos que os recém-nascidos sejam cuidados, com o mínimo de desconforto possível que aquela intervenção pode causar.

Como quinto objetivo específico delinee: “**Desenvolver competências científicas e relacionais que permitam o cuidar ao recém-nascido inserido na família**”. Para atingir este objetivo investi na utilização de técnicas de apoio, tanto ao nível emocional como psicológico, estabelecendo uma relação de empatia com a família do recém-nascido. Esta não é uma função de fácil concretização pois não existem “regras rígidas” que definam qual a nossa atuação perante determinada situação específica.

Depois deste período de estágio na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, constato que a enfermeira desenvolve um papel fulcral, tanto na sua capacidade técnico assistencial ao recém-nascido de risco, mas também no apoio aos pais. A enfermeira tem de gerir os seus próprios sentimentos, o que nem sempre é fácil perante situações tão delicadas que envolvem bebés tão indefesos. É importante estar junto dos pais nas situações mais adversas, mas também manter-se o suficientemente “distante” ao nível emocional para poder usar os recursos necessários.

Apesar de considerar que este estágio decorreu, no global, de uma forma bastante positiva, queria ressaltar que as dificuldades sentidas foram inúmeras, o que me obrigou a um trabalho extra para assim poder colmatar as minhas falhas. Penso que foi notório o meu interesse e empenho em desenvolver um processo de aprendizagem coerente e sólido. As experiências adquiridas permitiram um crescimento não só enquanto aluna da especialidade, mas também enquanto futura enfermeira especialista a exercer funções num contexto de Obstetrícia e Sala de Partos.

Estas dificuldades conduziram em algumas situações específicas a um reformular de estratégias para atingir os objetivos propostos inicialmente. Considero que todos eles foram superados, contudo, não posso deixar de frisar, que se tivesse que realizar hoje um projeto para este mesmo estágio, os meus objetivos seriam um pouco diferentes.

Termino com uma palavra final de agradecimento à equipa de enfermagem que me acolheu, em especial à Enfermeira Tutora, pela disponibilidade para me ensinar e orientar, e por ter tornado este ensino clínico, um verdadeiro momento de aprendizagem.

3. Patologia Materno-Fetal

Iniciei o estágio de Patologia Materno-fetal com algum receio, principalmente devido a graves problemas de saúde de familiares, que me provocavam ansiedade constante, aliado ao receio de não ser capaz de desempenhar devidamente todas as funções inerentes ao trabalho de estágio. No entanto, presentemente ao analisar o meu desempenho, posso afirmar que atingi todos os objetivos a que me propus. O triunfo desta fase deveu-se ao meu esforço e dedicação, mas também, em grande parte, ao apoio e encorajamento, que obtive por parte da equipa que me acolheu e da equipa supervisora.

Antes de iniciar a análise sobre as atividades que desenvolvi neste estágio, penso que é importante referir que exerço funções como enfermeira no Serviço de Obstetrícia I – Maternidade, de um Centro Hospitalar da região centro do país. Este facto contribuiu para a minha integração e permitiu-me uma comparação entre as realidades dos diferentes serviços, tendo sido motivo de reflexão sobre as atividades que desenvolvo.

No desenvolvimento das atividades conheci diferentes profissionais que contribuíram para a minha formação e crescimento enquanto Enfermeira EESMO. Após a consulta de guias orientadores e protocolos do serviço, senti que de uma forma gradual e relativamente rápida percebi a dinâmica e funcionalidade do serviço e deste modo fui capaz de me integrar eficientemente na metodologia de trabalho.

O estágio de Patologia Materno-fetal é muito abrangente, envolvendo diversas patologias associadas à gravidez, tendo, por isso, sentido necessidade de realizar uma extensa pesquisa bibliográfica antes e durante o período de estágio para poder intervir assertivamente e sustentar a minha prática.

Na minha opinião, um dos grandes dilemas desta área são os sentimentos de incerteza, ansiedade e inquietação que a grávida apresenta perante as complicações materno-fetais. De facto, quando se pensa em gravidez, imagina-se um período de felicidade extrema para a grávida e família, uma altura em que o casal realiza o seu sonho e a mulher vive um dos melhores momentos da sua vida. No entanto, todos estes sentimentos são abalados quando a grávida se depara com uma patologia materno-fetal e a necessidade de internamento. Penso que neste aspeto, a enfermeira desempenha um importante papel no apoio emocional e psicológico e na resolução de dúvidas que possam existir. Este foi um importante aspeto de reflexão pessoal pois enquanto enfermeira generalista, até à presente data, prestei cuidados às grávidas, procurando satisfazer as suas necessidades de um modo holístico e eficaz. Atualmente, depois dos conhecimentos que adquiri, tanto em âmbito curricular como em campo de estágio, sinto que posso prestar cuidados mais especializados

à grávida, dando resposta às suas necessidades de um modo mais especializado oferecendo-lhe o apoio que ela necessita a todos os níveis.

Com o estudo e pesquisa realizados e as experiências que obtive, desenvolvi conhecimentos importantes na área da patologia materno-fetal e atualmente sinto-me capaz de orientar a grávida para adoção de estilos de vida saudável na gravidez, fundamentar a sua necessidade e demonstrar-lhe a importância que esses comportamentos vão ter na sua saúde e na do seu bebé. Tive esta percepção quando contactei com grávidas com diabetes gestacional ou pré-eclâmpsia, que se confrontam com doenças desconhecidas e não sabem quais os comportamentos a adotar. Muitas vezes são internadas por descontrolo glicémico ou tensional e necessitam da ajuda de um profissional que realize os ensinamentos adequados. A enfermeira, sendo o profissional que mais tempo passa junto da grávida, deve ser capaz de realizar ensinamentos sobre a alimentação e exercício físico adequados, abstinência tabágica e alcoólica e promoção da autonomia da grávida perante a patologia em causa.

Da experiência que obtive nos estágios já realizados, percebi que as grávidas estão sempre desejosas de informação e com muitas dúvidas sobre a gravidez. A gravidez é envolta de mitos e crenças e numa situação de patologia materno-fetal, estas dúvidas aumentam exponencialmente. O Enfermeiro EESMO deve demonstrar capacidade de escuta e disponibilidade para esclarecer e informar sobre os recursos existentes para alcançar uma gravidez saudável, devendo para isso estar dotada de conhecimentos teóricos que suportem os seus ensinamentos e a sua prática clínica.

O Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar onde decorreu o estágio tem desenvolvido um Projeto denominado “Maternidade amiga dos bebés”, cujo propósito se prende com a promoção do aleitamento materno e neste âmbito tive oportunidade de realizar ensinamentos junto das grávidas. Foi muito interessante o facto de realizar a admissão da puérpera na maternidade, serviço onde exerço funções como enfermeira, após ter contactado com a mesma no internamento de Patologia Materno-Fetal, durante o período de estágio. Nessas situações pude validar os conhecimentos das grávidas e se realmente os ensinamentos que realizei foram efetivamente eficazes. Em determinadas situações o aleitamento materno foi um sucesso e foi notória a vinculação estabelecida entre a mãe e o bebé, no entanto, com outras puérperas constatei que a amamentação em vez de constituir um momento de serenidade e tranquilidade gerava um quadro de stress, tanto para a mãe, como para o bebé. Esta situação levou-me a reflectir sobre o facto de, apesar de existir um Projecto instituído na Maternidade para o aleitamento materno, devemos saber respeitar a vontade da mãe. É nossa função informar sobre as vantagens do aleitamento materno e os benefícios que este traz para a saúde do recém-nascido e vinculação deste com a mãe, no entanto não devemos deixar que isso seja uma imposição.

Com este estágio desenvolvi competências na prevenção de complicações em grávidas com patologia materno-fetal e vivenciei situações especiais. Uma das situações que considero marcante está relacionada com a E., uma grávida com 34 semanas de gestação portadora de Diabetes *Mellitus* tipo 1, hipocoagulada por antecedentes de tromboembolismo pulmonar e trombose venosa profunda, cujo motivo de internamento foi ameaça de parto pré-termo. A E. tem 32 anos, está grávida pela segunda vez e tem uma história de aborto anterior. Aquando da alta clínica, manifestou-se extremamente ansiosa e com receio de entrar em trabalho de parto sem que este esteja programado. Procurei junto da E., dar-lhe apoio e acalmá-la, demonstrando-lhe que a equipa tudo faria para que a gravidez fosse vigiada e que tudo corresse da melhor forma. Ao reflectir sobre a situação, não tenho a certeza de ter sido muito convincente na minha orientação para a alta pois imagino que, por vezes, por mais que realizemos ensinamentos e demonstremos o nosso apoio e encorajamento, é natural e perfeitamente aceitável que as utentes se sintam inseguras e ansiosas. Devemos ser capazes de aceitar este comportamento e por vezes limitar-nos a escutar as suas preocupações.

Outra situação particular prende-se com a A., uma jovem de 20 anos que deu entrada no serviço com rotura de membranas, grávida de 24 semanas e 4 dias. A equipa multidisciplinar apresentou uma atitude expectante perante a situação, mas não omitiu a hipótese da morte fetal por inviabilidade fetal. Ao estabelecer uma relação empática com esta jovem, procurei explicar-lhe os riscos recorrentes desta patologia e a possível hipótese de morte fetal. A A. sempre me surpreendeu pelo seu otimismo e atitude resiliente, pela sua capacidade de acreditar que tudo ia correr bem. Por seu lado, a mãe da jovem, era uma pessoa extremamente ansiosa e apelativa e “exigia” a presença quase constante de um enfermeiro. Recorrente destes sentimentos, o momento da auscultação dos batimentos cardíacos fetais constituía sempre um momento de grande tensão e ansiedade. Mas quando era ouvido o ritmo cardíaco fetal parecia que um novo alento nascia. Com este estágio percebi a importância que a Enfermeira EESMO pode ter no sentido de atenuar a inquietação associada à patologia materno-fetal. Esta situação também me levou a reflectir sobre a necessidade de gestão de cuidados, por um lado, a grávida calma e colaborante, por outro, a família apreensiva e rigorosa. De facto, a enfermeira tem de cuidar o doente e os seus conviventes significativos de forma individual e pessoal, tendo o cuidado de adaptar ensinamentos e cuidados à pessoa e família que está perante si. A necessidade de adequar os ensinamentos e adaptar estratégias de acordo com as necessidades da mulher e família em causa é uma constante na nossa profissão.

Durante o período de estágio também contactei com situações de grávidas que recorriam ao Serviço para iniciar o Protocolo de Interrupção Voluntária da Gravidez.

Independentemente do motivo que as levou a tomar tal decisão, procurei realizar-lhes uma correta integração e acolhimento ao serviço, demonstrando sempre disponibilidade para as escutar e ajudar a esclarecer dúvidas. No mesmo dia em que deram entrada duas jovens para realizar interrupção voluntária da gravidez, outra jovem de 27 anos, ficou internada por cólica renal com 22 semanas de gestação. Esta grávida referia uma dor na região abdominal que irradiava para a região lombar. Foi administrada analgesia e foram promovidas medidas de conforto e vigilância, no entanto, devido à persistência e intensidade da dor, optou-se pela observação ginecológica, sendo que a grávida se encontrava em trabalho de abortamento.

Esta situação levou-me a refletir sobre as contradições encontradas num Serviço de Patologia Materno-fetal. Por um lado, uma grávida que recusa evoluir com a sua gravidez, por outro, uma mãe que sofre por ter perdido um filho. A morte de um filho constitui uma grande perda na vida de numa mulher, acompanhada de sentimentos de tristeza e melancolia. Muitas vezes as grávidas desenvolvem sentimentos de culpabilidade e revolta e cabe à Enfermeira EESMO estar atenta e procurar apoiá-la, dando-lhe suporte emocional e confortando a grávida e conviventes significativos. Devemos demonstrar disponibilidade para compreender os sentimentos da família e trabalhar, em conjunto com esta, para a compreensão e aceitação da situação específica.

A perda de um filho leva a uma rutura de expectativas e a uma adaptação “forçada” a uma realidade inesperada. O sonho de um filho perfeito e desejado transforma-se na desilusão e cabe, à equipa de enfermagem ajudar os pais a desenvolverem estratégias de *coping* adaptativas a esta nova situação de vida.

A área da Patologia Materno-fetal fascina-me pelos desafios que envolve. No entanto, para ser boa profissional, tenho consciência que devo saber gerir os meus próprios sentimentos para estar apta a dar resposta às mais diversas situações. Em Obstetrícia contemplamos nascimentos e lidamos com situações de extrema felicidade e magia mas também convivemos com uma série de patologias muitas vezes indutoras de finais menos felizes, sendo por vezes, essas as situações que exigem mais de nós, o que leva à necessidade de uma reflexão constante sobre os cuidados prestados e o que cada cuidado poderá ter significado para nós próprios.

O uso da técnica de espelhamento em algumas práticas efetuadas permitiram-me aperfeiçoar o meu desempenho, sendo por isso uma mais valia para o meu desenvolvimento profissional.

Como futura Enfermeira Especialista, espero assumir um papel fundamental como cuidadora, educadora e defensora da grávida, de forma a contribuir para uma vivência saudável da gravidez e promoção de uma Maternidade feliz.

Globalmente penso ter atingido todos os objetivos a que me propus neste Estágio e ter concretizado as atividades planificadas no projeto, apesar das limitações psicológicas com que me apresento. No entanto, durante este período senti algumas dificuldades, tendo tido necessidade de realizar consultas bibliográficas e recorrer à ajuda da Enfermeira Tutora, para conseguir colmatar algumas lacunas. Os conceitos teóricos são uma base muito importante para este estágio, mas só com a confrontação com a prática do cuidar, pude enriquecer o meu processo de aprendizagem e desenvolver competências específicas nesta área.

De um modo geral, avalio o meu percurso de forma positiva e reconheço que contribuiu de forma definitiva para o meu crescimento pessoal e profissional. Realço que para a concretização dos objetivos foi decisiva a boa comunicação, ajuda e atitude empática da Enfermeira Tutora, mas também o meu interesse, empenho e disponibilidade.

4. Sala de Partos

Para realizar a presente análise crítica sobre as intervenções que desenvolvi no estágio numa Sala de Partos de um Centro Hospitalar da zona centro, tive como linha orientadora os objetivos específicos previamente delineados no projeto de estágio.

Apesar de ter iniciado o estágio com alguma “bagagem”, devido a trabalhar atualmente no serviço de Obstetrícia 1 – Puerpério do Centro Hospitalar em causa, encontrava-me com muitas expectativas e com algum receio para esta nova experiência.

A integração no serviço foi bastante fácil. A equipa multidisciplinar mostrou-se desde logo muito receptiva e acolhedora, proporcionando a partilha de inúmeros conhecimentos e de experiências inesquecíveis. Todos os enfermeiros se mostraram sempre disponíveis para esclarecer qualquer dúvida que pudesse apresentar, estimulando sempre o meu sentido crítico e de observação.

Logo no primeiro dia tive a oportunidade de consultar os protocolos do serviço, para que pudesse tomar conhecimento dos mesmos e aplica-los no decorrer do estágio, sendo que estes protocolos se mantiveram sempre ao meu dispor, para que, quando surgisse alguma dúvida, me sentisse à vontade para os consultar novamente, o que se demonstrou bastante benéfico para a minha aprendizagem.

Desde o primeiro dia de estágio, procurei participar nos cuidados prestados à grávida na Sala de Partos, tendo em atenção a dinâmica do serviço.

A grávida admitida na Sala de Partos, provém do internamento de Obstetrícia 2 ou da Urgência de Obstetrícia, encontrando-se na fase ativa do trabalho de parto. O primeiro contacto com a grávida/acompanhante constitui um momento muito importante na criação de uma relação de empatia e confiança com a grávida/casal, tornando-os mais seguros e ativos nesta fase, que irá culminar num momento de grande felicidade para ambos.

Realiza-se a integração na respetiva unidade da Sala de Partos, e a grávida é informada sobre as normas do serviço e de que terá direito à presença de uma pessoa significativa, que poderá acompanhá-la ao longo de todos os estádios do trabalho de parto, até que mãe e bebé sejam encaminhados para o internamento de Puerpério. O papel do acompanhante, que geralmente é delegado no pai, revela-se neste caso de extrema importância, visto o mesmo ser considerado um facilitador de todo este processo, participando ativamente e ajudando a mulher a sentir-se mais segura de si mesma e confiante. O Enfermeiro Especialista tem nesta situação um papel preponderante, devendo

envolver o acompanhante em todo o processo (se a grávida assim o desejar) e ajudando-o a tornar-se num elemento que participa ativamente em todo o trabalho de parto.

Após este contacto inicial é então iniciada a monitorização cardiotocográfica, para vigilância materno fetal, sendo que a partir deste momento a monitorização é realizada de forma contínua até ao nascimento. O registo informático mantém-se sob vigilância permanente na central, vigilância essa realizada por um enfermeiro especialista ou obstetra.

É também por esta altura que a grávida poderá decidir se pretende ou não Analgesia Epidural (decisão essa que poderá reconsiderar mais tarde), sendo que esta analgesia poderá ser realizada sob a forma de perfusão contínua ou através da administração por bólus. Esta segunda opção permite que a grávida mantenha liberdade de movimentos, para caminhar e para realização de exercícios de alívio da dor, não se encontrando confinada à cama.

A vigilância do bem-estar materno-fetal constitui o objetivo que tracei com maior relevância no trabalho do Enfermeiro ESMO, que exige uma grande experiência, responsabilidade, conhecimento, e perspicácia para atuar prontamente e atempadamente nas mais diversas situações. Esta vigilância é realizada através da interpretação do registo cardiotocográfico, onde pode se observado o traçado cardíaco fetal e a contratilidade uterina materna, que influencia o bem-estar fetal. Uma boa vigilância e interpretação deste registo, e uma conduta preventiva são essenciais para o decorrer de um trabalho de parto sem intercorrências, e para a prevenção da ocorrência de sequelas maternas e no RN.

A interpretação do registo cardiotocográfico revelou-se como uma das minhas maiores dificuldades iniciais, tendo sido necessário um estudo intensivo da minha parte e a realização constante de pesquisa bibliográfica. No decorrer do estágio tive várias oportunidades para consolidar os conceitos que aprendi na teoria e para conseguir interpretar o traçado cardíaco fetal e registo de contratilidade uterina, nas diversas fases do trabalho de parto, e no final destas 18 semanas sinto-me agora muito mais capacitada e confiante aquando da sua interpretação.

O bem-estar e vigilância materna também não devem ser descurados. É importante uma avaliação periódica, e sempre que se justificar, de sinais vitais, uma avaliação obstétrica, promoção de conforto e incentivar a alternância de decúbitos, na impossibilidade de deambular.

A observação obstétrica é sem dúvida alguma um instrumento de extrema relevância para o Enfermeiro ESMO, visto que permite avaliar a progressão do trabalho de parto e efetuar uma predição de como o mesmo irá decorrer. Esta avaliação não passa apenas pela avaliação da dilatação e apagamento do colo do útero, permitindo-nos ainda avaliar a

consistência e posição do colo, a compatibilidade feto-pélvica, a presença de bolsa de águas ou características do líquido amniótico, progressão fetal, variedade, etc. Sendo este um momento de elevada sensibilidade para a grávida, tentei sempre manter a minimização de toques vaginais ao estritamente essencial, prestando sempre esclarecimentos adequados a cada intervenção realizada.

Após esta observação, os dados são sempre registados no partograma, que se apresenta em formato digital, sendo um programa que constitui um instrumento fundamental na monitorização e vigilância do trabalho de parto, dando-nos uma interpretação da sua evolução, pelo que foi imprescindível saber preenchê-lo e interpretá-lo corretamente, de forma a assim poder comunicar com o resto da equipa multiprofissional. No partograma, aquando do registo da evolução do trabalho são também registados os sinais vitais, avaliados nesse mesmo momento, como a tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura e dor.

A dor está quase sempre associada ao trabalho de parto e existe um grande esforço por parte da equipa para que a sua avaliação seja corretamente executada e para que existam sempre técnicas disponíveis para o alívio e diminuição da dor, sendo que, com uma dor minimizada, é possível uma maior e melhor colaboração e participação da parturiente em qualquer fase do trabalho de parto. Ao longo do estágio na sala de partos procurei sempre observar cada parturiente como uma pessoa singular, inserida no seu contexto social único e com uma perceção variável da dor, valorizando assim as suas queixas.

A escala de monitorização da dor utilizada neste contexto foi maioritariamente a escala numérica, sendo sempre valorizadas as expressões verbais, mas também as não-verbais da parturiente. Após identificada a dor, é importante intervir de modo a proceder a um alívio da mesma, e, nesse sentido, existem diversos métodos farmacológicos para o alívio da dor. No entanto, o Enfermeiro ESMO possui um papel muito importante e ativo na promoção de medidas não farmacológicas para esse mesmo alívio durante todo o trabalho de parto e estes métodos não devem ser descurados. Nesta área, o Enfermeiro ESMO possui bastante autonomia, e neste sentido procurei ser sempre dinâmica e versátil, promovendo um ambiente calmo e acolhedor, técnicas de relaxamento e exercícios respiratórios.

O segundo estágio do trabalho de parto, em que o feto nasce, pressupõe mais do que nunca a colaboração e o papel ativo da grávida, sendo que nesta fase o papel do Enfermeiro Especialista passa não só pela vigilância obstétrica e fetal e controlo da dor, mas também pelo empoderamento da futura mãe. O Enfermeiro ESMO deve trabalhar em conjunto com a parturiente (e familiar significativo), realizando todos os ensinamentos necessários

para que a parturiente colabore de forma determinante na progressão do bebé pelo canal de parto, até ao seu nascimento. Estes ensinamentos devem ser adaptados à realidade do casal, tendo em conta a individualidade de cada um, e valorizando sempre as vontades que tenham sido expressas no plano de partos (se o mesmo existir), plano esse que poderá ser modificado no desenrolar do trabalho de parto, consoante os desejos da parturiente e também as necessidades da mesma.

Após o nascimento do bebé, as atenções da mãe/casal encontram-se voltadas para o recém-nascido, ao qual estão a ser realizados os primeiros cuidados pelo Enfermeiro Especialista ou pelo pediatra, para que, assim que reúna condições, realize o contacto pele-a-pele com a mãe, ou, caso não isso não seja possível, com o pai. De todas as vezes que tive a oportunidade de realizar estes cuidados ao recém-nascido, verifiquei que os pais se encontravam sempre extremamente ansiosos, por quererem saber se “estaria tudo bem” com o filho acabado de nascer, cabendo então ao prestador de cuidados transmitir informações constantemente, até que o recém-nascido se encontre junto dos pais.

Nesta fase, simultaneamente, o Enfermeiro Especialista responsável pela parturiente, deve proceder sempre que necessário à colheita de sangue do cordão umbilical (para kit de células estaminais, ou para pesquisa do grupo sanguíneo do recém-nascido), devendo estar atento a sinais de descolamento da placenta, procedendo assim à extração da mesma e evitando a fragmentação das membranas. A técnica de extração influencia a possibilidade de fragmentação, e nem sempre uma técnica bem executada impede que tal aconteça, sendo por isso importante proceder a uma análise detalhada da placenta e cordão umbilical e uma verificação da sua integridade e características, evitando riscos associados.

No final da dequitação é da responsabilidade do enfermeiro ESMO inspecionar o canal de partos, corrigir possíveis episiotomias ou, caso não tenha sido realizada, procurar possíveis lacerações decorrentes do momento do parto.

Considerei que, ao longo das 18 semanas de estágio, a correção de lacerações se revelou como uma das minhas maiores dificuldades e nem sempre senti ter sido capaz de identificar os diferentes tecidos envolvidos. Cada períneo é único e diferente, e nenhuma laceração é igual, sendo que tive diversas experiências com diferentes tipos de pele e tecidos, no entanto, todas estas experiências contribuíram para o meu crescimento como futura enfermeira especialista e me ajudaram a sentir-me cada vez mais capaz e autónoma, no momento da realização da perineorrafia, aperfeiçoando a minha técnica e destreza na reparação do canal de parto.

As primeiras 2 horas após o nascimento, o pós-parto imediato, constituem um período crucial para o estabelecimento da ligação entre a mãe e o recém-nascido.

O momento de transição do meio intrauterino para o extrauterino é marcado por grandes mudanças para o recém-nascido. Este passa de um ambiente calmo, quente, sem necessidade de realizar grandes esforços, para uma realidade paralela, em que tem de se esforçar para realizar as suas funções vitais, num ambiente com os mais diversos estímulos (ruídos, luz, frio). Após uma adaptação inicial e sempre que o RN apresente condições de estabilidade e bem-estar, faz parte dos cuidados do enfermeiro ESMO incentivar o aleitamento materno na primeira hora de vida, sendo uma prática que ajuda a suavizar esta transição brusca. Esta prática é considerada imprescindível na Sala de Partos, e engloba grandes benefícios tanto para a mãe, como para o bebé, benefícios esses que devem ser apresentados aos pais.

O recém-nascido permanece assim em contacto pele-a-pele com a mãe durante as duas primeiras horas de vida (se for possível), até ao momento da prestação dos cuidados pós-parto, que se revelam também de extrema importância. Este é o momento em que serão prestados os cuidados de higiene à puérpera, avaliada novamente a formação do globo de segurança de Pinard, confirmado que o útero se encontra bem contraído e também a localização do mesmo (peri ou infra-umbilical). Serão ainda avaliados os sinais vitais à puérpera, podendo a mesma iniciar uma pequena refeição se assim o entender (chá e bolachas).

Antes da transferência para o serviço de puerpério, é importante esclarecer qualquer dúvida que possa ter surgido e proceder aos ensinamentos sobre os cuidados pós-parto, direcionados às necessidades de cada puérpera, envolvendo sempre a pessoa significativa nesta fase, de modo a contribuir assim para a vivência de uma maternidade/paternidade saudável.

O Enfermeiro Especialista desempenha ainda um papel fundamental na coordenação da Sala de Partos, dados os cuidados tão diferenciados que aí se prestam. É da sua responsabilidade verificar se todo o material e equipamentos se encontram operacionais para o normal funcionamento do serviço. Durante este estágio demonstrei a preocupação de assegurar que o equipamento se encontrava nas melhores condições, sempre pronto a utilizar, bem como assegurar o material necessário para o meu e restantes turnos.

Na incapacidade de retratar todas as experiências vivenciadas, e na certeza de que estas valem muito mais do que números, apresento um quadro que enumera as experiências que tive decorrentes deste campo de estágio:

Partos Eutócicos Efetuados		40	
	Eutócicos	4	
Partos Colaborados	Ventosa	14	20
	Fórceps	2	
Vigilâncias Materno-Fetais		57	
Cuidados Imediatos ao RN		57	

Para além da dificuldade anteriormente referida, as maiores dificuldades que sentia no início do estágio prendiam-se com a visão global dentro da Sala de Partos, com a atuação imediata numa situação de urgência e com a receção do recém-nascido. Acabei por investir mais tempo do estágio a tentar aperfeiçoar estes aspetos, e tenho consciência que ainda tenho muito a melhorar. Por alguns momentos, também me deparei com situações que me fizeram refletir, permitindo assim, adequar a minha forma de atuação face à situação apresentada, ou na mudança de comportamento para uma próxima.

Na minha opinião é praticamente impossível não realizar uma reflexão periódica sobre o dia de estágio, sobre alguma situação que tenha despertado mais interesse, ou que tenha suscitado mais dúvidas e uma maior necessidade de pesquisa e procura de saber. Refletir sobre essas situações, obriga a uma análise da minha postura, dos meus conhecimentos e conduz à reflexão sobre as minhas dificuldades e a uma mudança de comportamento numa próxima abordagem. O uso da técnica de espelhamento também me permitiu aperfeiçoar o meu desempenho, sendo assim uma mais-valia para o meu desenvolvimento profissional.

Este estágio constituiu uma das fases mais exaustivas e ao mesmo tempo gratificantes deste meu percurso. A Sala de Partos é o local onde todos os sentidos estão muito bem apurados, onde as emoções vivem à flor da pele. Em que nós (profissionais) temos de atuar preventivamente e atempadamente, e nos encontramos em constante aprendizagem. Ao longo deste estágio procurei tirar partido de todas as situações que surgiram, no sentido de maximizar as oportunidades de aprendizagem, atingir os objetivos delineados e desenvolver competências. Este estágio permitiu-me prestar cuidados de enfermagem diferenciados, a grávidas em trabalho de parto, puérperas e recém-nascidos, possibilitando a mobilização de conhecimentos teóricos adquiridos nas aulas, aliada a uma constante pesquisa bibliográfica.

Fazendo uma retrospectiva, considero que me adaptei à estrutura organizacional e funcional do serviço, procurei gerir o ambiente, agi de forma congruente, com ética, investi na minha formação/desenvolvimento, ponderei ações/decisões, arranjei estratégias para a resolução de problemas, para que o meu desempenho fosse de qualidade. Levei sempre em atenção todas as críticas construtivas que me foram direcionadas e dei bastante relevância

ao feedback não só dos meus orientadores, como de todos os profissionais e também da grávida/família.

Avaliando as competências anteriores e as atuais, posso afirmar que houve um crescimento significativo na minha conduta profissional e pessoal. Assim, de uma forma geral, e na certeza de que este é só mais um passo nesta longa caminhada, julgo ter atingido os objetivos propostos para este estágio.

O estágio de sala de partos constituía-se por excelência como um desafio pessoal, por simultaneamente ser o mais desejado e por outro lado suscitar em mim algum receio e nervosismo, contudo este estágio permitiu-me crescer técnica e cientificamente, tornando-se gratificante na medida em que percecionei este crescimento, contribuindo para a minha autoconfiança e segurança no exercício das minhas competências enquanto futura enfermeira especialista.

Naturalmente que todo este processo exigiu um esforço redobrado na aquisição de conhecimentos teóricos de modo a compreender a prestação de cuidados de qualidade nos *timings* preconizados, sendo que considero que este empenho me proporcionou a possibilidade de prestar cuidados de forma autónoma e interdependente, permitindo-me o aperfeiçoamento da capacidade para estabelecer uma comunicação empática, bem como, o crescimento da segurança e autonomia associados ao desenvolvimento de destreza e do conhecimento técnico-científico. Agora, no final deste estágio, considero ter demonstrado uma postura global positiva, tendo atingido os meus objetivos específicos com sucesso, após a aplicação de esforço e empenho.

Em suma, penso que a passagem pela sala de partos me permitiu um crescimento significativo, possibilitando uma prestação de cuidados diferenciados, transpondo assim os conhecimentos teóricos adquiridos nas aulas, para a prática clínica.

5. Puerpério

Para realizar a presente análise crítica sobre as intervenções que desenvolvi no estágio no serviço de Obstetrícia 1 – Puerpério de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal, tive como linha orientadora os objetivos específicos previamente delineados no projeto de estágio.

O serviço de Internamento de Puerpério encontra-se localizado no 2º piso e integrado no serviço de Obstetrícia e Ginecologia, que conta com diversos outros serviços: Obstetrícia 2 - Patologia da Gravidez e Ginecologia, Bloco de Partos e Consulta Externa.

Neste serviço, a puérpera é admitida após o 4º estadio do trabalho de parto (pós-parto imediato), proveniente da Sala de Partos, em situações de parto eutócico ou distócico (fórceps e ventosa) ou do Bloco Operatório em caso de cesariana. À chegada são realizadas a integração e acolhimento na unidade à puérpera e recém-nascido. Este momento é de extrema relevância, visto a puérpera encontrar-se ainda muito vulnerável e suscetível, cabendo ao enfermeiro que a acolhe transmitir-lhe calma e serenidade. É neste momento que se inicia uma relação empática, essencial para que a mulher viva o puerpério de uma forma saudável. É igualmente importante disponibilizar alguma atenção para os conviventes significativos, que são muitas vezes os “pilares” da puérpera, explicando-lhes algumas normas do serviço e de que forma poderão contribuir para que o internamento e adaptação a este novo estado decorram de forma saudável e feliz.

O puerpério é um período complexo pois a mulher é sujeita a alterações fisiológicas, tais como involução uterina, estabelecimento de lactação, mas também importantes alterações comportamentais devido à exigência de uma adaptação psicológica ao seu novo estatuto de mãe, bem como de todas as responsabilidades que este acarreta. Considerando todas estas alterações vivenciadas pela mulher, cabe ao Enfermeiro EESMO prestar cuidados especializados e individualizados, reconhecendo cada puérpera como única e visando um atendimento humanizado e específico. O Puerpério envolve sentimentos e emoções muito peculiares para a puérpera e o enfermeiro especialista deve estar atento à mesma como um todo. Os cuidados não devem ser baseados somente nos aspetos físicos, tais como, despistar a existência de sinais inflamatórios na episiorrafia ou na sutura da cesariana, verificar se o útero está contraído e se as perdas hemáticas são normais. O enfermeiro deve prestar atenção às necessidades emocionais da mulher, averiguando se esta se está a adaptar de forma saudável ao seu novo papel de mãe e dando-lhe oportunidade para se expressar emocionalmente. Nesta fase é também muito importante considerar a existência de eventuais mitos ou crenças que possam constituir obstáculos

para uma normal adaptação à parentalidade. É importante contextualizar a mulher na sua história de vida, no ambiente em que vive e nas condições socioeconómicas envolventes para que se possa estabelecer uma relação de empatia que valorize a individualidade de cada mulher.

No estágio de Puerpério prestei cuidados especializados à mulher com vista à promoção da sua recuperação no pós-parto e procurei realizar ensinamentos que potenciasssem um puerpério saudável. Neste sentido, pude perceber como é importante que a enfermeira esteja atenta à história pessoal da puérpera, estilos de vida, condições socioeconómicas e relações com os conviventes significativos. O enfermeiro sendo o profissional que contacta de forma mais próxima e por um maior período de tempo com a puérpera, deve identificar as situações de risco para que as possa referenciar para a assistente social ou outros recursos disponíveis na comunidade.

Neste período não foram diagnosticadas complicações puerperais que tivessem necessidade de atuação emergente. Contudo, e também por trabalhar nesta área, reconheço a importância da presença de uma Enfermeira EESMO no Serviço de Puerpério, nomeadamente em situações de atonia uterina ou retenção de restos placentares em que esta pode atuar autonomamente, prevenindo situações emergentes e referenciando as mesmas quando estas estão para além da sua área de atuação. No internamento também tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados à puérpera com patologia associada, como por exemplo, hipertensão arterial gestacional e diabetes gestacional, aplicando os protocolos vigentes no serviço.

No estágio desenvolvi estratégias para a promoção e apoio do aleitamento materno, contribuindo desta forma para o Programa de Hospital Amigo do Bebê, de que o serviço já faz parte há vários anos. De facto, o aleitamento materno é um tema cada vez mais estudado e sobre o qual já existe imensa informação disponível, nomeadamente sobre as vantagens que este constitui para a saúde da mulher e do recém-nascido. Durante o estágio procurei realizar educação para a saúde à puérpera, explicando-lhe as principais vantagens do aleitamento materno e demonstrando-lhe que amamentar não é apenas um processo fisiológico, mas sim um comportamento, uma atitude que envolve um padrão de comunicação com o seu bebê e que ninguém mais o pode fazer, senão ela. Contudo respeitando sempre a vontade ou não da mãe amamentar o seu filho.

Durante o estágio tive oportunidade de ajudar algumas mães, com complicações como ingurgitamento mamário, mamilos doridos e/ou macerados, dificuldades em colocar autonomamente e eficazmente o recém-nascido à mama. É importante que o enfermeiro

esteja ao lado da mãe, orientando-a no início do aleitamento materno e ajudando-a na busca de soluções para suas dúvidas.

No decorrer destas semanas, e para além dos cuidados prestados à puérpera, foquei ainda a minha aprendizagem na prestação de cuidados ao recém-nascido.

O recém-nascido e a mãe formam uma díade que não pode, nem deve ser dissociada em qualquer momento, sendo, por isso, importante incluir a mãe em todos os cuidados prestados, permitindo que a mesma se encontre presente em todos os momentos e em todas as intervenções, incluindo as mais invasivas (se a mesma se sentir confortável para tal).

No decorrer do internamento no serviço de obstetrícia, é responsabilidade da equipa de enfermagem facilitar a correta adaptação do recém-nascido ao mundo externo e a todas as transições que isso implica.

Desde a chegada à maternidade, uma das primeiras e principais atuações do enfermeiro, será no sentido de permitir o estabelecimento da amamentação e facilitar a aprendizagem de ambos, porque, como já referi a cima, este será talvez um dos principais focos de atuação da equipa de enfermagem. A partir do momento que o RN inicia a amamentação, é da responsabilidade do enfermeiro realizar os diversos ensinamentos à mãe e verificar que a mesma consegue implementar na prática o que aprendeu na teórica, supervisionando e intervindo se necessário. No entanto, a amamentação não passa apenas pelo esforço da puérpera, dependendo muito do estado do RN e da sua adaptação ao ambiente externo, e cabe à equipa de profissionais de enfermagem identificar as dificuldades que o mesmo apresenta, de modo a conseguir contrariá-las e facilitar todo este processo adaptativo.

Sendo a amamentação um dos maiores desafios do período do puerpério, esta é uma das principais áreas de intervenção em que o Enfermeiro pode atuar autonomamente.

No entanto, este não é o único foco de intervenção do Enfermeiro no que toca ao RN. Ao longo dos dias de internamento na maternidade, são ainda realizadas diversas intervenções que visam não só a manutenção do bem-estar do recém-nascido, como também a deteção de potenciais problemas.

O Enfermeiro deve realizar as seguintes intervenções estipuladas nos protocolos do Serviço de Obstetrícia 1, complementando sempre com intervenções que lhe pareçam adequadas:

- Pesagem diária do RN, com avaliação da perda ponderal (que não deverá ultrapassar os 10% do peso de nascimento);

- Realização de medições antropométricas (Avaliação do perímetro cefálico e altura do RN), detetando potenciais alterações;
- Detecção de icterícia neonatal;
- Realização do teste das cardiopatias congénitas nas primeiras 48h de vida do RN, mas nunca antes das 24h;
- Realização do teste do diagnóstico precoce, que é realizado entre o 3º e 6º dia de vida, se o RN ainda se encontra internado na maternidade e se a situação assim o ditar.
- Colheita de sangue para realização de análises laboratoriais prescritas pelo médico, para diagnóstico de possíveis alterações.
- Desenvolvimento de ensinamentos nas diversas áreas, como à cerca dos cuidados de higiene ao RN, limpeza e desinfeção do coto umbilical, mudança de fralda e transporte seguro do RN em dispositivo adequado.

Todos os cuidados prestados, tanto ao RN como à puérpera, serão intercalados com os cuidados prestados pelos restantes profissionais de saúde pertencentes à equipa multidisciplinar, que trabalham para o objetivo comum da obtenção de autonomia máxima possível da puérpera, aquando da alta de ambos do contexto hospitalar.

Ao longo deste estágio tentei desenvolver o máximo de competências a que me auto propus e absorver o máximo de aprendizagens possíveis, tanto a nível profissional, como pessoal. Considero que o projeto de estágio terá sido fulcral no meu desenvolvimento como estudante, visto que, após ter estabelecido objetivos específicos, fui capaz de me focar no que era realmente importante, tentando intervir de modo direcionado para atingir esses mesmos objetivos.

Considero que, de uma forma geral, consegui alcançar os objetivos a que me propus, tendo sido esta uma experiência bastante enriquecedora, em que tive oportunidade de contactar com outras realidades, metodologias e formas de trabalhar.

Só a partir do momento em que conseguimos ver fora de nós próprios, é que conseguimos construir e melhorar o nosso próprio eu.

Na minha opinião, é praticamente impossível não realizar uma reflexão periódica sobre o dia de estágio, ou sobre alguma situação que me tenha despertado mais interesse, ou que me tenha suscitado mais dúvidas e uma maior necessidade de pesquisa e procura de saber. Refletir sobre essas situações, obriga a uma análise da minha postura, dos meus conhecimentos e conduz à reflexão sobre as minhas dificuldades e a uma mudança de comportamento numa próxima abordagem. O uso da técnica de espelhamento também me

permitiu aperfeiçoar o meu desempenho, sendo assim uma mais-valia para o meu desenvolvimento profissional.

Em suma, penso que este estágio me permitiu uma progressão positiva, possibilitando a prestação de cuidados diferenciados a puérperas/recém-nascidos, mobilizando os conhecimentos teóricos transmitidos nas aulas, bem como os trabalhos de pesquisa por mim efetuados. Acima de tudo este estágio deu-me uma perspetiva diferente da que encontro diariamente, na minha prática clínica, e mostrou-me outras formas de trabalhar.

6. Enfermagem em Ginecologia

Para realizar uma análise crítico-reflexiva sobre as atividades que desenvolvi no estágio de Ginecologia, no Serviço de Ginecologia de um Centro Hospitalar da zona centro do país, tive como linha orientadora os objetivos específicos previamente delineados no projeto de estágio, objetivos esses que irei explorar, de modo a compreender se terei atingido aquilo a que me auto propus.

Sendo assim, em relação ao primeiro objetivo: **“Promover a integração no serviço de Ginecologia”**, penso tê-lo atingido na totalidade. De uma forma sucinta e eficaz, a Enfermeira EESMO procedeu a uma apresentação do Serviço de Ginecologia, metodologia e organização dos cuidados de Enfermagem, plano de atividades e de visita médica. Após esta explanação e com a consulta de guias orientadores e protocolos do serviço, senti que de uma forma gradual e relativamente rápida compreendi a dinâmica e funcionalidade do serviço.

O Serviço de Ginecologia recebe doentes do foro ginecológico, sendo muito vasto em patologias, no entanto, a taxa de ocupação do mesmo tem-se demonstrado diminuída, devido às limitações cirúrgicas provocadas pela pandemia que hoje vivenciamos. No entanto, com o esforço e dedicação continuo por parte da minha orientadora, pude contactar com as mais variadas experiências, nomeadamente doentes submetidas a histerectomia abdominal ou vaginal, ooforectomia, anexectomia, miomectomia, salpingectomia, laqueação tubar, TOT e TVT-O, histeroscopia e ressectoscopia.

O desenvolvimento das atividades anteriormente referidas, em conjunto com o meu interesse e empenho, contribuíram para que atingisse o segundo objetivo a que me propus: **“Promover a integração na equipa multidisciplinar do Serviço de Ginecologia”**. No desenvolvimento das atividades inerentes ao Estágio, integrei-me na equipa, conheci diferentes profissionais que contribuíram para o meu crescimento enquanto Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, e que me fizeram sentir parte integrante da equipa, o que foi para mim muito gratificante. Neste aspecto, aproveito para realçar que o Serviço de Ginecologia do CHBV é um ótimo campo de estágio uma vez que, como já referi anteriormente, permite o contacto com uma série de patologias do foro ginecológico, em regime programado e regime de urgência. Para além disso, a Enfermeira EESMO, devido à sua vasta experiência nesta área tanto como enfermeira como na orientação de alunos, realizou ambas as funções de forma excelente, mostrando-se sempre disponível e colaborante para que eu conseguisse atingir os objetivos individuais a que me propus.

Para atingir o objectivo: **“Promover a saúde da mulher com patologia do foro ginecológico”** desenvolvi junto das utentes múltiplos ensinamentos referentes a estratégias de vigilância da sua saúde ginecológica. Neste aspecto gostaria de referir que sendo a cidade onde se situa o Centro Hospitalar da zona centro, no qual decorreu o estágio, uma cidade bastante heterogénea e com uma população-alvo variadíssima, pude encontrar mulheres de diferentes níveis socioeconómicos. Tal facto constituiu um importante desafio pois senti necessidade de adequar os ensinamentos e adaptar estratégias de acordo com as necessidades da mulher e família em causa.

Foi motivo de reflexão pessoal uma situação que sucedeu com uma mulher quando eu lhe fazia ensinamentos para a alta, explicando-lhe a necessidade de vigilância da sua saúde no Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Familiar da sua região, quando a senhora me responde “ Senhora Enfermeira, é muito difícil marcar consulta, nunca há vagas e por vezes demoram meses...”. De facto, os cuidados de saúde primários são, a maioria das vezes, o primeiro contacto dos utentes com os serviços de saúde e seria sua função assegurar os cuidados essenciais e o aconselhamento na resolução de problemas com disponibilidade. Quando se confronta com a realidade existente, percebe-se que isso nem sempre acontece por isso é essencial que o enfermeiro, em ambiente hospitalar, esteja atento e orientado de forma correcta para os recursos existentes na comunidade para a Promoção de Saúde da Mulher e se necessário o próprio enfermeiro entre em contacto com os serviços de saúde primários, expondo a situação e a importância da mesma. Neste aspecto, penso que o Serviço de Ginecologia tem uma óptima metodologia de parceria de cuidados com o Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Familiar da região da utente, enviando aquando da alta uma carta descritiva da cirurgia e restantes cuidados pós-operatórios.

O enfermeiro também não deve pressupor que todos os doentes têm conhecimento sobre a gratuidade das consultas do Centro de Saúde e a existência de Programas de Rastreio do Cancro do Colo do Útero e da Mama. É importante orientar a mulher e os seus conviventes significativos demonstrando-lhes a importância de viver a sua saúde de forma segura e saudável.

Após os ensinamentos realizados e as experiências variadas que vivenciei neste estágio não posso dizer que atingi na plenitude este objectivo porque a mensagem da Promoção de Saúde pode não ter chegado de igual forma a todas as utentes. No entanto, com todas as mulheres que contactei procurei promover a sua saúde ginecológica, demonstrando-lhe a importância de uma vigilância adequada e que esta postura poderá ser uma forma de salvar as suas vidas.

Como quarto objetivo delinee: **“Desenvolver competências que permitam o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações em mulheres com patologia do foro ginecológico”**. Para atingir este objetivo a que me propus decidi investir bastante na informação às mulheres sobre possíveis complicações e sinais de alerta. Mais uma vez neste estágio de Ginecologia pude constatar que as utentes procuram os enfermeiros para esclarecer as suas dúvidas, desmitificar mitos e clarificar pormenores da sua saúde Ginecológica. As utentes preferem o enfermeiro pelo facto de o verem como um profissional mais acessível e disponível e, de facto, o que passa a maior parte do tempo de internamento junto da utente. Neste sentido, o enfermeiro deve saber tirar partido da confiança que as utentes depositam nele e preparar-se tanto a nível teórico como emocional para ser capaz de dar resposta às dúvidas bem como dar o apoio que a mulher necessita. Assim, procurei durante todo o internamento e nomeadamente no momento da alta, demonstrar à mulher quais são as possíveis complicações da cirurgia ginecológica e os sinais de alerta. Deste modo, estarei a evitar recorrências desnecessárias ao Serviço de Urgência e a promover a autonomia da mulher nos seus cuidados de saúde. Neste aspecto, senti a necessidade de envolver o convivente significativo pois a maioria das cirurgias ginecológicas são realizadas em doentes com idade avançada, o que implica a presença de outra pessoa que possa orientar e colaborar na prevenção de complicações.

Penso que se o enfermeiro realizar estes ensinamentos com uma linguagem acessível e demonstrando disponibilidade, poderá promover a saúde ginecológica da mulher com sucesso.

O meu quinto objetivo específico é **“Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com afeções do aparelho génito-urinário, internadas no serviço de Ginecologia”**. Para ter sucesso a atingir este objetivo procurei acompanhar o máximo tempo possível a utente durante o seu internamento. Penso que a continuidade de cuidados é um importante método de trabalho que tem repercussões positivas tanto para o enfermeiro prestador de cuidados, como para o utente que desenvolve uma relação de empatia com o enfermeiro.

Na consecução deste objetivo atribui grande importância ao acolhimento da utente e seu convivente significativo. O acolhimento é o primeiro contacto da utente com o Serviço de Ginecologia, já que é neste momento que a utente por estar tão expectante adquire as primeiras impressões da Instituição. Cabe pois, ao enfermeiro, que normalmente é o primeiro profissional a entrar em contacto com a utente, proporcionar um ambiente calmo e cordial, demonstrando serenidade e disponibilidade.

Ainda no âmbito deste objetivo tive oportunidade de me descolar ao bloco operatório e observar duas cirurgias: Uma Miomectomia e uma CPA (Colpoplastia anterior). Penso ambas as situações se demonstraram bastante enriquecedoras, visto que tive a oportunidade de acompanhar todo o processo das utentes, desde a entrada no serviço, à ida ao Bloco Operatório e a receção da mesma no pós-operatório. Desta forma, e com esforço e disponibilidade da minha orientadora e equipa de profissionais do bloco operatório, pude presenciar as cirurgias e aprender um pouco mais sobre a patologia em causa e a intervenção que se realizou. Quero aproveitar para, mais uma vez, agradecer a disponibilidade de toda a equipa que contribuiu para a minha aprendizagem e formação.

Como sexto objetivo específico delinee: **“Promover a reabilitação e readaptação da mulher submetida a tratamento médico ou cirúrgico ginecológico”**. Em relação a este objetivo, apesar da limitação temporal do estágio, observei diversas situações enriquecedoras. Após contactar com utentes em pré-operatório de histerectomias totais pude perceber que estas consideravam que após esta cirurgia iam “deixar de ser mulheres, que as relações sexuais após a cirurgia iam ser proibidas para sempre”, tal como elas referiam. Ao perceber que ainda existem estes mitos, constato que o enfermeiro tem um importante papel no ensino e desenvolvimento de estratégias de *coping* que são essenciais para que a mulher e família vivam a sua vida de uma forma saudável. O enfermeiro deve estar atento às dúvidas e mitos que possam existir no sentido de esclarecer as utentes e dar-lhes o suporte emocional e psicológico que estas necessitam para promover uma readaptação adequada da mulher ao seu dia-a-dia após a cirurgia ginecológica. No contacto com utentes que iam ser submetidas a cirurgia de correção de incontinência urinária, pude aferir que as pessoas tendem com frequência a conviver com a incontinência urinária sem procurar ajuda profissional porque se sentem receosas ou envergonhadas em falar deste problema com o profissional de saúde. Também existem mulheres que pensam que a incontinência urinária é uma consequência normal do envelhecimento e por este motivo escondem e deixam evoluir a situação de doença durante imenso tempo. Perante estas crenças e mitos, procurei junto das mulheres envolvê-las no seu próprio projeto de saúde, demonstrando-lhes como elas próprias podem ser importantes na mudança de comportamento e de atitudes. Na minha opinião, esta é uma das competências que cabe ao enfermeiro especialista num serviço de Ginecologia, olhar a utente e contextualizá-la nas diferentes fases do ciclo da mulher, desde a sua adolescência, passando pelo climatério e menopausa. Devemos olhar a mulher não só pelo motivo que a leva ao Hospital, mas tentar construir, em conjunto com ela, o seu próprio projeto de saúde. Neste sentido, com todas as utentes com quem contactei, independentemente do diagnóstico ginecológico que as levava ao internamento hospitalar, procurei conhecer os seus hábitos de vida, de vigilância da sua

saúde ginecológica e inculcá-lhes a importância de uma prevenção adequada. Na altura da alta e conseqüente inserção na comunidade e família, procurei que as mulheres adquirissem comportamentos de adesão que promovam a sua saúde.

Como sétimo objetivo projetei “**Aplicar a metodologia científica na prestação de cuidados, de forma a integrar conhecimentos técnicos e teóricos**”. De facto, várias vezes nestas semanas senti necessidade de pesquisar artigos científicos e informações para sustentar a minha prática clínica e para prestar cuidados de forma assertiva. Durante as três semanas em que estagiei no Serviço de Ginecologia deparei-me com inúmeras Bartholinites e senti necessidade de pesquisar sobre esta patologia, etiologia, fatores de risco e tratamento. Após a pesquisa efetuada sinto que estou melhor preparada para realizar ensinamentos às mulheres no sentido da promoção da sua saúde ginecológica e prevenção de doenças como a Bartholinite. Penso que a pesquisa bibliográfica e revisões de literatura são muito benéficas para a nossa aprendizagem e desenvolvimento de competências enquanto futuros enfermeiros especialistas e também na nossa prestação de cuidados. Após refletir sobre este assunto, penso que me devo manter sempre bem informada sobre patologias, novas técnicas de tratamento e prevenções para que possa prestar cuidados de enfermagem especializados, atualizados e de qualidade. Para a minha futura vida profissional espero manter sempre este espírito de ampliação e atualização de conhecimentos para que consiga desenvolver mais e melhores competências no meu posto de trabalho, contribuindo para a melhoria contínua dos serviços onde esteja integrada.

No que diz respeito ao nono e último objetivo: “**Avaliar periodicamente a minha evolução no Ensino Clínico**” penso que também o atingi integralmente. Na minha opinião é praticamente impossível não realizar uma reflexão periódica sobre o estágio, mesmo que esta se faça quando chegamos a casa e falamos com um familiar sobre o nosso dia. Falar sobre as situações que mais me marcaram, obriga a uma análise da minha postura, dos meus conhecimentos e conduz à reflexão sobre as minhas dificuldades e as mudanças de comportamento numa próxima abordagem. O uso da técnica de espelhamento também me permitiu aperfeiçoar o meu desempenho, sendo assim uma mais-valia para o meu desenvolvimento profissional.

Em suma, penso que este estágio me permitiu uma progressão positiva, possibilitando a prestação de cuidados diferenciados a mulheres que vivenciam processos de doença ginecológica, mobilizando os conhecimentos teóricos transmitidos nas aulas, bem como os trabalhos de pesquisa por mim efetuados.

Considero que, apesar de curtas, estas 3 semanas foram uma mais valia no meu processo de aprendizagem, permitindo que no futuro, me torne uma Enfermeira EESMO capaz e polivalente.

Considerações finais

Fazendo uma reflexão e balanço final sobre os estágios realizados, começo por mencionar que procurei sempre alicerçar a minha prática clínica na evidência científica existente, bem como me apoiei no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, de 06 de fevereiro de 2019), o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento nº 391/2019, de 3 de maio de 2019), uma vez que estes documentos são uma referência para a prática especializada, fomentando a reflexão contínua acerca da qualidade do exercício profissional e apoia todos os processos de melhoria contínua da qualidade.

Assim, considero ter alcançado as competências específicas do Enfermeiro EESMO, como preconizado no artigo 4º do Regulamento nº 391/2019, de 3 de maio de 2019 (p. 13561), nomeadamente: “a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional; b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré - natal; c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade”.

Por conseguinte, os estágios foram *locus* de oportunidade para que pudesse adquirir, desenvolver e cimentar competências e conhecimentos anteriormente adquiridos na formação teórica do curso. Assim, os estágios configuram-se em espaços oportunos para que pudesse mobilizar os conhecimentos anteriormente adquiridos. Foram igualmente ocasiões para a aplicação na prática de competências técnicas e resultaram na oportunidade para a realização de uma reflexão crítica, pois só refletindo na ação e para a ação é que nos podemos transformar em profissionais reflexivos e com vontade de crescer continuamente.

Importante também referir que a prática baseada em evidências científicas tem vindo a ganhar ímpeto na Enfermagem. Os resultados da investigação, os conhecimentos da ciência, conhecimentos clínicos e opinião de especialistas são todos considerados “evidência”. Todavia, as práticas baseadas em evidências da investigação são mais suscetíveis de originar resultados desejados em vários cenários (Lehane et al., 2018, p. 2). A prática baseada em evidências exige mudanças e mais investigação relevante para a prática profissional. Esta proporciona oportunidades para que os cuidados de enfermagem

sejam mais individualizados, mais eficazes, racionalizados e dinâmicos e para maximizar os efeitos do julgamento clínico (Abu-Baker et al., 2021, p. 2). Em conformidade com os mesmos autores, quando a evidência é utilizada para definir as melhores práticas em vez de apoiar as práticas existentes, os cuidados de enfermagem acompanham os últimos avanços e tiram partido dos novos desenvolvimentos do conhecimento, tendo sido este o caminho seguido na componente investigativa que a seguir se apresenta, procurando-se compreender as vivências de grávidas com asma; compreender o significado atribuído pelas grávidas com asma à educação pré-natal.

II CAPÍTULO - Relatório Final da componente de investigação

Resumo

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas e de entre todas as doenças crónicas é das mais prevalentes e que mais frequentemente acarreta complicações no decorrer da gravidez.

Objetivos: Compreender as vivências de grávidas com asma; compreender o significado atribuído pelas grávidas com asma à educação pré-natal.

Participantes e métodos: Estudo de investigação qualitativa, utilizando o método fenomenológico de Max van Manen, aprovado pela Comissão de Ética. Pelo método de bola de neve, selecionaram-se 12 participantes, para entrevista fenomenológica. Os dados recolhidos foram alvo de análise temática suportada pelo *software Nvivo®* versão 12.

Resultados: Do verbatim das mulheres entrevistadas, desocultaram-se 13 categorias, as quais se apresentam por ordem de maior representação: “Obstáculos na gestão da asma durante a educação pré-natal”, “Sentimentos vivenciados durante a gravidez e parto”, “Estratégias adotadas pela grávida para ultrapassar as dificuldades decorrentes da asma, durante a gravidez”, “Alterações sugeridas à Educação Pré-Natal”, “Ajustamentos terapêuticos durante a gravidez”, “Resultado da gestão da asma durante a gravidez”, “Significado atribuído pela mulher à gravidez”, “Complicações durante a gravidez”, “Ajustamentos terapêuticos após o parto”, “Tipo de acompanhamento da grávida com asma referenciado na Educação Pré-Natal”, “Manifestação da sintomatologia no pós parto”, “Constrangimentos vivenciados durante a gravidez devido à pandemia” e “Patologias decorrentes da gravidez”.

Conclusão: Os resultados evidenciam que há uma necessidade crescente de um aumento e melhoria do acompanhamento e vigilância das grávidas asmáticas no decorrer da gestação, com consultas mensais, onde seja avaliado o estado atual da doença, a função respiratória e terapêutica implementada ou a implementar. É de extrema relevância que seja implementada uma prática de educação para a saúde sobre a asma durante a gravidez, em programas de educação pré-natal, liderados por enfermeiros competentes e especializados, nomeadamente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Palavras-chave: Enfermagem; Gravidez; Asma; Educação pré-natal.

1. Justificação do estudo

A asma consiste numa doença inflamatória crónica que se caracteriza pela “hiperreatividade brônquica a vários estímulos, culminando com crises de broncoespasmo”. Na gravidez, a asma mal controlada pode causar “hipoxia e aumento da letalidade materna e perinatal, prematuridade e atraso no crescimento fetal, hiperemese e pré-eclâmpsia” (Junqueira et al., 2014, p. 367). De acordo com os mesmos autores, o desenvolvimento da “asma, durante a gravidez, não é previsível”, pois tanto pode piorar como melhorar ou estabilizar. O controlo da asma na gravidez deve ser um foco da intervenção do Enfermeiro EESMO, quer “na primeira consulta de pré-natal e avaliação de pico de fluxo (*peak-flow*)”, quer nas consultas de vigilância da gravidez (Junqueira et al., 2014, p. 367).

O controlo da asma pode sofrer diversas alterações durante a gravidez, estimando-se que cerca de 1/3 das mulheres grávidas sofram um agravamento dos sintomas, 1/3 apresentem uma melhoria da sintomatologia e 1/3 mantenham estabilidade da situação asmática (Sociedade Portuguesa de Pneumologia [SPP], 2019). Diversos estudos sugerem que as grávidas com um controlo ótimo da asma, sobretudo se prévio à gravidez, não apresentam riscos significativos de complicações, comparativamente com grávidas saudáveis, contudo “as exacerbações e um mau controlo da doença durante a gravidez estão associados a maiores riscos para o bebé e para a mãe” (SPP, 2019).

De acordo com Viegas (2016, p.11), há uma interdependência entre a gravidez e a asma, visto que: “A gravidez vai influenciar a asma, assim como a asma vai ter implicações na gravidez”. Nesse sentido, o mesmo autor refere que “As complicações materno-fetais mais frequentemente descritas são: exacerbação da asma, infeções virais respiratórias, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, abortamento espontâneo, parto pré-termo (PPT), recém-nascido com baixo peso à nascença (BPN), recém-nascido pequeno para a idade gestacional (SGA), malformações congénitas e morte perinatal.”

Existe, por isso, uma necessidade eminente de encontrar estratégias e intervenções direcionadas às grávidas com asma, que tenham como principal objetivo atingir um melhor controlo da asma durante a gravidez, envolvendo um atendimento multidisciplinar e especializado.

Como preconiza a OE (Regulamento n.º 613/2022, 8 de julho de 2022, p. 179), no seu regulamento que define o ato do enfermeiro,

“Enquanto disciplina, a evolução da enfermagem como ciência e o número crescente e diversificado de áreas de investigação a ela associadas têm contribuído para que, globalmente, os enfermeiros possuam um maior grau de diferenciação, a que corresponde

um corpo científico próprio e autónomo, contribuindo para que, também na prestação de cuidados e funcionamento dos serviços de saúde, tenham um maior reconhecimento e assumam novas e mais complexas responsabilidades”.

Ainda em conformidade com a OE (Regulamento n.º 613/2022, 8 de julho de 2022, p. 179), a enfermagem, como “profissão tem evoluído” para dar respostas às crescentes “necessidades de cuidados e dos diferentes contextos de atuação”, que cada vez mais se caracterizam por “uma complexificação crescente de conhecimentos, práticas e locais de trabalho”, fomentando “novos campos de atuação do exercício profissional autónomo do enfermeiro e do enfermeiro especialista e enquanto elemento da equipa multidisciplinar e multiprofissional de saúde”. Tendo por base estas premissas e como descrito no Artigo 4.º Responsabilidade e autonomia do mesmo regulamento, “No seu exercício profissional, o enfermeiro atua com vista à promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e reinserção social dos destinatários de cuidados” (OE, Regulamento n.º 613/2022, 8 de julho de 2022, p. 180), optou-se por enfatizar a educação pré-natal em grávidas com asma, um tema ainda pouco estudado e que requer toda a atenção do EESMO.

Importa também salientar que este estudo se assume como um contributo para a prática de enfermagem especializada, ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, com implicações positivas na futura prática profissional em Saúde Materna e Obstétrica. Diz isto porque, ao realizar-se o presente estudo, adquirir-se-á mais conhecimentos sobre a asma na grávida. Acredita-se que a integração da prática baseada na evidência no quotidiano profissional do Enfermeiro EESMO tem o potencial de melhorar o ambiente da prática, bem como os resultados dos cuidados à grávida. É essencial que os enfermeiros construam o seu corpo de conhecimentos, normalizem a prática e melhorem os resultados das suas intervenções. Assim sendo, para se fazer avançar a Ciência da Enfermagem, melhorar a prática dos enfermeiros e os resultados da sua intervenção nos mais variados contextos, é fundamental transmitir-se a premissa não só do valor do conhecimento baseado em evidências, mas também como aceder a esse conhecimento, avaliá-lo e aplicá-lo corretamente, conforme necessário. Como tal, este estudo tem como objetivo geral compreender as vivências de grávidas com asma; compreender o significado atribuído pelas grávidas com asma à educação pré-natal.

2. Enquadramento teórico - Estado da arte

A asma consiste numa patologia inflamatória crónica das vias aéreas, com participação de múltiplas células e elementos celulares. A inflamação crónica associa-se “à hiperresponsividade das vias aéreas, que leva a episódios recorrentes de sibilos, dispneia, opressão torácica e tosse, particularmente à noite ou no início da manhã”. Os referidos episódios são o resultado da “obstrução ao fluxo aéreo intrapulmonar generalizada e variável, reversível espontaneamente ou com tratamento” (Costa, 2017, p. 14). É uma doença heterogénea caracterizada pela inflamação crónica das vias aéreas e é definida por uma história de sintomas respiratórios juntamente com a limitação variável do fluxo de ar expiratório confirmada por testes de função pulmonar e a sua gestão é realizada através da utilização de β 2-adrenoceptor agonistas e corticosteroides inalados (Al Ghobain et al., 2018, p. 2).

A asma é uma síndrome de disfunção pulmonar em que ocorre um desequilíbrio entre as forças que contrariam a ação da musculatura lisa do brônquio e mantém as vias aéreas abertas e as que tendem a amplificar a ação desta musculatura e a encerrar as vias aéreas. No que diz respeito ao primeiro caso, existe um aumento do volume pulmonar e a redução da tensão superficial. Quanto à segunda situação, existe o edema, o aumento do músculo liso, o aumento de muco, da espessura da parede e redução do surfactante (Fazel et al., 2021, p. 2). A asma é uma doença em que os padrões de desenvolvimento do pulmão e do sistema imunológico estão alterados desde cedo e que estas alterações podem desencadear a primeira crise, surgindo o processo inflamatório característico da asma. Este processo pode provocar alterações da estrutura e da função pulmonar que vão perpetuar a doença (*Global Initiative for Asthma*, GINA, 2020, p. s.p.).

As transformações anatómicas no tórax e no abdómen ocorrem precocemente durante a gravidez, “mesmo antes de o crescimento uterino exercer efeito mecânico importante nestas cavidades corporais” (Costa, 2017, p. 19). Ao longo do primeiro trimestre de gestação, “o ângulo dos arcos costais em relação ao esterno” alcança um “aspecto mais retificado. O diafragma pode elevar-se já quatro centímetros neste período inicial, podendo a caixa torácica expandir-se dois centímetros em relação a seu diâmetro prévio”. Assim, no período inicial de gestação, “o formato torácico já tende ao aspeto em *barril*, classicamente adquirido durante a gravidez. As alterações do organismo materno alcançam igualmente a dinâmica e a função respiratória. A progesterona, hormona de grandes concentrações séricas ao longo da gestação, exerce, no que se refere a nível central, um grande estímulo

na ventilação pulmonar, verificando-se um aumento significativo da sensibilidade do centro respiratório às variações das pressões gasosas, especialmente no que diz respeito à Pressão Parcial de CO₂ Arterial (PaCO₂) (Costa, 2017, p. 19).

A fim de satisfazer os requisitos metabólicos do feto em desenvolvimento e a placenta e para preparar a mãe para o trabalho de parto e parto, há várias mudanças fisiológicas que ocorrem durante a gravidez (Bonham et al., 2018, p. 515). As alterações fisiológicas respiratórias, hormonais e do sistema imunitário da gravidez têm o potencial de interferir com o desenvolvimento da asma. As alterações fisiológicas respiratórias na gravidez são da maior importância quando se trata de mulheres grávidas afetadas por uma doença pulmonar (Popa et al., 2021, p. 84). De acordo com os mesmos autores, a distensão progressiva do útero causa elevação diafragmática até 4 cm, aumento do ângulo subcostal até 50% (68°->104°) e diâmetro do tórax até 2 cm. O trato respiratório superior sofre de edema da mucosa, hiperemia, congestão capilar, causando rinite da gravidez, a começar no primeiro trimestre, com um pico no terceiro trimestre. Todas as alterações acima mencionadas conduzem a alterações dos volumes pulmonares. A elevação diafragmática causa um decréscimo na capacidade funcional residual em até 20%, mas o funcionamento diafragmático permanece inalterado e, por conseguinte, a capacidade vital é mantida. O volume da reserva expiratória diminui juntamente com a capacidade funcional residual. O volume da reserva inspiratória é reduzido no início da gravidez, mas com aumento no terceiro trimestre.

Várias alterações fisiológicas ocorrem no sistema respiratório durante a gravidez, incluindo os aumentos em volume corrente, ventilação por minuto de repouso e condutância das vias respiratórias, diminuições no volume residual e resistência pulmonar total. Os efeitos respiratórios da asma não controlada em mulheres grávidas podem neutralizar estas adaptações, aumentando potencialmente a incidência de pré-eclâmpsia, parto prematuro, restrições no crescimento fetal, morbidade perinatal, aborto espontâneo, baixo peso à nascença e cesariana (Al Ghobain et al., 2018, p. 2).

A asma é considerada a doença crônica mais comum na gravidez, com complicações na gravidez entre 4% a 8%. A exacerbação da asma na gravidez representa um problema clínico importante que pode levar à morbidade e mortalidade materna e fetal em mulheres grávidas com asma (Murphy & Schatz, 2014, p. 64). A percentagem de mulheres hospitalizadas por exacerbação da asma durante a gravidez foi de 5,8% (Shebl & Chakraborty, 2021, s.p.). Entre 8 e 13% das mulheres grávidas têm asma, afetando a sua qualidade de vida (Fazel et al., 2021, p. 2). O impacto da asma nas mulheres grávidas são particularmente importantes, uma vez que tem implicações tanto para a mãe como para o feto. Mais de um terço das gravidezes em mulheres com asma é complicado pela perda do

controlo da asma e por exacerbações da mesma, que podem estar associadas a piores resultados perinatais. A gravidez complicada pela asma demonstra aumentar o risco de pré-eclâmpsia, feto pequeno para a idade gestacional e nascimento pré-termo, bem como baixo peso à nascença (Burges et al., 2015, p. 1013)

Os mecanismos, os preditores e os resultados das exacerbações da asma durante a gravidez não estão ainda bem compreendidos. Um estudo anterior mostrou que a taxa de exacerbação da asma brônquica durante a gravidez está relacionada com o aumento da gravidade da asma. A não adesão à medicação controladora da asma brônquica devido à preocupação com o seu efeito teratogénico durante a gravidez é um importante fator de risco para a exacerbação da asma durante a gravidez. As infeções respiratórias virais são também fatores de risco que desencadeiam as exacerbações da asma durante a gravidez (Gluck & Gluck, 2006, p. 63).

A asma ocorre normalmente em mulheres grávidas e dados recentes delinearam os riscos dos resultados perinatais adversos entre esta população. Há um risco acrescido de baixo peso à nascença particularmente entre as mulheres com asma moderada a grave e exacerbações durante a gravidez, com um risco acrescido de parto prematuro, especialmente com uso de esteroides orais, um pequeno, mas aumento estatisticamente significativo do risco de malformações congénitas, particularmente de lábio leporino fendido com ou sem palato fendido, e um risco acrescido de hospitalização neonatal e de morte. A gestão ativa pode reduzir estes riscos, possivelmente através de reduções nas exacerbações. Foram apresentados dados adicionais tranquilizadores para a utilização de medicamentos para a asma, que apoiam os benefícios, superando os riscos do uso de medicamentos indicados para a asma durante a gravidez. As infeções virais são um fator importante, desencadeando exacerbações da asma na gravidez, com dados recentes a fornecer possíveis alterações imunológicas que podem explicar tal situação. A má adesão à terapêutica medicamentosa, apesar do agravamento dos sintomas da asma na gravidez, é um problema que continua a ser demonstrado na literatura. A melhoria do controlo da asma na gravidez tem o potencial para melhorar não só a saúde da mãe, mas também a do seu filho (Murphy & Schatz, 2014, p. 64).

Alguns estudos que investigaram o impacto da asma na gravidez revelam resultados preocupantes, com a maioria a relatar que a asma materna tem sérias implicações não só para a mãe e gravidez, mas também resulta em maus resultados para o feto (Popa et al., 2021, p. 84). Em estudos anteriores, como de Baghlaf et al. (2013), os seus resultados são semelhantes, ou seja, a asma não controlada acarentou várias complicações na gravidez, tais como a diabetes gestacional, a pré-eclâmpsia, placenta prévia, abrupção placentária, prematuridade pré-termo, rutura de membranas, corioamnionite e parto

premature. Um estudo de coorte prospetivo de 146 mulheres grávidas com asma (Murphy et al., 2005, p. 146) revelou exacerbações graves em 36% dos casos (53 mulheres), 34% delas eram causadas por infeções respiratórias e 29% deveram-se à cessação da medicação inalada de corticosteroides. De acordo com a literatura disponível, as mudanças psicológicas que geralmente ocorrem durante a gravidez têm também um efeito potencial sobre a asma. As mulheres tornam-se emocionalmente vulneráveis durante a gravidez e, para além disso, a própria gravidez pode tornar-se muito stressante, especialmente para as mulheres que vivem esta experiência pela primeira vez. Emoções intensas podem resultar na exacerbação da asma.

Vários estudos sugerem que as grávidas com um controlo ótimo da asma, sobretudo se prévio à gravidez, não apresentam riscos significativos de complicações, comparativamente com grávidas saudáveis, contudo “as exacerbações e um mau controlo da doença durante a gravidez estão associados a maiores riscos para o bebé e para a mãe” (SPP, 2019, s.p.). Os objetivos de uma gestão eficaz da asma na gravidez devem manter o melhor controlo possível da asma e evitar deteriorações/exacerbações. As exacerbações da asma representam um grande problema clínico durante a gravidez, sendo mais comuns em mulheres com idade gestacional entre as 17 e as 24 semanas de gestação (Popa et al., 2021, p. 81). Os mesmos autores refere ainda que as evidências mostram que uma proporção significativa de mulheres grávidas com asma para ou diminui a medicação no início da gravidez. Apenas metade das mulheres continuam a sua terapia com broncodilatador durante a gravidez, enquanto a outra metade interrompe o tratamento farmacológico, diminuindo o controlo da asma, sendo esta uma consequência de uma preparação inadequada e do medo que o tratamento farmacológico pode afetar a saúde do feto (Popa et al., 2021, p. 81).

“A gravidez vai influenciar a asma, assim como a asma vai ter implicações na gravidez. As complicações materno-fetais mais frequentemente descritas são: exacerbações da asma, infeções virais respiratórias, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, abortamento espontâneo, parto pré-termo (PPT), recém-nascido com baixo peso à nascença (BPN), recém-nascido pequeno para a idade gestacional (SGA), malformações congénitas e morte perinatal” (Viegas, 2016, p.11).

No seu estudo de revisão sistemática da literatura, Murphy e Schatz (2014, p. 65), constaram que a mortalidade perinatal aumentou significativamente entre as mulheres com asma em comparação com as mulheres sem asma. Nas grávidas com asma houve um aumento moderado dos riscos perinatais adversos graves, alguns dos quais têm efeitos a longo prazo para a criança.

A corroborar, um estudo mais recente de Fazel et al. (2021, p. 2) demonstra resultados perinatais adversos decorrentes da asma na gravidez. Os autores determinaram a relação entre a qualidade de vida relacionada com a asma e o controlo e gravidade da mesma. Realizaram um estudo prospetivo com mulheres grávidas com asma, com aplicação do *Asthma Quality of Life Questionnaire* (AQLQ). Ficou demonstrado que, em 1603 mulheres grávidas, 34 foram diagnosticadas com asma. Destas, 13 tinham asma intermitente, 10 com asma persistente leve, 8 asma persistente moderada e 3 asma persistente grave. Houve uma diminuição significativa da sua qualidade de vida com um controlo mais deficiente da asma ($p=0.014$). Este declínio pode dever-se, segundo os autores, às limitações da realização das atividades de vida diária nas mulheres com um controlo mais fraco da asma ($p=0,024$).

Os resultados do estudo de Fazel et al. (2021) estão em conformidade com um estudo anterior realizado na Austrália (Powell et al., 2011, p. 1032). Uma qualidade de vida reduzida em mulheres grávidas com asma não bem controlada também foi relatada por Burgess et al. (2015, p. 1013). Nestes estudos não foi encontrada qualquer relação entre a medicação para a asma e a qualidade de vida relacionada com a asma, embora o controlo da asma tenha sido associado de forma significativa à qualidade de vida especialmente no que diz respeito à função emocional das mulheres.

Existe uma necessidade urgente de mais investigação sobre o desenvolvimento de abordagens baseadas em evidências científicas para melhorar a gestão da asma durante a gravidez e subsequentes resultados perinatais, uma vez que a asma é uma das condições crónicas mais prevalentes relatadas durante a gravidez, com uma prevalência entre 8% e 13% a nível mundial. A asma materna está associada a uma morbilidade e mortalidade perinatal significativa, com risco aumentado de baixo peso à nascença, menor idade de gestação, nascimento pré-termo, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e cesariana (Grzeskowiak & Clifton, 2015, p. 1020).

A gravidez é reconhecida como um grande desafio na gestão da asma, pois pode alterar o desenvolvimento da gravidade da asma e o seu tratamento, o que, por sua vez, pode afetar os resultados da gravidez. As recomendações existentes são que a asma seja gerida durante a gravidez da mesma forma que um adulto não grávido, incluindo a gestão de medicamentos para a asma. Isto também se aplica à avaliação do controlo da asma e ao ajustamento dos medicamentos inalados em conformidade, a intervalos regulares durante a gravidez (Grzeskowiak & Clifton, 2015, p. 1021). Apesar das *guidelines* e da consciência dos efeitos adversos substanciais associados à asma durante a gravidez, pouco se tem feito para melhorar o seu tratamento e reduzir a morbilidade e a mortalidade perinatal associadas. Por conseguinte, a atual gestão da asma parece estar centrada numa

abordagem reativa e não proativa, o que é realçado através de apenas 5-15% das mulheres grávidas asmáticas estarem envolvidas em programas de educação pré-natal sobre a asma (Fazel et al., 2021, p. 7).

As complicações da asma durante a gravidez encontram-se também diversas vezes associados ao tipo e intensidade do tratamento utilizado para o controlo da mesma. Estudos que envolveram gestantes com asma bem controlada, que apresentam o uso regular de corticosteroides inalatórios para inibir os mecanismos inflamatórios num nível sistémico, raramente demonstram efeitos adversos no resultado fetal (Bracken et al., 2003, p. 739).

Alguns estudos avaliaram o efeito da asma materna durante a gravidez, na presença e ausência do uso de tratamentos com corticosteroides, na função placentária e no desenvolvimento fetal, sendo que estes estudos relevaram que o uso de corticosteroides não afeta diretamente o crescimento fetal e que a asma materna não controlada apresentaria um maior impacto no feto e na placenta (Murphy et al., 2003, p. 1317). Ademais, exacerbações agudas da asma foram identificadas como o evento mais significativo para afetar a morbidade e mortalidade fetal em gestações complicadas pela doença, ou seja, um controlo deficiente da asma é um fator de risco maior para um resultado adverso durante a gravidez, do que o uso de corticosteroides (Robijn et al., 2020, p. 2).

Embora exista um conjunto crescente de literatura sobre o impacto das exacerbações da asma durante a gravidez sobre os resultados perinatais adversos, ainda não é claro se as exacerbações da asma ou a gravidade da asma são o fator determinante para os resultados negativos (Robijn et al., 2020, p. 1). Tendo por base estes pressupostos os mesmos autores realizaram um estudo no qual verificaram que as exacerbações ocorreram em 1430 (4,2%) gravidezes. As exacerbações foram associadas a uma redução de peso no nascimento e cesariana eletiva e de emergência.

As evidências também mostram que muitas gestantes com asma continuam a optar por interromper a toma da terapêutica habitual de controlo da doença durante a gravidez, muitas das vezes sem conhecimento dos médicos responsáveis pelo seu acompanhamento. Os motivos que fundamentam esta tomada de decisão compreendem, em muitos casos, a preocupação para com o uso de medicação no decorrer da gravidez, uma curiosidade na utilização de terapias alternativas, perceções de resultados negativos associados ao uso de esteroides e falta de apoio e orientação dos profissionais de saúde sobre o que fazer e como utilizar a terapêutica prescrita ao longo da gravidez (Lim et al., 2012, p. 475).

Apesar da consciência dos efeitos adversos substanciais associados à asma durante a gravidez, pouco tem sido feito para melhorar o seu tratamento e reduzir a morbidade e mortalidade perinatal associadas. A falta de conhecimento das mulheres sobre os riscos da

asma não controlada durante a gravidez é evidente, no entanto, é possível ainda verificar-se uma falta de confiança entre os profissionais de saúde aquando da decisão de qual o melhor plano de intervenção a implementar em cada caso particular (Lim et al., 2012, p. 476).

Estudos de coorte anteriores encontraram riscos acrescidos de resultados perinatais adversos para gestantes com asma, incluindo a pré-eclâmpsia, o baixo peso à nascença e recém-nascido pequeno para a idade gestacional (Rejnö et al., 2014, p. 1; Meakin et al., 2017, p. 17). As alterações placentárias durante a gravidez podem resultar em efeitos perinatais adversos entre gestantes com asma. Outro mecanismo proposto para explicar os resultados perinatais negativos é a redução do transporte de oxigénio para o feto, devido à capacidade reduzida dos pulmões maternos para inalar ar rico em oxigénio. As exacerbações da asma durante a gravidez podem reduzir ainda mais o transporte de oxigénio, aumentando potencialmente o risco conferido ao feto (Robijn et al., 2019, p. 1404).

Deste modo, recomenda-se uma monitorização mensal da grávida com asma, uma vez que os estadios do processo gravídico podem provocar distintas transformações e acrescentar novas dificuldades no controlo desta doença crónica. O principal objetivo será proceder a uma educação pré-natal completa e contínua, que deverá ser desenvolvida ao longo de toda a gestação, acompanhada de uma abordagem multidisciplinar do profissional de saúde, que permita à gestante uma autogestão da sua doença e um conhecimento total, não só dos meios farmacológicos, como também dos meios não farmacológicos e autónomos a utilizar para o controlo da asma (Robijn et al., 2019, p. 1416).

A abordagem multidisciplinar para a gestão da asma materna (MAMMA©) engloba uma colaboração entre os diversos profissionais de saúde, com uma avaliação mensal da grávida, desde o início da gravidez, até ao seu término, bem como uma apreciação contínua das diversas alterações experienciadas pela gestante no decorrer da gravidez. Segundo o estudo realizado por Lim et al. (2012), as gestantes deverão ser contactadas mensalmente, para uma sessão de uma hora, onde será avaliado o estado e controlo da sua asma, através da aplicação de um questionário do controlo da asma (ACQ), sendo ainda esclarecidas dúvidas diversas sobre a temática. O ACQ afirma que um aumento do score de 0,5 revela uma deterioração significativa do controlo da asma, com necessidade de uma modificação das intervenções de autogestão anteriormente implementadas (Juniper, 1999). Este tipo de acompanhamento próximo, permite manter a asma da gestante sob controlo durante a gravidez.

Para além desta monitorização mensal, é ainda importante que a função respiratória da gestante seja constantemente avaliada, de modo a ser detetada precocemente uma deterioração do seu estado. Existem neste sentido diversos métodos de avaliação, mas

muito deles apresentam custos elevados e difícil acessibilidade, no entanto, existe um método que se destacou entre os restantes. A avaliação dos volumes expiratórios forçados no primeiro e sexto segundo da expiração (FEV1/FEV6) é um método que permite uma avaliação da função respiratória e de possíveis obstruções das vias aéreas, podendo ser uma forma de diferenciar a falta de ar associada à gravidez, do agravamento dos sintomas da asma, sendo mais conveniente e acessível (Lim et al., 2012, p. 475).

Sabendo-se que a asma é a condição de saúde crónica mais comum que afeta a gravidez, é indispensável a otimização da sua gestão para a garantia do bem-estar tanto da mãe como do bebé. Tendo como base estas evidências, Ibrahim et al. (2018, p. 1) realizaram um estudo cujos principais objetivos foram avaliar os conhecimentos das gestantes sobre a asma, o nível de cuidados com a asma e os resultados fetais e maternos entre as mulheres grávidas asmáticas. O objetivo secundário era identificar barreiras encontradas no controlo da asma. Tratou-se de um estudo transversal, presencial e prospetivo com uma amostra de 80 mulheres grávidas com asma diagnosticada. Cerca de 56% das gestantes relataram um agravamento do controlo da asma durante a gravidez, das quais 52,3% sentiram este agravamento no terceiro trimestre. Cerca de 65% tiveram asma não controlada durante a sua gravidez e a técnica inalatória foi incorreta em 64,4%. Apenas 12,7% das gestantes tinham recebido um plano de ação para a gestão da asma por escrito. As principais razões para a asma não controlada foram a falta de conhecimento sobre o tratamento farmacológico para a asma (30%) e o medo dos efeitos secundários dos corticosteroides inalados por parte de 19% das gestantes. Não foi relatada qualquer razão financeira. Foram observadas associações significativas entre o número total de gravidezes, má perceção dos medicamentos para a asma, exacerbação da asma durante o parto e controlo deficiente da asma. A pré-eclâmpsia e as anomalias congénitas ocorreram em taxas mais elevadas do que as anteriormente registadas entre a população em geral, o que justifica uma maior aposta em programas de educação pré-natal completa e contínua junto das gestantes com asma.

Grzeskowiak et al. (2014) consideram que assume muita importância a implementação e integração no plano de Educação Pré-natal, de um programa individualizado de educação para asma, que melhore a participação das grávidas na autogestão da sua doença. Este programa deverá ser liderado por um profissional de enfermagem, com qualificações na área de gestão da asma, educação e espirometria. Todas as gestantes com asma deverão participar de sessões de educação para a saúde sobre asma, sendo que estas sessões deverão incluir ensinamentos de intervenções de autogestão, que incluam: adesão à terapêutica e compreensão dos efeitos da mesma, técnicas de utilização de dispositivos inaladores, reconhecimento da deterioração da asma e

elaboração de um plano de ação, do qual a gestante se deverá sempre fazer acompanhar. Além disso, as grávidas deverão ainda receber informações sobre como prevenir possíveis gatilhos que possam desencadear crises e aconselhamento para a cessação tabágica, quando necessário (Murphy et al. 2005, p. 1054).

De acordo com Al Ghobain et al. (2018, p. 2), os conceitos errados sobre a segurança dos medicamentos podem levar as gestantes com asma a suspenderem o seu tratamento, resultando em morbidade e mortalidade neonatal relacionada com a asma. Assim, realizaram um estudo no qual avaliaram o nível de conhecimento e educação sobre a segurança dos medicamentos para a asma durante a gravidez entre as mulheres em idade fértil com antecedentes de asma brônquica, na Arábia Saudita. Entre as participantes, 77,1% estavam grávidas na altura do inquérito, 77,8% tinham usado medicamentos para a asma durante a gravidez atual ou anterior, 70,8% gestantes acreditavam na segurança dos medicamentos para a asma durante a gravidez, 49,1% tinham recebido educação sobre a asma e 46,8% tinham recebido informações sobre a segurança dos medicamentos para a asma durante a gravidez. As respostas indicaram que 46,8% tinham parado (ou expressado o desejo de parar) os medicamentos para a asma durante a gravidez e 48% acreditavam que os medicamentos para a asma iriam prejudicá-las e aos seus bebés mais do que a própria asma, mas 92,4% expressaram que estariam dispostas a usar medicamentos para a asma durante a gravidez se a sua segurança fosse confirmada por um médico. O nível de educação e o estatuto profissional associaram-se a uma maior probabilidade de terem recebido educação para a asma e com a consciência da segurança dos medicamentos durante a gravidez. Face a estes resultados, os mesmos autores sugerem a necessidade de mais esforços para desenvolver programas de educação pré-natal adequados a mulheres grávidas com asma, apresentando-se estratégias e intervenções direcionadas às gestantes com asma, objetivando um melhor controlo da asma durante a gravidez, o que requer um uma intervenção multidisciplinar e especializada.

Após a contextualização do fenómeno em estudo, dando-se conta do estado da arte, seguidamente, apresentam-se todos os procedimentos metodológicos inerentes ao trabalho de investigação qualitativa do tipo fenomenológico, segundo as orientações de Max Van Manen.

3. Participantes e métodos

3.1. Tipo de estudo

Estudo qualitativo do tipo fenomenológico orientado pelos princípios de Van Manen. Justifica-se a opção por um estudo qualitativo porque o mesmo possibilita a “compreensão, significado e ação” (Coutinho, 2021, p. 17), ou seja, esta opção metodológica permite, como refere a mesma autora, que os dados obtidos sejam analisados indutivamente através de técnicas específicas e rigorosas e depois organizados de forma a melhor responder às questões da investigação. Assim, depreende-se que o objetivo da investigação qualitativa não é a acumulação de informação, mas o desenvolvimento da compreensão acerca de fenómenos que preocupam a Enfermagem. Por outro lado, segue-se a abordagem de van Manen dado que, para além de contribuir para o corpo de conhecimentos da Enfermagem, proporciona um conhecimento específico que permite aos enfermeiros agir de forma mais reflexiva, com tato e habilidade, em certas situações e relações que surgem na sua prática profissional diária.

Max van Manen (2007, p. 12) defende que a fenomenologia é um projeto de reflexão sóbria sobre a experiência vivida da existência humana no sentido de que a reflexão sobre a experiência deve ser rigorosa e, tanto quanto possível, livre de suposições (Manen, 2007, p. 12). O mesmo autor refere que a fenomenologia dá particular atenção à noção do “vivido”, pois no termo fenomenológico a “experiência vivida” demonstra o significado para a compreensão da reflexão fenomenológica, significado, análise e insights. O objetivo da fenomenologia, como refere Manen (2007, p. 13), consiste na criação de um texto evocativo que refira a experiência tal como é vivenciada pelas pessoas, contemplando várias fontes de informação que possibilitem aclarar o sentido do fenómeno em estudo.

O autor supracitado desenvolveu a abordagem fenomenológica hermenêutica, cuja abordagem segue Gadamer, pois a sua filosofia é que a palavra revela ser (ou existência) dentro de alguns contextos históricos e culturais. O pesquisador move-se no círculo hermenêutico, entre parte do texto e o todo do texto, para estabelecer a verdade através da descoberta de fenómenos e da sua interpretação (Sloan & Bowe, 2014, p. 10). Este círculo é o processo de compreensão de um texto por referência às partes individuais juntamente com a compreensão de cada uma delas por parte do investigador de forma individual, por referência ao documento na sua totalidade. A fenomenologia descreve como se orienta a experiência vivida e a hermenêutica é uma ciência humana que estuda pessoas (van Manen

1997). O autor associou fenomenologia e hermenêutica, considerando que esta associação é especialmente relevante para os investigadores na área da enfermagem.

Para Manen (2007, p. 13), a fenomenologia é um projeto de reflexão sobre a experiência vivida da existência humana, onde a reflexão pode ser vista como uma parte de uma investigação sobre a natureza de um fenómeno. A reflexão não é uma explicação para a natureza de um fenómeno, mas permite uma descrição do mesmo tal como surge nas vivências da pessoa. Não é só importante a essência, mas a reflexão por parte do investigador também. A reflexão fenomenológica não é introspetiva, mas retrospectiva. A reflexão sobre a experiência vivida é sempre uma reflexão sobre a experiência que já foi passada ou vivida através de....

Em 1990, Manen apresentou a sua abordagem fenomenológica descrita em seis passos/atividades em interação dinâmica hermenêutica para o campo da investigação, sendo estas:

“1. Voltar-se para a natureza da experiência vivida, isto é, o investigador volta-se para um fenómeno que efetivamente tem interesse para si e que o relaciona com o mundo; 2. Investigar a experiência como a vivemos, ou seja, o investigador pesquisa a experiência tal como ela é vivida e não como é conceptualizada; 3. Reflexão fenomenológica hermenêutica, que permite ao investigador refletir acerca dos temas fundamentais que caracterizam o fenómeno em estudo; 4. Escrita fenomenológica hermenêutica, o investigador descreve o fenómeno através da arte de escrever e de reescrever, recorre à sua experiência pessoal, estuda a experiência tal como cada pessoa a vive e não como ela é conceptualizada, usando as descrições que encontra na literatura; 5. Manter uma relação forte e orientada, o investigador estabelece uma relação entre a investigação e a escrita, preservando uma relação forte e orientada para o fenómeno em estudo; 6. Equilibrar o contexto da pesquisa tendo em conta as partes e o todo, ou seja, o investigador avalia continuamente a conceção geral de estudo/texto no que se refere ao significado que as partes desempenham no total da estrutura textual” (p. 202).

Conquanto os seis passos/atividades funcionem num processo com uma determinada ordem tácita na sua apresentação, não quer dizer que se comece e acabe cada passo por uma ordem pré-estabelecida, ou seja, o investigador pode trabalhar em diversos aspetos ao longo da investigação de maneira intervalada ou em simultâneo, pois, segundo Manen (1990, p. 202), os passos/atividades estão numa interação dinâmica. Estes foram os passos seguidos no presente estudo.

3.2. Formulação da questão de investigação e dos objetivos

A asma e a gravidez são ambas fontes de ansiedade para as mulheres. Embora haja algum enfoque na gestão fisiológica da asma e da gravidez, ainda é escassa a investigação sobre o significado atribuído pelas grávidas com asma à educação pré-natal. Assim este estudo pretende responder à pergunta “Qual o significado atribuído pelas grávidas com asma à educação pré-natal?”

Decorrente da questão enunciada, pretende-se compreender as vivências de grávidas com asma; compreender o significado atribuído pelas grávidas com asma à educação pré-natal.

3.3. Participantes

Participaram neste estudo 12 mulheres que foram mães há menos de um ano e a quem tivesse sido diagnosticada asma antes ou durante a gravidez. Assim, os critérios de inclusão/exclusão foram: ter sido mãe há menos de um ano; ter diagnóstico secundário médico de asma; ter idade igual ou superior a 18 anos.

Caracterização sociodemográfica das participantes

O perfil sociodemográfico das 12 mulheres entrevistadas revela uma idade mínima de 26 anos e uma máxima de 44 anos, correspondendo-lhe uma média de $35,83 \pm 6,36$ anos; 5 entrevistadas vivem em união de facto, 6 são casadas e uma é solteira. Em relação às habilitações literárias, 7 entrevistadas possuem a licenciatura e 5 o 12º ano de escolaridade, encontrando-se 3 desempregadas, 2 enfermeiras em licença de maternidade, 6 estão ativas profissionalmente e uma delas (E5), que é professora, não exerce o momento por causa da sua outra filha, que tem uma doença genética rara, usufruindo de estatuto de cuidadora informal. Quase todas as entrevistadas relataram ter como rede de apoio o companheiro/marido, tendo a E1 referido o Fundo de Desemprego, a E4 e E7 também contam com o infantário, e as restantes com alguns membros da família (mãe/pai/sogros) (cf. tabela 1).

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica das participantes no estudo de investigação

Participantes	Idade	Estado civil	Habilitações literárias	Situação profissional	Redes de apoio
E1	29 anos	União de facto	12º ano	Desempregada	Fundo de desemprego e companheiro
E2	44 anos	União de facto	Licenciatura em gestão industrial e da produção	Assistente administrativa de um consultor imobiliário	Companheiro e alguns membros da família alargada
E3	41 anos	Casada	12º Ano e curso de comissária de bordo	Desempregada (ajuda o marido no café)	Marido
E4	26 anos	União de facto	12º ano	Auxiliar de saúde no hospital, no serviço de urgência	Companheiro e infanteiro
E5	44 anos	Casada	Licenciatura em educação	Não exerce por estatuto de cuidadora informal de uma filha com doença genética rara	Marido
E6	39 anos	União de facto	Licenciatura	Trabalhadora por contra de outrem	Família
E7	30 anos	União de facto	12º ano	Desempregada	Companheiro e infanteiro
E8	42 anos	Casada	Licenciatura em educação	Trabalha como técnica de animação numa biblioteca	Marido e mãe
E9	33 anos	Casada	Licenciatura em sociologia	Empregada por contra de outrem	Marido e mãe
E10	29 anos	Solteira	12º ano	Empregada por contra de outrem	Ama
E11	35 anos	Casada	Licenciatura em Enfermagem e pós-graduação	Licença de maternidade	Marido, ATL e pai
E12	38 anos	Casada	Licenciatura em Enfermagem	Licença de maternidade	Marido e sogros

Legenda: E – Entrevistada; Fonte: Elaborada pela autora

3.4. Instrumento de recolha de dados

Como método de recolha de dados optou-se por um guião de entrevista fenomenológica (cf. anexo I) que permitiu a compreensão do fenómeno em estudo. Este é constituído por três partes, nomeadamente:

Parte I – Dados de caracterização sociodemográfica: idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, rede de apoio;

Parte II – Informação sobre a gestação: tempo de gestação, considerar que engravidou na altura que pretendia, número de filhos, número de consultas de vigilância da gravidez, início da vigilância da gravidez, altura da realização da primeira consulta, como

decorreu a gravidez, tipo de gravidez (normal ou de risco), percepção sobre a Educação Pré-Natal a que teve acesso durante a gravidez;

Parte III – Guião da Entrevista: significado de ser mulher; significado de estar grávida; as dificuldades sentidas durante a gravidez; como se sentiram, enquanto grávidas com asma, durante a gravidez; como geriram a gravidez e a asma; contributo da Educação Pré-Natal para gerir a sua condição e como estas veem o trabalho desenvolvido pelos/as enfermeiros/as nessa Educação; estratégias que as mulheres adotaram para ultrapassar as dificuldades decorrentes da asma, durante a gravidez; recursos mobilizados para gerir a sua condição (de grávida com asma); ajustamentos terapêuticos que necessitaram durante a gravidez para a gestão da asma; adaptações que tiveram necessidade de introduzir, decorrentes do que aprendeu na Educação Pré-Natal; alterações à Educação Pré-Natal seriam necessárias introduzir, para melhor se adaptarem à sua condição.

3.5. Procedimentos metodológicos

As entrevistas decorreram entre os dias 20/04/2022 e 29/04/2022 e oscilaram entre 11 minutos e 35 segundos (entrevista de menor duração) e 24 minutos e 17 segundos. As entrevistas decorreram na comunidade. A recolha inicial de dados foi realizada pela investigadora, segundo a amostragem por bola de neve. A primeira participante foi identificada pela investigadora Cristiana Lima, que tinha no seu contexto familiar uma pessoa que reúne os critérios de inclusão, para participação no estudo. Essa participante posteriormente identificou outras participantes, que identificaram mais participantes. Após a identificação de cada participante, foi assentimento em participar no estudo, tendo sido realizadas 2 entrevistas presenciais e 10 entrevistas via Zoom (por vontade das próprias).

Recorreu-se à análise qualitativa dos dados recolhidos por gravação de entrevista, que depois de serem transcritas os dados foram analisados com ajuda do *software* Nvivo® versão 12. Nos resultados obtidos, os números apresentados nas tabelas referem-se não ao número de participantes mas sim ao número de unidades de registo (UR) identificadas, isto é, a frequência com que determinada ideia aparece na voz das participantes. O n representa o número de participantes. A análise dos resultados foi apresentada por ordem decrescente relativamente ao número das unidades de registo. A terminologia utilizada na apresentação dos resultados por ordem decrescente foi: categoria, subcategoria e subespecificação. No final da análise categorial procedeu-se à análise temática.

3.6. Procedimentos éticos

Partindo-se da premissa que “toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes” (Nunes, 2020, p. 5), os princípios éticos devem ser cumpridos com rigor. Tendo em conta a posição da Enfermagem como Ciência Humana, “os enfermeiros têm preocupações adicionais com o bem-estar dos sujeitos dos estudos e com o respeito pela dignidade, direitos e integralidade das pessoas” (Nunes, 2020, p. 5). O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV, 2018, s.p.) homologou uma recomendação referente à “Integridade na investigação científica” na qual se dirige particularmente às instituições de Ensino Superior, particularmente no que concerne a “assegurar e promover os princípios e padrões éticos e de integridade científica de acordo com o especificado no Código Europeu de Conduta para a Integridade Científica” e o compromisso “com a promoção de uma cultura de integridade científica nacional” (CNECV, 2018, s.p.).

Assim, na presente investigação respeitaram-se os requisitos éticos exigidos, mais especificamente: a pertinência do estudo, a “validade científica” da investigação, “o recrutamento e seleção da amostra, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia de respeito dos direitos dos participantes (especificamente, consentimento informado, esclarecido e livre, bem como o anonimato dos sujeitos e a proteção dos dados) em todas as fases do estudo” (Nunes, 2020, pp. 5). Desta feita, a presente investigação teve como condição *sine qua non* “o primado do ser humano” (Convenção sobre os direitos do homem e da biomedicina, Decreto nº 1/2001, de 3 de janeiro), dando-se particular atenção à confidencialidade e anonimato das mulheres entrevistadas. Foi utilizado o consentimento informado para que a participação de cada mulher, neste estudo, fosse voluntária, tendo sido comunicado a cada participante que poderia desistir do mesmo a qualquer momento se essa fosse a sua vontade, sem que daí adviesse qualquer prejuízo para a mesma. As respostas e os dados fornecidos foram codificados de modo a preservar a sua anonimização, utilizando-se a designação de E (entrevistada) para cada participante e fazendo-lhe corresponder um número (E1, por exemplo). Servem para tratamento qualitativo de dados e foram apenas lidos pela equipa de investigação, que assegurou a sua confidencialidade e destruirá os instrumentos de recolha de dados após a conclusão e discussão do estudo. Em nenhuma situação as participantes do estudo serão identificadas pelos seus dados, os quais serão validados com as participantes de modo a assegurar que cada participante disse o que efetivamente queria dizer. Importa também referir que foi solicitado parecer à Comissão de Ética do Politécnico de Viseu, o qual foi favorável (cf. anexo II).

No capítulo seguinte apresentam-se os resultados da análise do verbatim das entrevistas realizadas a 12 mulheres que foram mães há menos de um ano e a quem tivesse sido diagnosticada asma antes ou durante a gravidez.

4. Resultados

A análise dos resultados tem como fio condutor os objetivos delineados e a análise do verbatim das 12 mulheres entrevistadas, que permitiu ter acesso às suas experiências vividas.

Caracterização obstétrica e gestacional das participantes

A idade gestacional mais vezes observada é de 40 semanas (n=5, 41,7%), seguindo-se as 37 semanas (25,0%) e as 39 semanas (25,0%), com 1 mulher (8,3%) com tempo de gestação de 38 semanas, com um mínimo de 37 semanas e um máximo de 40 semanas, correspondendo-lhe uma média de $38,83 \pm 1,26$ semanas. O número de consultas de vigilância da gravidez é mais ou menos 10 consultas (n=6; 50,0%), com 3 mulheres a relatarem mais de 10 consultas (25,0%), 2 (16,7%) referiram ter tido mais de 6 consultas e uma mulher 7 consultas (8,3%). Em relação à idade gestacional de início da vigilância da gravidez, sobressaem 4 mulheres (33,3%) que mencionaram que a vigilância ocorreu na 6ª semana de gestação e 3 (25,0%) na 4ª semana de gestação. Metade das participantes (n=6; 50,0%) possuem apenas um filho, 5 (41,7%) têm 2 filhos e uma (8,3%) possui 5 filhos, obtendo-se, assim, um mínimo de 1 filho e um máximo de 5 filhos (cf. tabela 2).

Tabela 2. Caracterização obstétrica das participantes no estudo de investigação

Participantes	Tempo de gestação	n.º de consultas durante a gravidez	Início da vigilância da gravidez	N.º de filhos
E1	38 semanas	>6 consultas	≥7 semana de gestação	2 filhos
E2	40 semanas	±10 consultas	10 dias (fertilização in vitro)	1 filho
E3	40 semanas	±10 consultas	4ª semana de gestação	1 filho
E4	39 semanas	7 consultas	11ª semana de gestação	2 filhos
E5	40 semanas	±10 consultas	5ª semana de gestação	2 filhos
E6	37 semanas	±10 consultas	6ª semana de gestação	1 filho
E7	39 semanas	±10 consultas	4ª semana de gestação	1 filho
E8	40 semanas	>10 consultas	4ª semana de gestação	1 filho
E9	40 semanas	>10 consultas	6ª semana de gestação	1 filho
E10	37 semanas	>10 consultas	6ª semana de gestação	2 filhos
E11	37 semanas	±10 consultas	6ª/7ª semana de gestação	5 filhos
E12	39 semanas	>6 consultas	6ª semana de gestação	2 filhos

Legenda: E – Entrevistado; Fonte: Elaborada pela autora

Constatou-se que 5 participantes (41,7%) referiram que a sua gravidez não foi planeada:

“Não [foi planeada], o primeiro já foi sem querer e este também, mas pronto, aconteceu, aconteceu”. (E1)

“Não, não foi [planeada]”. (E4)

“Na altura não foi planeado, era suposto ser mais para o final do ano de 2021, porque nós íamos casar em junho e eu soube que estava grávida uma semana antes do casamento”. (E9)

“[Não engravidei] na altura que pretendia.” (E10)

Planeamento da gravidez

Quanto ao planeamento da gravidez, 7 mulheres (58,3%) afirmaram que a sua gravidez foi planeada:

“Foi uma fertilização in vitro, já andava a tentar há 3 anos”. (E2)

“Foi planeada, mas já vínhamos há algum tempo a tentar, demorou mais tempo do que estávamos à espera.” (E5)

“Sim, sim, foi uma gravidez planeada.” (E8)

“Já pensava em engravidar há algum tempo, mas foi uma decisão que acabou por ser retardada pelas dificuldades que senti na primeira gravidez, mas sim, pode-se dizer que foi uma gravidez planeada.” (E12)

Desejo de engravidar

Todas as mulheres expressaram que a sua gravidez foi desejada, ainda que 5 delas tenham afirmado não ser uma gravidez planeada:

“Foi uma felicidade sim, espetacular [estar grávida], mas já podia ter sido há mais tempo.” (E2)

“Para mim, foi uma alegria enorme. Eu sonhava e já estava frustrada de estar casada e não ter nenhum filho e trabalhar, trabalhar para nada, não valia a pena.” (E3)

“Na altura que pretendia não, mas para mim [acabou] por ser muito desejada.” E10

“Não foi planeada, esta gravidez. Foi bastante difícil estar grávida, porque não foi planeado e acabei por ter um bocadinho de mais dificuldade, considerando o estado em que eu fico, aceitar, não pela criança em si, mas pelo estado em que eu fico sempre que estou grávida e já não estava minimamente mentalizada para ter de passar por aquilo outra vez, mas acabou por ser muito desejada”. (E11)

Fatores de gravidez de risco

Constatou-se que 9 mulheres (75,0%) referiram que a sua gravidez foi de risco, embora tenha decorrido sem intercorrências:

“Foi considerada gravidez de risco pela idade, mas de resto decorreu tudo bem, eu trabalhei até ao último dia.” (E2)

“Inicialmente foi normal, mas a partir do início do 3º trimestre tive de estar em repouso absoluto por ter o colo do útero aberto, sendo considerada gravidez de risco.” (E4)

“Foi considerada normal, até uma determinada altura, mas depois quando nos apercebemos que a criança estava sentada, aí passou a ser um bocado mais complicado e aí a médica determinou que podia ser considerada de risco pela circunstância em si.” (E6)

“Tive gravidez de risco por causa da asma, mas decorreu normalíssimo, porque independentemente de ser de risco, eu não tive rigorosamente nada”. (E7)

“Foi considerada uma gravidez de risco devido à idade, mas decorreu normalmente, não tive muitos problemas na gravidez em si.” (E8)

“Às 22 semanas quando fiz a ecografia morfológica, na altura houve uma desconfiança de que o bebé poderia ter os ossos longos mais curtos do que o previsto para a idade gestacional, e a partir daí comecei a ser seguida no hospital, nas consultas de diagnóstico pré-natal”. (E9)

“Tive hiperémese gravídica, tenho em todas as gravidezes. Tive baixa por gravidez de risco, porque, efetivamente, acabei por fazer carradas de medicação e continuava a vomitar”. (E11)

“Inicialmente foi uma gravidez bastante plena, mas por volta da 30ª semana foi-me diagnosticada pré-eclâmpsia, sendo efetivamente uma gravidez de risco”. (E12)

Gravidez Normal

A análise do verbatim revela que 3 mulheres (25,0%) tiveram gravidez normal:

“Correu tudo bem, [apesar da diabetes gestacional e depois para o fim descobri que tinha pedras na vesícula, mas não teve a ver propriamente com a gravidez, de resto correu tudo normal.” (E1)

“Foi uma gravidez normalíssima.” (E5)

“A minha gravidez foi completamente normal.” (E10)

Participação em programa de preparação para o parto

Não participou

Quanto à participação em programa de preparação para o parto, 7 (58,3%) mulheres não participaram:

“Não participei em aulas de preparação para o parto nesta gravidez, só na primeira”.
(E1)

“Eu queria ter participado na preparação para o parto, mas por causa do COVID-19, a sala estava fechada e fui pela net, comecei a ver umas coisas, fui fazendo em casa. Não tive oportunidade e como estava no café a 100% com o meu marido, não deu e também tinha um bocado de medo do COVID-19.” [E3]

“Desta gravidez não participei em nenhum programa de preparação para o parto, um bocadinho por causa da pandemia, foi tudo muito diferente”. (E5)

“Em termos de preparação para o parto não fiz e já da primeira vez também não fiz, por opção mesmo.” (E10)

Participou

Verificou-se que 5 mulheres (41,7%) participaram em programa de preparação para o parto:

“Assisti a algumas aulas de preparação para o parto da UA Cuida. Eu queria ir para o centro de saúde, mas a enfermeira disse-me que não havia presencial, só sessões semanais através do Zoom, houve apenas uma aula presencial com a Enfermeira.”
(E2)

“Participei na preparação para o parto do hospital”. (E6)

“Participei sim. Aprendi muitas coisas, coisas que eu não imaginava que podiam ser úteis e sim, aprendi algumas coisas.” (E8)

“Acabei por participar num programa de preparação para o parto online, devido às restrições do Covid-19 [não houve presencial].” (E12)

Vigilância da asma durante a gravidez

Apenas 3 mulheres tiveram vigilância da asma durante a gravidez:

“A única coisa foi a consulta de Pneumologia do Hospital, o apoio da equipa médica”. (E1)

“Quando descobri que estava grávida, marquei uma consulta com quem me segue, a Dra. A.M. [Médica Especialista em Imunoalergologia], e correu tudo muito bem”. (E7)

“Marquei uma consulta com uma Pneumologista e só depois desta consulta comecei realmente a notar diferenças no meu dia a dia e, principalmente, na noite. Ela introduziu-me uma terapêutica diferente e que fez toda a diferença na forma como consegui levar a minha

vida daí em diante, pena não ter sido mais cedo.” E12

Tabela 3. Dados de caracterização gestacional

Dados de caracterização gestacional	N	UR
Planeamento da gravidez		
Planeada	7	9
Não planeada	5	6
Desejo de engravidar		
Gravidez desejada	12	17
Tipo de gravidez		
Gravidez normal	4	5
Fatores de gravidez de risco		
	8	11
Idade materna	3	7
Dilatação do colo do útero no terceiro trimestre	1	2
Apresentação pélvica	1	1
Asma	1	4
Possibilidade de alterações morfológicas do feto	1	1
Hiperémese gravídica, polimedicação	1	1
Participação em programa de preparação para o parto		
Não participou	7	9
Participou	5	7
Vigilância da asma durante a gravidez		
Sem vigilância	9	11
Vigilância		
Consulta de Pneumologia do Hospital	1	2
Consulta com a Médica Especialista em Imunoalergologia	1	3
Consulta com uma Pneumologista no privado	1	2

Categorias emergentes

Após a caracterização obstétrica e gestacional das participantes no estudo de investigação, passa-se a apresentar as categorias emergentes, ou seja, os dados de significação do verbatim das mulheres entrevistadas, desocultaram-se 13 categorias, as quais se apresentam na tabela 4: “Obstáculos na gestão da asma durante a educação pré-natal”, “Sentimentos vivenciados durante a gravidez e parto”, “Estratégias adotadas pela grávida para ultrapassar as dificuldades decorrentes da asma, durante a gravidez”, “Alterações sugeridas à Educação Pré-Natal”, “Ajustamentos terapêuticos durante a gravidez”, “Resultado da gestão da asma durante a gravidez”, “Significado atribuído pela mulher à gravidez”, “Complicações durante a gravidez”, “Ajustamentos terapêuticos após o parto”, “Tipo de acompanhamento da grávida com asma referenciado na Educação Pré-Natal”, “Manifestação da sintomatologia no pós parto”, “Constrangimentos vivenciados durante a gravidez devido à pandemia” e “Patologias decorrentes da gravidez”.

Tabela 4. Categorias desocultadas no estudo

Categorias	N	Ur
Obstáculos na gestão da asma durante a educação pré-natal	46	75
Sentimentos vivenciados durante a gravidez e parto	29	33
Estratégias adotadas pela grávida para ultrapassar as dificuldades decorrentes da asma, durante a gravidez	29	45
Alterações sugeridas à Educação Pré-Natal	28	51
Ajustamentos terapêuticos durante a gravidez	25	34
Resultado da gestão da asma durante a gravidez	20	35
Significado atribuído pela mulher à gravidez	15	25
Complicações durante a gravidez	15	20
Ajustamentos terapêuticos após o parto	15	20
Tipo de acompanhamento da grávida com asma referenciado na Educação Pré-Natal	13	23
Manifestação da sintomatologia no pós parto	12	16
Constrangimentos vivenciados durante a gravidez devido à pandemia	8	9
Patologias decorrentes da gravidez	7	18

As categorias e subcategorias emergentes são apresentadas seguidamente tendo em conta o número de mulheres que se referem ao tema (n) e à frequência com que o fazem (Ur).

As unidades de significado do verbatim de cada participante, em relação ao significado atribuído pelas mesmas à gravidez, são apresentadas nas subcategorias emergentes e suas UR.

Significado atribuído pela mulher à gravidez

Da análise do verbatim emergiu a categoria “Significado atribuído pela mulher à gravidez”, tendo presentes duas subcategorias, uma relativa à gravidez anterior, onde uma entrevistada referenciou “Náuseas e vômitos”; outra referente à gravidez atual, tendo-se desocultado 6 subcategorias, sempre o significado mais referenciado “Experiência positiva”, seguindo-se “Concretizar um sonho” e “Turbilhão de ideias”. O significado atribuído por uma mulher à gravidez foi “Saturante”, enquanto outra referiu “Ser um privilégio”. Por último, uma das entrevistadas relatou ser “Igual à primeira” gravidez (cf. tabela 5).

Experiência positiva

“Para mim foi bom, eu gostei de estar grávida, foi muito bom (...).” E1

“Para mim, foi uma alegria enorme (...).” [E3]

Concretizar um sonho

“Foi a concretização de um desejo, de um objetivo, que já queria há algum tempo”.

E2

“(...) Eu sonhava e já estava frustrada de estar casada e não ter nenhum filho e

trabalhar para nada, não valia a pena.” [E3]

Turbilhão de ideias

“Foi um turbilhão de emoções, uma montanha russa autêntica. Houve momentos em que não me reconhecia. Portanto, sim, uma montanha russa de emoções daquelas muito más.” [E7]

Saturante

“Senti a mesma coisa que senti na primeira gravidez, uma gravidez é sempre uma gravidez, se bem que esta gravidez foi bem mais chata, porque apanhei o calor e foi muito saturante, apesar de ter gostado muito de estar grávida. Dizem que a segunda é bem mais fácil, mas não achei nada.” [E4]

Privilégio

“(...) considero-o um privilégio (...). Estar grávida é uma experiência que me traz uma felicidade extrema, pois a ideia de o meu corpo ser capaz de gerar uma vida é fascinante.” [E12]

Tabela 5. Significado atribuído pela mulher à gravidez

Significado atribuído pela mulher à gravidez	N	UR
Gravidez anterior		
Náuseas e vômitos	1	1
Gravidez atual		
Experiência positiva	5	8
Concretizar um sonho	4	9
Turbilhão de sentimentos	2	3
Saturante	1	2
Ser um privilégio	1	1
Igual à primeira	1	1

Sentimentos vivenciados durante a gravidez e parto

Registaram-se vários sentimentos vivenciados durante a gravidez e parto, de acordo com os testemunhos das mulheres participantes, os quais são representados em subcategorias e, como forma de dar visibilidade às mesmas, transcreveram-se UR mais significativas, como a seguir se apresenta.

Os “Sentimentos vivenciados durante a gravidez e parto” encontram-se representados em 10 subcategorias, “Alegria-felicidade”, “Ansiedade”, “Tristeza”, “Insegurança”, “Labilidade emocional”, “Medo”, com expressão de Medo que algo corresse mal”, “Medo de morrer no parto” e “Medo do desconhecido” Surgem ainda as subcategorias com polos opostos, designadamente “Pânico”, e “Pressão familiar”, “Sentir-se valorizada como mulher” e “Ser bom (cf. tabela 6).

Alegria-felicidade

“Essencialmente foi uma grande felicidade, acho que o facto de ter a possibilidade de conceber uma vida é muito valioso e senti-me muito grata por isso, essencialmente é esse o sentimento.” [E6]

Ansiedade

“Foi bastante difícil estar grávida, porque não foi planeado e acabei por ter um bocadinho de mais dificuldade e ansiedade, considerando o estado em que eu fico (...)”. (E11)

Tristeza

“Durante a gravidez tive momentos em que chorei desalmadamente (...)” [E7]

Insegurança

“A nível psicológico, eu acho que sou uma pessoa insegura [e senti-me insegura durante a gravidez]” [E9]

Labilidade emocional

“Durante a gravidez senti um turbilhão de emoções e...durante a gravidez tive momentos em que chorei desalmadamente”. [E7]

Medo

“Uma das minhas preocupações foi quando dei entrada no hospital em trabalho de parto e eu disse à enfermeira ‘Olhem que eu tenho asma, por favor não me deixem morrer’, porque é uma coisa de que não se fala e na hora podia-me dar qualquer coisa e eu tinha receio” [E10]

“Receio do desconhecido, porque eu não sabia como seria o trabalho de parto” [E2]

“Uma das minhas preocupações foi quando dei entrada no hospital em trabalho de parto e eu disse à enfermeira ‘Olhem que eu tenho asma, por favor não me deixem morrer’, porque é uma coisa de que não se fala e na hora podia-me dar qualquer coisa e eu tinha receio” [E10]

Pânico

“Quando ele passava muito tempo sem mexer começava a ficar paranoica” [E10]

Pressão familiar

“Optamos por só contar à família com 23 semanas, então até essa altura andamos a curtir os dois o estado de graça e não havia aquela pressão familiar, que não deixa de ser uma pressão” [E2]

Sentir-se valorizada como mulher

“Ser mulher é, para mim, uma experiência única e considero-o um privilégio, o facto de poder observar a valorização feminina com o passar dos anos, após tantos anos de luta por esta tão merecida valorização” [E12]

Ser bom

“Para mim foi bom, eu gostei de estar grávida (...)” [E1]

Tabela 6. Significado atribuído pela mulher à gravidez

Sentimentos vivenciados durante a gravidez e parto	N	UR
Alegria-felicidade	9	11
Ansiedade	4	4
Tristeza	3	3
Insegurança	1	1
Labilidade emocional	1	1
Medo		
Medo que algo corresse mal	3	4
Medo de morrer no parto	2	3
Medo do desconhecido	2	2
Pânico	1	1
Pressão familiar	1	1
Sentir-se valorizada como mulher	1	1
Ser bom	1	1

De seguida apresentam-se e descrevem-se as complicações que as participantes tiveram durante a gravidez, com especificação das subcategorias emergentes, corroboradas com UR.

Complicações durante a gravidez

A análise dos relatos das entrevistadas em relação às “Complicações da gravidez”, o que constituiu uma categoria, fez emergir uma subcategoria “Desconfortos durante a gravidez”, onde se destaca a “Sonolência”, seguindo-se a “Perturbação do sono por dificuldade respiratória”, “Edema dos membros inferiores”, “Cansaço”, “Deambulação dificultada pelo tamanho abdominal”, “Dor ciática”, “Calor”, “Adormecer”, “Lombalgias” e “Retenção de líquidos” (cf. tabela 7).

Desconfortos durante a gravidez

Sonolência diurna

“Passei a gravidez com muito sono, foi muito difícil gerir no meu trabalho, porque é um trabalho que durante uma parte do dia não exige grande atividade, e foi muito complicado estar à frente de um computador e o sono às vezes era incontrolável”.
[E8]

Perturbação do sono por dificuldade respiratória

“No último mês de gravidez acabei por dormir maioritariamente sentada, porque a pressão da minha barriga na posição horizontal fazia com que eu tivesse bastante dificuldade em controlar a minha respiração” [E2]

“Quando a barriga começou realmente a pesar, eu não consegui encontrar posição para dormir sem sentir uma certa falta de ar, nem de lado e muito menos de barriga para cima” [E12]

Edema dos membros inferiores

“Inchavam-me bastantes os pés por estar muito tempo sentada, e depois apercebi-me que tinha de realmente fazer um bocadinho mais de atividade física” [E2]

“Durante a gravidez as pernas ficavam inchadas o que era muito desconfortável”
[E10]

Cansaço

“A minha filha faz tratamentos 3 vezes por semana em Espinho e então era bastante cansativo” [E5]

Deambulação dificultada pelo tamanho abdominal

“Por ter um barrigão muito grande, no final da gravidez custava-me muito a andar e a mexer-me” [E1]

Dor ciática

“Ao longo da gravidez senti dor ciática, o que foi uma dificuldade para mim (...)” [E9]

Adormecer

“No final [da gravidez] a dormir, custava-me a adormecer (...)” [E9]

Lombalgias

“Durante a gravidez entravava-me muito as costas, o que era muito desconfortável, para mim (...)” [E9]

Retenção de líquidos

“Senti dificuldade durante a gravidez pela retenção de líquidos (...)” [E10]

Tabela 7. Complicações durante a gravidez

Complicações durante a gravidez	N	UR
Desconfortos durante a gravidez		
Sonolência diurna	4	6
Perturbação do sono por dificuldade respiratória	2	4
Edema dos membros inferiores	2	3
Cansaço	1	1
Deambulação dificultada pelo tamanho abdominal	1	1
Dor ciática	1	1
Calor	1	1
Adormecer	1	1
Lombalgias	1	1
Retenção de líquidos	1	1

Seguidamente descrevem-se os dados referentes às patologias decorrentes da gravidez, reproduzidas em subcategorias e confirmadas com UR mais pertinentes.

Patologias decorrentes da gravidez

As “Patologias decorrentes da gravidez”, de acordo com a análise do verbatim, estão representadas em 6 subcategorias, designadamente: “Diabetes gestacional”, “Comprometimento no desenvolvimento fetal”, “Descontrolo da tensão arterial”, “Enjoos-vómitos”, “Hiperémese gravídica” e “Pré-eclâmpsia” (cf. tabela 7).

Diabetes gestacional

“Tive diabetes na gravidez” [E1]

“A diabetes também foi uma dificuldade para mim, apesar de ter sido controlada (...)” [E7]

Comprometimento no desenvolvimento fetal

“Houve uma desconfiança de que o bebé poderia ter os ossos longos mais curtos do que o previsto para a idade gestacional (...)” [E9]

Descontrolo da tensão arterial

“As tensões baixas foi outra das dificuldades que senti (...)” [E4]

Enjoos-vómitos

“Inicialmente, no início da gravidez, tive enjoos, o que foi muito difícil para mim (...)” [E9]

Hiperémese gravídica

“Tive hiperémese gravídica, tenho em todas as gravidezes (...)” [E11]

Pré-eclâmpsia

“Foi-me diagnosticada pré-eclâmpsia (...)” [E12]

Tabela 8. Patologias decorrentes da gravidez

Patologias decorrentes da gravidez	N	UR
Diabetes gestacional	2	5
Comprometimento no desenvolvimento fetal	1	1
Descontrolo da tensão arterial	1	1
Enjoos-vómitos	1	1
Hiperémese gravídica	1	8
Pré-eclâmpsia	1	2

Seguidamente apresentam-se os constrangimentos vivenciados durante a gravidez devido à pandemia, concretizados em subcategorias e suportados pela evidência de UR pertinentes.

Constrangimentos vivenciados durante a gravidez devido à pandemia

Os “Constrangimentos vivenciados durante a gravidez devido à pandemia” estão representados em três subcategorias “Programa de preparação para o parto não disponível no formato presencial”, “Não recorrer ao hospital depois de contactar a Saúde 24” e “Disponibilidade reduzida de consultas no SNS devido à COVID-19 (cf. tabela 9).

Programa de preparação para o parto não disponível no formato presencial

“Eu queria ter participado na preparação para o parto, mas por causa do Covid a sala estava fechada e fui apenas fazendo pesquisas pela net, comecei a ver umas coisas, fui fazendo em casa. Não tive oportunidade e como estava no café a 100% com o meu marido, não deu [para frequentar sequer aulas online]” [E3]

“Acabei por participar num programa de preparação para o parto online, devido às restrições do covid, mas assisti a poucas aulas por dificuldades de gestão de horário (...)” [E12]

Não recorrer ao hospital depois de contactar a Saúde 24

“A única vez que tive uma crise liguei para a saúde 24 para me informarem sobre o que deveria fazer e eles disseram-me para ir ao hospital, mas, para ter cuidado com o Covid-19 e eu acabei por não ir, consegui contornar à minha maneira e correu bem.” [E10]

Disponibilidade reduzida de consultas no SNS devido à COVID-19

“Nós somos muito prejudicadas no público e, por isso, quase todas as grávidas recorrem ao privado e eu acho que o Covid-19 não deveria ter impossibilitado as grávidas de terem pelo menos 1 consulta por trimestre.” [E4]

Tabela 9. Constrangimentos vivenciados durante a gravidez devido à pandemia

Constrangimentos vivenciados durante a gravidez devido à pandemia	N	UR
Programa de preparação para o parto não disponível no formato	6	7

presencial		
Não recorrer ao hospital depois de contactar a Saúde 24	1	1
Disponibilidade reduzida de consultas no SNS devido à COVID-19	1	1

O tipo de acompanhamento da grávida com asma referenciado na Educação Pré-Natal está representado nas subcategorias que se seguem e apoiadas por algumas UR consideradas mais esclarecedoras.

Tipo de acompanhamento da grávida com asma referenciado na Educação Pré-Natal

No que se refere ao “Tipo de acompanhamento da grávida com asma referenciado na Educação Pré-Natal”, resultaram duas subcategorias: “Com apoio diferenciado ao nível da asma”, onde se incluem “Consulta da especialidade de Imunoalergologia” e “Consulta da especialidade de Pneumologia”; “Sem apoio diferenciado ao nível da asma” ao nível da “Consulta da especialidade de obstetrícia” e na “Consulta de vigilância da gravidez nos cuidados de saúde primários”. Também emergiu “Sem necessidade de referenciação” (cf. tabela 10).

Com apoio diferenciado ao nível da asma

Consulta da especialidade de imunoalergologia

“Eu fui seguida pela Dra. X. [da imunoalergologia] e o que ela me disse foi que o pior erro que um asmático pode fazer numa gravidez é não fazer a medicação, que se eu precisasse em SOS para fazer e mandar-lhe uma mensagem” [E9]

Consulta da especialidade de Pneumologia

“O único contributo [da educação pré-natal] foi a consulta de Pneumologia do Hospital, o apoio da equipa médica (...)” [E1]

Sem apoio diferenciado ao nível da asma

Consulta da especialidade de obstetrícia

“Eu tinha o Ventilan em SOS e disseram-me que sempre que tivesse alguma crise ou achasse que estava para ter alguma crise poderia utilizar o Ventilan em SOS, mas claro que tinha sempre de comunicar ao meu médico assistente (...)” [E4]

Consulta de vigilância da gravidez nos cuidados de saúde primários

“Fui bem seguida [na educação pré-natal a que tive acesso]” [E6]

Sem necessidade de referenciação

“Eu acho que estive sempre tudo bem, não sei bem o que dizer, para mim correu tudo bem, [não vi necessidade de fazer nenhuma alteração à educação pré-natal]” [E3]

“Eu estou a ser tão bem seguida que não vi necessidade [de fazer alterações à Educação Pré-Natal que recebi], tenho uma boa experiência (...)” [E7]

Tabela 10. Tipo de acompanhamento da grávida com asma referenciado na Educação Pré-Natal

Tipo de acompanhamento da grávida com asma referenciado na Educação Pré-Natal	N	UR
Com apoio diferenciado ao nível da asma		
Consulta da especialidade de imunoalergologia	1	2
Consulta da especialidade de Pneumologia	2	6
Sem apoio diferenciado ao nível da asma		
Consulta da especialidade de obstetrícia	5	7
Consulta de vigilância da gravidez nos cuidados de saúde primários	2	4
Sem necessidade de referenciação	3	4

No que concerne às estratégias adotadas pelas grávidas para ultrapassarem as dificuldades decorrentes da asma, durante a gravidez, foram traduzidas em subcategorias, as quais são corroboradas por UR mais elucidativas das mesmas, como se apresenta de seguida.

Estratégias adotadas pela grávida para ultrapassar as dificuldades decorrentes da asma, durante a gravidez

As “Estratégias adotadas pela grávida para ultrapassar as dificuldades decorrentes da asma, durante a gravidez” foram “Dormir na posição de sentada”, “Expor-se ao ar fresco noturno” e “Evitar as mudanças de temperatura”. Quanto à subcategoria “Manter as estratégias de gestão da asma utilizadas antes de engravidar”, começa-se por referir “Sem necessidade de adotar estratégias”, “A asma estagnou”, “Procurar ajuda de um especialista para conseguir controlar a asma”, “Manter a ajuda de especialista que a acompanhava antes de engravidar”, tendo outras referenciado “Recorrer a saberes populares”, “Recorrer à Saúde 24”, “Recorrer a terapia inalatória nas mudanças de temperatura-estações” e “Tomar medicação” (cf. tabela 11).

Dormir na posição de sentada

“Dormir sentada foi uma das estratégias que tive de adotar para conseguir descansar um bocado que fosse no final da minha gravidez (...)” [E12]

Expor-se ao ar fresco noturno

“Durante a gravidez fiz o que faço sempre, abro a janela e fico lá com a cabeça de fora à espera que passe, e foi o que fiz na única crise a sério que tive durante toda a gravidez (...)” [E10]

“Muitas das vezes acabava por me levantar para apanhar o ar fresco da noite, que sempre me ajudou antes da gravidez, quando tinha crises (...)” [E12]

Evitar as mudanças de temperatura

“Protegia-me mais nas mudanças de temperatura, porque normalmente é quando eu tenho mais crises de asma (...)” [E5]

Manter as estratégias de gestão da asma utilizadas antes de engravidar**Sem necessidade de adotar estratégias**

“Não mobilizei nenhum recurso extra (...)” [E3]

“Nenhumas, eu estive sempre impecável (...)” [E4]

A asma estagnou

“A mim não me fez diferença porque eu não tive nenhuma situação, nem de alergia nem de asma, tanto numa gravidez como na outra, a minha situação estagnou (...)” [E4]

Procurar ajuda de um especialista para conseguir controlar a asma

“Para gerir a minha situação, marquei uma consulta com uma pneumologista e só depois desta consulta comecei realmente a notar diferenças no meu dia a dia e principalmente à noite (...)” [E12]

Manter as estratégias de gestão da asma utilizadas antes de engravidar

“Nunca tive de fazer nada durante a gravidez, porque a asma esteve sempre controlada [com as estratégias que utilizava antes de engravidar]” [E1]

“Consegui contornar à minha maneira e correu bem (...)” [E10]

Recorrer a saberes populares

“Confesso que realmente eu pensava mais no meu filho do que em mim, eu achava que, como me foi dito, que devia tomar menos medicação possível, então recorria a diversas “mezinhas”, os vapores com folhas de eucalipto, estar ali muito tempo na casa de banho com os vapores de água, coisas que me foram dizendo, a minha mãe, tudo coisas que as pessoas mais velhas me foram recomendando (...)” [E8]

“Só recorri à sabedoria popular [vapores com folhas de eucalipto...] e tentei utilizar coisas que eu sabia que não iam prejudicar o bebé”. [E8]

Recorrer à Saúde 24

“A única vez que tive uma crise liguei para a saúde 24 para me informarem sobre o que deveria fazer (...)”. [E10]

Recorrer a terapia inalatória nas mudanças de temperatura-estações

“Durante a gravidez usei bomba principalmente na mudança de estações, quando havia mudanças de temperatura (...)”. [E5]

Tomar medicação

“Acabei por fazer algumas vezes o Ventilan em SOS durante a gravidez, e só aí é que havia um real alívio desta minha dificuldade respiratória, isto antes de ter marcado uma consulta com a pneumologista (...)”. [E12]

“Antes eu fazia o Ventilan [no início da gravidez], mas ela [a pneumologista] introduziu-me uma terapêutica diferente [Relvar] e que fez toda a diferença na forma como consegui levar a minha vida daí em diante, pena não ter sido mais cedo (...)”. [E12]

Tabela 11. Estratégias adotadas pela grávida para ultrapassar as dificuldades decorrentes da asma, durante a gravidez

Estratégias adotadas pela grávida para ultrapassar as dificuldades decorrentes da asma, durante a gravidez	N	UR
Dormir na posição de sentada	2	3
Expor-se ao ar fresco noturno	2	2
Evitar as mudanças de temperatura	1	3
Manter as estratégias de gestão da asma utilizadas antes de engravidar	10	15
Sem necessidade de adotar estratégias	3	4
A asma estagnou	4	5
Procurar ajuda de um especialista para conseguir controlar a asma	2	3
Manter as estratégias de gestão da asma utilizadas antes de engravidar	1	3
Recorrer a saberes populares	1	2

Recorrer à Saúde 24	1	1
Recorrer a terapia inalatória nas mudanças de temperatura-estações	1	1
Tomar medicação	1	3

Seguem-se os resultados da gestão da asma durante a gravidez, tendo em conta a análise do verbatim das participantes, que foram concretizadas em subcategorias. Para dar visibilidade às mesmas, apresentam-se algumas UR.

Resultado da gestão da asma durante a gravidez

Da análise do verbatim em relação ao “Resultado da gestão da asma durante a gravidez”, emergiram três subcategorias: “Asma controlada”, “Sem necessidade de intervenção” “Com necessidade de intervenção”; a “Melhoria da sintomatologia asmática durante a gravidez” e “Descontrolo da asma na fase inicial da gravidez” (cf. tabela 12).

Asma controlada

Sem necessidade de intervenção

“A minha asma por acaso foi super tranquila, tive uma crise de asma uma vez, mas foi só isto (...)” [E10]

“Não tive crises, não tive nada, não tive qualquer intercorrência relacionada com a asma, por isso foi tranquilo nesse aspeto. Não tive necessidade de fazer medicação, nem fixa nem em SOS nenhuma vez, acho eu”. [E11]

Com necessidade de intervenção

“Foi fácil, porque eu já não tenho crises de asma há muito tempo, tenho uma asma controlada [durante a gravidez recorri a uma consulta de pneumologia e alteraram a terapêutica, de ventilan para symbicort, por a primeira apresentar riscos para a gravidez, taquicardia materna].” [E1]

“Eu não notei que tivesse uma agravante durante a gravidez, felizmente, ou seja, eu faço symbicort em SOS (...)”. [E9]

Melhoria da sintomatologia asmática durante a gravidez

“Os sintomas que tive eram bastante melhores do que eu estava habituada antes de estar grávida (...).” [E6]

“Os meus sintomas da asma, com a gravidez atenuaram imenso”. [E6]

Descontrolo da asma na fase inicial da gravidez

“Tive um descontrolo da asma na fase final da gravidez”. [E12]

Tabela 12. Estratégias adotadas pela grávida para ultrapassar as dificuldades decorrentes da asma, durante a gravidez

Resultado da gestão da asma durante a gravidez	N	UR
Asma controlada	5	6
Sem necessidade de intervenção	7	15
Com necessidade de intervenção	2	3
Melhoria da sintomatologia asmática durante a gravidez	4	7
Descontrolo da asma na fase inicial da gravidez	2	4

Os obstáculos na gestão da asma durante a educação pré-natal fizeram emergir subcategorias, representativas das vivências das mulheres entrevistadas, também concretizadas nos exemplos de algumas UR transcritas e que permitem uma melhor perceção das mesmas, como a seguir se demonstra.

Obstáculos na gestão da asma durante a educação pré-natal

Os “Obstáculos na gestão da asma durante a educação pré-natal” estão representados em oito subcategorias, sendo a mais referenciada “Programa de educação pré-natal não ajustado”, seguindo-se a “Falta de esclarecimentos”, “Ausência de informação sobre a asma nas consultas de vigilância da gravidez”, “Ausência de informação sobre a asma por parte da equipa de enfermagem”, “Aconselhamento a reduzir ao mínimo a toma de medicação por parte de alguns profissionais, “Ausência de informação sobre técnicas não farmacológicas para o controlo da asma”, “Ausência de apoio do SNS” e “O obstetra ter receio de alterar a terapêutica da asma por desconhecer o risco para o feto” (cf. tabela 13).

Programa de educação pré-natal não ajustado

“Dão-nos sempre muitos panfletos de muitas coisas durante a gravidez e deviam informar também sobre como é estar com asma durante a gravidez (...).” [E1]

“Era importante simplificar as coisas e abordar as doenças mais a fundo, [Era importante] perguntarem como me sentia, explicarem-me o que fazer em determinadas situações (...).” [E10]

“No centro de saúde se calhar era bom abordarem este tema [asma], porque nem sequer foi abordado. Eles sabiam que eu tinha asma, porque eu disse logo no início e que era seguida obviamente, mas não foi nunca abordado este tema (...).” [E11]

Falta de esclarecimentos

“Nenhumas das médicas ou equipa de enfermagem que me acompanhou sabiam esclarecer o que poderia fazer na minha situação, sem ser através da utilização da medicação em SOS e isso para mim é algo que deveria mudar no futuro (...).” [E12]

“Não houve qualquer ensinamento que eu pudesse utilizar para ultrapassar as minhas dificuldades” (...).” [E12]

Ausência de informação sobre a asma nas consultas de vigilância da gravidez

“Que eu me recorde, nunca sequer me falaram sobre o assunto da asma (...).” [E2]

“Nunca foi sequer tema de conversa, nunca [nas consultas de vigilância da gravidez]” (...).” [E10]

Ausência de informação sobre a asma por parte da equipa de enfermagem

“Os enfermeiros nunca falaram sobre o assunto, sobre a asma não (...).” [E1]

A equipa de enfermagem nunca abordou o assunto, eles perguntam ‘Tem asma? Sim? Pronto’ (...).” [E4]

“Nenhumas das médicas ou equipa de enfermagem que me acompanhou sabiam esclarecer o que poderia fazer na minha situação, sem ser através da utilização da medicação em SOS e isso para mim é algo que deveria mudar no futuro (...).” [E12]

Aconselhamento a reduzir ao mínimo a toma de medicação por parte de alguns profissionais

“Nas consultas com o médico de família eu falei sobre a asma, porque realmente as coisas começaram a tornar-se mais difíceis, mas o meu médico família, ao contrário do que se recomenda para uma pessoa asmática... bem, não é ao contrário, porque no fundo a gente sabe que estamos grávidas, e que quanto mais medicação

tomarmos, a gente imagina que estamos a prejudicar o nosso bebé, mas o meu médico de família aconselhou-me a fazer o mínimo de medicação que eu conseguisse aguentar (...).” [E8]

Ausência de informação sobre técnicas não farmacológicas para o controlo da asma

“Nunca houve qualquer explicação direcionada à parte da minha asma (...).” [E6]

“Eu confesso, eu não sei se é assim em todo o lado, mas eu confesso que não foi sequer abordada essa questão [a asma]. Eu fiz uma preparação para o parto em grupo, não como uma grávida com asma, mas como uma grávida igual às outras, não houve qualquer abordagem nesse sentido (...).” [E8]

“Nunca foi sequer tema de conversa, nunca transmitiram informação sobre técnicas não farmacológicas para o controlo da asma (...).” [E10]

Ausência de apoio do SNS

“Não senti grande apoio dos hospitais públicos ao longo da minha gravidez, senti mais apoio no privado do que no público para lhe ser sincera (...).” [E4]

O obstetra ter receio de alterar a terapêutica da asma por desconhecer o risco para o feto

“Antes da gravidez eu fazia apenas o Ventilan em SOS e era suficiente, e as obstetras nunca consideraram sequer alterar a minha medicação por receio das implicações que outra medicação poderia ter para o feto, pelo que mantive o Ventilan no início da gravidez [até que senti a necessidade de recorrer a um pneumologista para obter ajuda diferenciada] (...).” [E12]

Tabela 13. Estratégias adotadas pela grávida para ultrapassar as dificuldades decorrentes da asma, durante a gravidez

Obstáculos na gestão da asma durante a educação pré-natal	N	UR
Programa de educação pré-natal não ajustado	11	29
Falta de esclarecimentos	9	11
Ausência de informação sobre a asma nas consultas de vigilância da gravidez	8	12
Ausência de informação sobre a asma por parte da equipa de enfermagem	7	9
Aconselhamento a reduzir ao mínimo a toma de medicação por parte de alguns profissionais	6	8
Ausência de informação sobre técnicas não farmacológicas para o controlo da asma	3	4
Ausência de apoio do SNS	1	1

Da análise do verbatim das participantes, desocultaram-se ajustamentos terapêuticos durante a gravidez, estando representados em subcategorias emergentes e apoiadas por algumas UR mais esclarecedoras.

Ajustamentos terapêuticos durante a gravidez

Os “Ajustamentos terapêuticos durante a gravidez” estão representados em 10 subcategorias, sendo estas: “Desconhecer possibilidade de se tomar medicação durante a gravidez”, “Manter a condição farmacológica pré-concepcional”, como “Manter abstenção terapêutica”, “Manter Symbicort por inalação” e “Manter terapêutica habitual”, “Manter o Ventilan SOS”, “Iniciar a toma do Symbicort”, “Estar informada das vantagens da manutenção da terapêutica durante a gravidez”, “Iniciar o Ventilan por nebulização, com soro fisiológico”, “Introduzir o Relvar por inalação”, “Manter o Ventilan por inalação”, “Suspender os corticosteroides” e “Tomar antibiótico” (cf. tabela 14).

Desconhecer possibilidade de se tomar medicação durante a gravidez

“Caso tivesse essa informação [sobre a gestão terapêutica], poderia controlar facilmente em casa, e só numa circunstância ou num constrangimento mais elevado é que eu me dirigiria a uma urgência (...).” [E6]

Manter a condição farmacológica pré concepcional

“A medicação que fazia antes foi a que continuei a fazer, sempre que tivesse algumas crises, normalmente fazia durante alguns dias seguidos, e depois parava (...).” [E5]

“Já não fazia medicação antes da gravidez e continuei sem fazer durante (...).” [E10]

Manter o Ventilan SOS

“Eu tinha o Ventilan em SOS e disseram-me que sempre que tivesse alguma crise ou achasse que estava para ter alguma crise poderia utilizar o Ventilan em SOS (...).” [E4]

“Acabei por fazer algumas vezes o Ventilan em SOS durante a gravidez, e só aí é que havia um real alívio desta minha dificuldade respiratória, isto antes de ter marcado

uma consulta com a pneumologista (...).” [E12]

Iniciar a toma do Symbicort

“Tive uma consulta de Pneumologia no Hospital e o médico passou-me uma bomba nova porque disse-me que o Ventilan não era muito bom para mim porque estava grávida e passou-me uma bomba nova (Symbicort) (...).” [E1]

“[Iniciar a toma de] symbicort em SOS e durante a gravidez eu devo ter recorrido umas 5/6 vezes à bomba, durante as 40 semanas (...).” [E9]

Estar informada das vantagens da manutenção da terapêutica durante a gravidez

“Na altura perguntei à obstetra se em contexto de crise poderia fazer a mesma medicação e disseram-me que sim, que em termos de efeitos para o bebé seria muito pior uma crise do que o potencial do medicamento (...).” [E9]

Iniciar o Ventilan por nebulização, com soro fisiológico

“Mas quando estou em casa eu prefiro não usar a bomba, eu tenho soro e as gotinhas de ventilan e ponho juntas e faço em casa, mas sei que não posso usar muitas porque acelera o coração (...).” [E3]

Suspender os corticosteroides

“Eu tenho uma bomba para asma e fazia alguns corticoides antes da gravidez, mas suspendi tudo durante a gravidez, não me deram outra bomba. Eu fiz a suspensão e felizmente durante este período não tive nenhuma necessidade (...).” [E6]

Tomar antibiótico

“Eu só tive uma fase em que estive assim um bocadinho atacada, fui ter com ela, [com a médica] passou-me a medicação normal, que eu costumava fazer um antibiótico e fiquei bem no espaço de uma semana, nada de especial (...).” [E7]

Tabela 14. Ajustamentos terapêuticos durante a gravidez

Ajustamentos terapêuticos durante a gravidez	N	UR
Desconhecer possibilidade de se tomar medicação durante a gravidez	4	6
Manter a condição farmacológica pré concecional	5	7
Manter abstenção terapêutica	3	3
Manter Symbicort por inalação	1	1
Manter terapêutica habitual	1	1

Manter o Ventilan SOS	3	4
Iniciar a toma do Symbicort	2	2
Estar informada das vantagens da manutenção da terapêutica durante a gravidez	1	1
Iniciar o Ventilan por nebulização, com soro fisiológico	1	2
Introduzir o Relvar por inalação	1	1
Manter o Ventilan por inalação	1	2
Suspender os corticosteroides	1	3
Tomar antibiótico	1	1

De igual modo, a seguir apresentam-se os ajustamentos terapêuticos após o parto, vertidos em subcategorias, com corroboração dos mesmos através de alguns exemplos de UR.

Ajustamentos terapêuticos após o parto

No que diz respeito aos “Ajustamentos terapêuticos após o parto”, emergiram três subcategorias: “Suspender a terapêutica após o parto”, “Suspensão da terapêutica”, nomeadamente o Symbicort, “Estratégias adotadas para ultrapassar as dificuldades decorrentes da asma, no pós parto”, onde se incluem “Continuidade com os cuidados face às mudanças de temperatura”, “Deixar de tomar a medicação diária”, “Pedir ajuda profissional para saber se poderia continuar a tomar a medicação no pós parto”, “Recurso a medidas não farmacológicas” e “Recurso a terapêutica farmacológica” (cf. tabela 15).

Suspender a terapêutica após o parto

“Tive um bocado de receio de pegar na bomba e se fazia mal ou não, porque eu estava a amamentar (...).” [E2]

“Desde que tive o bebé, deixei de fazer medicação diária e correu tudo muito bem (...).” [E4]

Symbicort

“Agora faço a bombinha [bomba nova (Symbicort)], porque depois de ter o bebé ele [o médico] aconselhou-me a fazer de manhã e há noite para andar controlada e estou à espera agora de ter outra consulta (...).” [E1]

Estratégias adotadas para ultrapassar as dificuldades decorrentes da asma, no pós parto

Pedir ajuda profissional para saber se poderia continuar a tomar a medicação no pós parto

“A minha médica de família, a Dra. P. falou-me de um site (www.e-lactancia.org) que

dá para consultar, coloca-se lá o nome do medicamento, o princípio ativo e dá para consultar se há transmissão ou não para bebê através do leite (...).” [E2]

Recurso a medidas não farmacológicas

“[No pós parto] recorria a diversas “mezinhas”, os vapores com folhas de eucalipto, estar ali muito tempo na casa de banho com os vapores de água (...).” [E8]

“Só recorri à sabedoria popular [vapores com folhas de eucalipto...] (...).” [E8]

Recurso a terapêutica farmacológica

“Agora faço a bombinha [bomba nova (Symbicort)], porque depois de ter o bebê ele aconselhou-me a fazer de manhã e há noite para andar controlada e estou à espera agora de ter outra consulta” (...).” [E1]

Deixar de tomar a medicação diária

“Desde que tive o bebê, deixei de fazer medicação diária e correu tudo muito bem (...).” [E4]

Continuidade com os cuidados face às mudanças de temperatura

“Continuei a ter cuidado com as mudanças de temperatura (...).” [E5]

Tabela 15. Ajustamentos terapêuticos após o parto

Ajustamentos terapêuticos após o parto	N	UR
Suspender a terapêutica após o parto	2	3
Suspensão da terapêutica		
Symbicort	1	1
Estratégias adotadas para ultrapassar as dificuldades decorrentes da asma, no pós parto		
Pedir ajuda profissional para saber se poderia continuar a tomar a medicação no pós parto	3	3
Recurso a medidas não farmacológicas	3	4
Recurso a terapêutica farmacológica	3	5
Deixar de tomar a medicação diária	2	3
Continuidade com os cuidados face às mudanças de temperatura	1	1

Manifestações da sintomatologia no pós o parto

A “Falta de ar” foi uma manifestação da sintomatologia no pós parto e os “Sentimentos vivenciados após o parto” traduziu-se no “Receio em usar a medicação durante a amamentação” (cf. tabela 16).

Falta de ar

“Tive algumas faltas de ar após o parto (...).” [E2]

Sentimentos vivenciados após o parto

Receio em usar a medicação durante a amamentação

“[Após o parto] Tive um bocado de receio de pegar na bomba e se fazia mal ou não porque eu estava a amamentar (...).” [E2]

Tabela 16. Manifestações da sintomatologia no pós o parto

Manifestação da sintomatologia no pós parto	N	UR
Falta de ar	2	3
Sentimentos vivenciados após o parto		
Receio em usar a medicação durante a amamentação	10	13

Assumiu-se como relevante conhecer as percepções das mulheres entrevistadas sobre as alterações que sugeridas em relação à Educação Pré-Natal, tendo em conta as suas vivências como grávidas com asma. Assim, seguem-se essas mesmas sugestões representadas em subcategorias. Como forma de dar visibilidade Às mesmas, dão-se exemplos de algumas UR.

Alterações sugeridas à Educação Pré-Natal

Da análise do verbatim, emergiram 9 subcategorias às “Alterações sugeridas à Educação Pré-Natal”: “Informar sobre a asma na gravidez”, “Atuar na prevenção”, “Sem necessidade de alterações”, “Abordagem diferenciada por parte da equipa”, “Apoio da especialidade de pneumologia”, “Mais acompanhamento”, “Informar sobre medidas não farmacológicas”, “Mais investimento da comunidade obstétrica” e “Ser ajustada às necessidades de cada pessoa” (cf. tabela 17).

Informar sobre a asma na gravidez

“Esclarecimentos sobre técnicas não farmacológicas de controlo da asma na gravidez foi algo que eu não tive (...).” [E12]

“Em segundo, penso que é ainda mais importante que sejam introduzidas e esclarecidas técnicas não farmacológicas para o controlo da asma, porque como sabemos o controlo de uma doença como esta não passa apenas pelo consumo de medicação e é possível atuar de uma forma profilática (...).” [E12]

“Se existem este tipo de dicas para asmáticos, não entendo porque não introduzir essas mesmas dicas, adaptadas claro, para situações de uma grávida com asma, e penso que é a esse nível que a equipa de enfermagem poderia atuar, no sentido de ajuda a compreender as implicações da asma na gravidez e introduzir medidas para o controlo da mesma sem ser necessário recorrer a medicação a toda a hora... no entanto a medicação é um caminho certo e segundo a minha pneumologista não deveria haver tanto medo na sua toma (...).” [E12]

Atuar na prevenção

“É importante, na minha opinião, atuar na prevenção, porque no meu caso, apesar de ter sido muito difícil, não ouve qualquer implicação na saúde do meu filho, mas poderia ter acontecido e nesse caso seria um desfecho completamente diferente (...).” [E12]

Sem necessidade de alterações

“Eu acho que esteve sempre tudo bem, não sei bem o que dizer, para mim correu tudo bem, [não vi necessidade de fazer nenhuma alteração à educação pré-natal] (...).” [E3]

“Felizmente correu tudo normalmente (...).” [E6]

“Eu estou a ser tão bem seguida que não vi necessidade [de fazer alterações à Educação Pré-Natal que recebi], tenho uma boa experiência (...).” [E7]

Abordagem diferenciada por parte da equipa

“Eu acho que deveria existir uma abordagem diferente da equipa que nos acompanha (...).” [E6]

“Face à circunstância eu penso que poderia existir uma abordagem diferente, mais diferenciada (...).” [E6]

Apoio da especialidade de pneumologia

“Nós devíamos ter um apoio específico da especialidade em si [pneumologia], porque, na minha opinião, da mesma forma que as grávidas são seguidas na parte dos diabetes, acho que deveria haver um apoio com essa mesma especificidade para a asma, é isso mesmo que falta (...).” [E4]

“Existem muitos médicos pneumologistas e deveria haver um destacado na especialidade de obstetrícia que se focasse um bocadinho nisso, porque acho que era importante (...).” [E4]

“Se calhar, seria importante uma grávida com asma ser acompanhada por um médico da pneumologia (...).” [E5]

Mais acompanhamento

“Seria boa ideia haver um acompanhamento mais amplo nestas situações [gravidez com diagnóstico de asma] (...).” [E5]

“Sinto que não tive de todo um bom acompanhamento, só mesmo nesse sentido, porque não houve de todo acompanhamento (...).” [E8]

Informar sobre medidas não farmacológicas

“Esclarecimentos sobre técnicas não farmacológicas de controlo da asma na gravidez foi algo que eu não tive (...).” [E12]

Mais investimento da comunidade obstétrica

“Em primeiro lugar, seria importante haver um investimento por parte da comunidade obstétrica na compreensão da terapêutica adequada e dos ajustes necessários a fazer em grávidas como eu (...).” [E12]

Ser ajustada às necessidades de cada pessoa

“[Era importante] perguntarem como me sentia, explicarem-me o que fazer em determinadas situações (...).” [E10]

Tabela 17. Alterações sugeridas à Educação Pré-Natal

Alterações sugeridas à Educação Pré-Natal	N	UR
Informar sobre a asma na gravidez	7	17
Atuar na prevenção	5	7
Sem necessidade de alterações	5	6
Abordagem diferenciada por parte da equipa	2	5
Apoio da especialidade de pneumologia	3	6
Mais acompanhamento	3	4
Informar sobre medidas não farmacológicas	1	3
Mais investimento da comunidade obstétrica	1	1
Ser ajustada às necessidades de cada pessoa	1	2

Após a apresentação dos resultados obtidos, tem lugar seguidamente a sua discussão à luz das evidências científicas evidências mapeadas na literatura.

5. Discussão

Neste capítulo procede-se à discussão das áreas temáticas, tendo em conta as categorias desocultadas das unidades de registo de cada participante, bem como as subcategorias e suas especificações, partindo das evidências científicas evidências de outros estudos. A discussão dos resultados terá a mesma ordem da apresentação dos resultados.

As mulheres atribuem diferentes significados à gravidez, conforme a sua experiência, em que se destacou “Experiência positiva”, seguindo-se “Concretizar um sonho”, um “Turbilhão de ideias”, “Saturante”, “Ser um privilégio” e ser “Igual à primeira” gravidez. De acordo com Atashi et al. (2018, p. 2), o significado atribuído pela mulher à gravidez é considerado uma fonte importante para o desenvolvimento da mesma, sendo uma experiência importante na vida da mulher/casal e cada mulher interpreta esta sua vivência de acordo com os fatores socioculturais e suas histórias de vida, o que torna a gravidez “num fenómeno mais complexo e abrangente do que aos inerentes aspetos biológicos. A gravidez inscreve-se, habitualmente, num projeto feminino a longo prazo, a maternidade” (Coutinho et al., 2014, p. 237). As mesmas autoras, com base num estudo de natureza qualitativa, com 82 entrevistadas, 22 portuguesas e 60 imigrantes, que tinham sido mães há menos de um ano, em dois Agrupamentos de Centros de Saúde da Região Centro, verificaram que os significados atribuídos à gravidez foram: “Algo bom, Correr tudo bem, Especial, Fazer tudo como se não estivesse grávida, Gostar de estar grávida, Não gostar de estar grávida, Realização de um sonho, Responsabilidade, Sentir o bebé, Ser mãe, Projeto de vida, Ter filhos, Tempo de espera e preparação, Vida”. A corroborar, Santiago et al. (2020) referem que as mulheres manifestam-se de forma diferente sobre a gravidez e têm representações que estão muito associadas às suas práticas culturais ao nível da maternidade. Marques (2016, p. 70) refere que “a gravidez é habitualmente um projeto muito investido a nível emocional (...)”, seguindo-se uma fase de significativas mudanças e, com o passar do tempo, as emoções referentes à gravidez tornam-se inconstantes, ou seja, são suscetíveis a “alterar à medida que ocorrem as transformações internas e externas, psicológicas e sociais”. Assim, a maneira como cada mulher encara esse período de transição poderá interferir no seu significado de gravidez.

No que diz respeito às “Complicações da gravidez”, verificou-se que as mulheres referenciaram alguns desconfortos, tendo sido os mais prevaletentes a “Sonolência”, a “Perturbação do sono por dificuldade respiratória” e os “Edema dos membros inferiores”, com menor referência o “Cansaço”, a “Deambulação dificultada pelo tamanho abdominal”, a

“Dor ciática”, o “Calor”, “Adormecer”, as “Lombalgias” e a “Retenção de líquidos”. A gravidez é um período no qual a vida da mulher passa por alterações fisiológicas, físicas e psicológicas, que podem originar um desequilíbrio resultante das modificações fisiológicas e psicológicas que a mulher passa neste período. Como tal, ocorrem transformações hormonais e físicas que interferem diretamente no dia a dia da grávida, como, a sonolência, contratilidade uterina, distúrbios digestivos, dorsalgias/lombalgias, sensação de mal-estar ou lipotimia quando em posição supina, dispneia, congestão nasal e epistaxe, entre outras (Lavaredas & Tomás, 2016, pp. 58-62). De acordo com as mesmas autoras, são múltiplas as alterações que ocorrem nos sistemas do corpo da mulher para possibilitar que haja o desenvolvimento intrauterino do produto da concepção. Essas mudanças e adaptações do corpo materno ao processo gravídico abarcam alterações locais e sistêmicas. Como tal, o EESMO deve estar desperto para estas alterações para que, durante a vigilância da gravidez, possa promover medidas que minimizem ou previnam o desconforto causado pelas mesmas e para que seja capaz de identificar o surgimento de eventuais patologias (Lavaredas & Tomás, 2016, p. 58).

As “Patologias decorrentes da gravidez”, referenciadas por algumas mulheres, foram a “Diabetes gestacional”, “Comprometimento no desenvolvimento fetal”, “Descontrolo da tensão arterial”, “Enjoos-vómitos”, “Hiperémese gravídica” e “Pré-eclâmpsia”. As complicações mais frequentes observadas na gravidez, no estudo de Alves et al. (2017, p. 6), foram as síndromes hipertensivas próprias da gestação, tendo prevalecido a pré-eclâmpsia, a diabetes gestacional e rotura prematura de membrana. Estes resultados também estão presentes noutros estudos (Braga et al., 2019; Clemente et al., 2019; Degasperi et al., 2021). Segundo Degasperi et al., 2021, p. 6), a hipertensão arterial consiste na complicação mais prevalente na gravidez, sobretudo “em mulheres de idade avançada e que quando crónica”, ocorrendo com maior probabilidade “em mulheres com idade superior a 35 anos”. As autoras justificam esta “prevalência de hipertensão crónica devido ao comprometimento vascular da idade, o que pode aumentar a suscetibilidade dessas mães à hipertensão específica da gravidez, mesmo que a hipertensão não seja reconhecida clinicamente”. A hipertensão gestacional pode ocorrer após as 20 semanas de gestação, sem proteinúria ou critérios de gravidade, regredindo após o parto num período de tempo que não excede o puerpério (Monteiro & Leite, 2016). Neste sentido, a vigilância de toda e qualquer gravidez tem como principal objetivo promover a saúde e bem-estar materno e fetal.

Verificou-se que idade gestacional prevalente foi 40 semanas, com um mínimo de 37 semanas e um máximo de 40 semanas, correspondendo-lhe uma média de $38,83 \pm 1,26$ semanas. No seu estudo, Tavares (2019, p. 67), numa amostra de 264 grávidas no terceiro

trimestre, verificou que prevaleceram as grávidas (71,2%) com idade gestacional <37 semanas e 28,8% ≥37 semanas. O número de consultas de vigilância da gravidez prevalente é mais ou menos 10 consultas. Em relação à idade gestacional de início da vigilância da gravidez, sobressaíram 4 mulheres que mencionaram que a vigilância ocorreu na 6ª semana de gestação e 3 na 4ª semana de gestação. Considera-se que a vigilância da gravidez foi adequada, tendo-se em consideração os critérios e esquema de vigilância da gravidez estabelecidos pela DGS (DGS, 2015b, p. 37), ou seja, na gravidez de baixo risco preconiza: “Realizar a 1ª consulta, o mais precocemente possível e até às 12 semanas de gravidez (1º trimestre de gravidez); Realizar as consultas de vigilância pré-natal, após a 1ª consulta: a cada 4-6 semanas até às 30 semanas; a cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas; a cada 1-2 semanas após as 36 semanas até ao parto”. Uma vigilância adequada da gravidez está intimamente associada com a altura em que começam os cuidados pré-natais, porém assume muita relevância o número de consultas efetivadas, devendo ser realizadas com intervalos regulares, sendo esta uma maneira de se fazer o rastreio e tratamento de possíveis complicações, ao mesmo tempo que se promovem hábitos de vida saudáveis. Este número é variável, tendo em conta o mês de início e com a ocorrência de intercorrências ao longo da gravidez. De forma a não ocorrer perda de informações, a DGS (2015) refere que toda a comunicação entre os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados pré-natais deve ser registada no Boletim de Saúde da Grávida. Assim, o mesmo organismo definiu a obrigatoriedade do uso deste boletim, a fim de haver “uma correta orientação e vigilância da saúde materna e fetal, sendo um excelente meio de troca de informação entre os profissionais implicados na prestação de cuidados à grávida”. A OMS (2016), no seu guia prático que contém orientações para se dar prioridade à saúde e ao bem-estar da grávida, sem que se aposte unicamente na prevenção da mortalidade e morbidade, tendo deferido 49 recomendações, as quais se encontram agrupadas em cinco intervenções diferenciadas: “intervenções nutricionais; avaliação da mãe e do feto; medidas preventivas; intervenções para sintomas fisiológicos comuns; e intervenções nos sistemas de saúde para otimizarem o uso e a qualidade dos cuidados pré-natais”.

Aldrighi et al. (2018, p. 1) realizaram um estudo descritivo e qualitativo, com 21 mulheres com ≥ 35 anos em acompanhamento pré-natal de alto risco. Emergiram seis categorias temáticas: “Ambivalência: do medo à felicidade; “O (não) planeamento e o divino; (Re)organização familiar: do apoio à não-aceitação; Maturidade como uma facilidade para a maternidade; A idade avançada e a percepção do risco; A idade biológica do corpo dificultando a gestação”. As mesmas autoras referem que “a gestação em mulheres com mais de 35 anos” é uma realidade cada vez mais prevalente a nível mundial, estando implícitos “fatores como o aumento da inserção feminina no mercado de trabalho, maior

tempo de estudo entre as mulheres, melhorias nos métodos anticoncepcionais e avanços na fertilização *in vitro*". Todavia, numa outra perspectiva, algumas evidências revelam que a idade materna de forma isolada pode não ser um fator de risco, uma vez que se a mulher tiver uma preparação pré-natal de qualidade e cuidados de excelência no trabalho de parto e parto assumem-se como determinantes que podem alterar algumas condições de saúde anteriormente diagnosticadas, fazendo com que os resultados da gravidez sejam idênticos aos das grávidas com menos idade (Sauer, 20105, p. 1137).

Metade das participantes da presente investigação possui apenas um filho. Todas as mulheres expressaram que a sua gravidez foi desejada, ainda que algumas tenham afirmado não ser uma gravidez planeada. Estes resultados vão ao encontro dos alcançados por Tavares (2019, p. 95), onde 77,3% das grávidas referiu que a sua gravidez foi planeada. Constatou-se que algumas mulheres referiram que a sua gravidez foi de risco, embora tenha decorrido bem, cujos motivos foram idade materna avançada, alguma dilatação do colo do útero no terceiro trimestre, apresentação pélvica, possibilidade de alterações morfológicas do feto ("o bebé poderia ter os ossos longos mais curtos do que o previsto para a idade gestacional"), hiperémese gravídica, com necessidade de polimedicação e pré-eclâmpsia à 30ª semana de gestação. Tendo em conta estes resultados é importante a presença do Enfermeiro EESMO, pois, como preconiza a OE (2019, p.13561), as competências deste profissional de saúde permitem-lhe cuidar da "mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional. Assim, em todas as consultas realizadas pelos Enfermeiros EESMO, devem abordar-se ensinamentos próprios para cada trimestre em que a grávida se encontra.

Os "Sentimentos vivenciados durante a gravidez e parto" foram expressos em "Alegria-felicidade", "Ansiedade", "Tristeza", "Insegurança", "Labilidade emocional", "Medo", com expressão de "Medo que algo corresse mal", "Medo de morrer no parto" e "Medo do desconhecido" Surgem ainda as subcategorias com polos opostos, designadamente "Pânico", e "Pressão familiar", "Sentir-se valorizada como mulher" e "Ser bom". Estes sentimentos revelam que a gravidez e o parto são vivenciados por cada mulher de maneira diferente, inclusive, com um misto de sentimentos e emoções. Neste contexto, o estudo de Popa et al. (2021, p. 83), com base nem evidências científicas, refere que os sentimentos vivenciados por algumas mulheres com asma ao longo da gravidez e parto manifestaram mais labilidade emocional e reserva em relação ao parto, particularmente por parte das mulheres que não tiveram acompanhamento diferenciado e que não estão completamente elucidadas, tendo as mesmas manifestado medo e insegurança.

Constatou-se que um número reduzido de mulheres teve vigilância da asma durante a gravidez, consulta de Pneumologia do Hospital e no privado e consulta com Médica

Especialista em Imunoalergologia. Estes resultados corroboram evidências de outros estudos, onde também foi registado que muitas grávidas com asma não têm acesso a vigilância especializada da asma durante a gravidez (Ibrahim et al., 2018; Al Ghobain et al. (2018). Abdullah et al. (2019, s.p.) referem que a associação entre a exacerbação da asma durante a gravidez e os resultados adversos para a saúde materna e infantil têm sido pouco investigados, motivo pelo qual realizaram um estudo de coorte populacional utilizando dados do sistema de vigilância da asma do Ontário e os dados administrativos de saúde a nível populacional, tendo constatado que a uma grande parte das mulheres com asma não tinha seguimento especializado, a exacerbação da asma foi associada a maiores probabilidades de pré-eclâmpsia e hipertensão induzida pela gravidez, os recém-nascidos apresentaram maiores probabilidades de baixo peso à nascença, nascimento pré-termo e malformações congénitas. O estudo conclui que a exacerbação da asma durante a gravidez em mulheres com asma aumenta as complicações na gravidez, resultados perinatais adversos e perturbações respiratórias na primeira infância dos seus filhos, indicando que a vigilância da amostra durante a gravidez e o tratamento adequado da asma podem reduzir o risco de resultados adversos de saúde materna e fetal. Neste âmbito, o “Tipo de acompanhamento da grávida com asma referenciado na Educação Pré-Natal”, na amostra estudada no presente trabalho, ficou representado em duas subcategorias: “Com apoio diferenciado ao nível da asma”, onde se incluem “Consulta da especialidade de Imunoalergologia” e “Consulta da especialidade de Pneumologia”, ambas aludidas por uma mulher; “Sem apoio diferenciado ao nível da asma”, ao nível da “Consulta da especialidade de obstetrícia” e na “Consulta de vigilância da gravidez nos cuidados de saúde primários”. Importa referir que três mulheres alegaram “Sem necessidade de referenciação”. Estes resultados reforçam a necessidade de a mulher grávida com asma ser alvo de um acompanhamento diferenciado, pois, vários estudos sugerem que as grávidas com um controlo ótimo da asma, sobretudo se prévio à gravidez, não apresentam riscos significativos de complicações, comparativamente com grávidas saudáveis, contudo “as exacerbações e um mau controlo da doença durante a gravidez estão associados a maiores riscos para o bebé e para a mãe” (SPP, 2019, s.p.). A reforçar, Viegas (2016, p. 11) menciona que “A gravidez vai influenciar a asma, assim como a asma vai ter implicações na gravidez. As complicações materno-fetais mais frequentemente descritas são: exacerbações da asma, infeções virais respiratórias, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, abortamento espontâneo, parto pré-termo (PPT), recém-nascido com baixo peso à nascença (BPN), recém-nascido pequeno para a idade gestacional (SGA), malformações congénitas e morte perinatal.”

Apurou-se que algumas mulheres entrevistadas não participaram em participação em programa de preparação para o parto, onde sobressaiu o facto de o “Programa de

preparação para o parto não estar disponível no formato presencial”, o que se constituiu também como um dos “Constrangimentos vivenciados durante a gravidez devido à pandemia”. Outro constrangimento sentido foi a “Disponibilidade reduzida de consultas no SNS devido à COVID-19” e “Não recorrer ao hospital depois de contactar a Saúde 24”. Neste âmbito realça-se que o nascimento de um filho é um dos eventos mais significativos na vida da mulher/casal e tem o potencial de ser uma experiência estimulante e gratificante para algumas mulheres ou uma experiência assustadora que provoca ansiedade para outras, particularmente quando a mulher tem asma. Assim, os Programas de Preparação para o Parto assumem-se como indispensáveis e devem ter a presença de um EESMO, para que se possa dar informações à mulher/casal, preparando-os para o parto e transição para a parentalidade. Como defendem Coutinho et al. (2014, p. 25), “a preparação proporciona momentos de aprendizagem e partilha de experiências entre grávidas, o que as leva a perceber que não estão sozinhas nesta fase de tantas alterações, não só no seu corpo, mas também na sua mente e na forma como ela se vê e é vista pela sociedade onde está inserida”. A nível nacional, os Programas Governamentais têm, através da Segurança Social e de outras entidades, como os serviços de saúde, procurado dar apoio à natalidade e à parentalidade, com recurso a várias estratégias, compreendendo a preparação para o parto através dos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade direcionados para a mulher/casal. A OE tem desenvolvido esforços neste sentido, definindo competências específicas ao nível da Enfermagem EESMO, como forma de garantir a prestação de cuidados especializados numa fase da vida verdadeiramente marcante para a mulher/casal, preparando a mulher/casal para o parto e transição para a parentalidade. Em Portugal, a preparação para o parto é um direito legalmente estabelecido pela Lei nº. 142/99, de 31 agosto, ministrado pelo Enfermeiro EESMO, sendo caracterizado como um programa de educação para a saúde, para as grávidas e companheiros, com o objetivo principal de preparar e estimular a mulher a desempenhar um papel ativo ao longo da gravidez e trabalho de parto.

As “Estratégias adotadas pela grávida para ultrapassar as dificuldades decorrentes da asma, durante a gravidez” consistiram em “Dormir na posição de sentada”, “Expor-se ao ar fresco noturno” e “Evitar as mudanças de temperatura”. Quanto a “Manter as estratégias de gestão da asma utilizadas antes de engravidar”, algumas participantes referiram “Sem necessidade de adotar estratégias”, outras que “A asma estagnou”, enquanto um número reduzido de mulheres relataram “Procurar ajuda de um especialista para conseguir controlar a asma”, uma grávida salientou “Manter a ajuda de especialista que a acompanhava antes de engravidar”, tendo outras referenciado “Recorrer a saberes populares”, “Recorrer à Saúde 24”, “Recorrer a terapia inalatória nas mudanças de temperatura-estações” e “Tomar

medicação”. Apesar de grande parte das mulheres não terem tido exacerbações agudas da asma durante a gravidez, é fundamental que os profissionais de saúde, no caso concreto o ESSMO, estejam despertos para ajudar/apoiar a grávida, fornecendo-lhes informações assertivas e delinearam-se estratégias que possam minimizar as exacerbações, estando conscientes que estas podem resultar em sofrimento fetal, mesmo nos casos em que não há registo de “hipotensão ou hipoxia materna” (Viegas, 2016, p. 47). Assume, assim, importância a monitorização contínua do estado fetal, sobretudo nos casos em que há a necessidade de tratamento de exacerbação da asma.

No que concerne ao “Resultado da gestão da asma durante a gravidez”, esta categoria ficou representada em três subcategorias: “Asma controlada”, onde se destacou “Sem necessidade de intervenção”, mas em dois casos “Com necessidade de intervenção”; “Melhoria da sintomatologia asmática durante a gravidez”, uma situação aludida por um número diminuto de mulheres, enquanto outras relataram “Descontrolo da asma na fase inicial da gravidez”. Face a estes resultados, reforça-se a necessidade de as grávidas com asma terem um acompanhamento diferenciado, para que consigam resultados mais satisfatórios em relação ao controlo da asma, evitando-se exacerbações que interferem na saúde materna e fetal. As grávidas com asma devem ser claramente informadas quais as medidas farmacológicas e não farmacológicas que lhe possam trazer benefícios, como o controlo dos sintomas, melhoria da sua qualidade de vida, ocorrer a normalização e/ou estabilização da função pulmonar, minimização do recurso aos serviços de saúde e internamentos, bem como devem ser informadas sobre as contraindicações, ou seja, acerca dos potenciais efeitos adversos e riscos durante a gravidez (Lime et al., 2011, p. 2). Como tal, a educação para a saúde e o aconselhamento direcionados podem ter benefícios positivos para as gestantes em termos de confiança. Estratégias de autogestão são tidas como benéficas, mas não existe uma única estratégia que seja adequada a todas as mulheres, o que requer um acompanhamento personalizado (Ocklefort et al., 2008; Namazy et al., 2013, p. 1083). No estudo realizado por Burgess et al. (2015, p. 1013), com 221 mulheres grávidas com asma, foi observada a exacerbação da asma em 35% delas, enquanto em 33% a doença permaneceu estável e 28% das mulheres declararam uma melhoria. As mulheres com necessidade de intervenção durante a gravidez tinham pior condição física e qualidade de vida reduzida em todos os domínios em comparação com as mulheres com asma controlada. As mesmas tinham menos controlo sobre a sua asma, mais sintomas e relataram que a sua doença tinha um efeito maior nas suas emoções e na sua vida em geral, traduzindo-se em maior preocupação e resposta emocional mais negativa.

Os “Obstáculos na gestão da asma durante a educação pré-natal” foram representados em oito subcategorias, sendo a mais referenciada “Programa de educação

pré-natal não ajustado”, seguindo-se a “Falta de esclarecimentos”, “Ausência de informação sobre a asma nas consultas de vigilância da gravidez”, “Ausência de informação sobre a asma por parte da equipa de enfermagem”, “Aconselhamento a reduzir ao mínimo a toma de medicação por parte de alguns profissionais, “Ausência de informação sobre técnicas não farmacológicas para o controlo da asma”. Estes resultados corroboram as evidências encontradas por Murphy (2015, p. 14), no seu estudo de revisão da literatura, tendo constatado que os obstáculos mais evidentes, na gestão da asma durante a educação pré-natal, consistem sobretudo na ausência de esclarecimentos e de inclusão deste tema nas aulas de preparação para o parto e nascimento, aumentando os receios das mulheres e a sua ansiedade, podendo, em alguns casos, resultar em exacerbações. De acordo com a mesma autora, as diretrizes da OMS recomendam a prestação de aconselhamento, educação e empoderamento das mulheres durante a fase pré-natal, o que implica umas abordagens multidisciplinares para otimizar os resultados da saúde materna e fetal. Uma recente revisão sistemática de implementação de intervenções de cuidados para a asma mostrou que a educação para a saúde na área da autogestão se mantém mal implementada na prática clínica (Pinnock, 2015). Há um conhecimento e compreensão inconsistente sobre a asma e a gravidez, entre todos os profissionais de saúde, inclusive, entre a equipa de enfermagem responsável pela educação pré-natal, que apresenta uma posição privilegiada aquando da transmissão de conhecimentos teóricos e estratégias de autogestão (McLaughlin et al., 2016).

Quanto aos “Ajustamentos terapêuticos durante a gravidez”, sobressai “Desconhecer possibilidade de se tomar medicação durante a gravidez”, “Manter a condição farmacológica pré-concepcional”, como “Manter abstenção terapêutica”. Dado que não se consegue prever a evolução da asma durante a gravidez, as grávidas asmáticas têm de ser regularmente monitorizadas “quer pelo exame físico, quer pela avaliação do controlo da asma, para que qualquer alteração seja rapidamente detetada e tratada adequadamente. (Viegas, 2016, pp. 35-36). De acordo com o mesmo autor, esta avaliação deve ser realizada “com a colaboração dos diversos profissionais de saúde, nomeadamente médico de família, obstetra, imunoalergologia, pneumologista ou internista”. Depois de tal avaliação, deve haver um ajustamento da medicação, bem como recorrer a “estratégias não farmacológicas e tratar os fatores de risco modificáveis”. Nos casos em que não se consegue alcançar o controlo da asma, deve referenciar-se a grávida para consulta especializada, em conformidade com a Norma de Orientação Clínica da DGS nº 016/2011 “Abordagem e controlo da asma”. O facto de se ter verificado que houve mulheres a relatar desconhecimento da possibilidade de tomar medicação durante a gravidez, reforça a necessidade de serem devidamente informadas e esclarecidas na educação pré-natal acerca

dos ajustamentos terapêutico quer durante a gravidez, quer no pós parto, dando-se continuidade aos cuidados. Ainda que, em muitos casos, a asma possa alterar-se ao longo da gravidez, as evidências demonstram que pode ocorrer uma reversão para a gravidade pré-natal nos três primeiros meses após o parto (Popa et al., 2021, p. 84). Tendo em conta que um número significativo de mulheres grávidas para ou diminui o tratamento farmacológico para a asma no início da gravidez, assume grande importância a sua educação relativamente à segurança da medicação para a asma, bem como das medidas não farmacológicas para a melhoria do controlo da asma durante a gravidez e no pós parto, minimizando-se os sentimentos de insegurança da mulher. A monitorização da asma deve ser realizada regularmente, sendo recomendada a avaliação espirométrica, seguida de avaliação mensal dos sintomas da asma e medição dos sintomas da função pulmonar (LoMauro & Aliverti, 2015, p. 298). Os medicamentos usados para asma dividem-se “em duas categorias: medicamentos para melhoria da crise (sintomas agudos) e medicamentos de manutenção (evitar exacerbações – controlo de sintomas)” (Junqueira et al., 2014, p. 355). Verificou-se também que, no que diz respeito aos “Sentimentos vivenciados após o parto”, algumas participantes referiram ter “Receio em usar a medicação durante a amamentação”. De acordo com os autores supracitados, “a amamentação no pós-parto deve ser incentivada e as medicações antiasmáticas mantidas” (Junqueira et al., 2014, p. 356).

Foi solicitado às participantes que se manifestassem acerca das “Alterações à Educação Pré-Natal”, tendo as mesmas referido “Informar sobre a asma na gravidez”, “Atuar na prevenção”, “Sem necessidade de alterações”, “Abordagem diferenciada por parte da equipa”, “Apoio da especialidade de pneumologia”, “Mais acompanhamento”, “Informar sobre medidas não farmacológicas”, “Mais investimento da comunidade obstétrica” e “Ser ajustada às necessidades de cada pessoa”. Estas sugestões devem ser tidas em conta na prática profissional do Enfermeiro EESMO, em parceria com outros elementos da equipa multiprofissional, para que se consiga um ótimo controlo da asma, prevenir, detetar e tratar as exacerbações da asma, a fim de se minimizar os efeitos deletérios quer para a mãe, quer para o feto/recém-nascido. Deve ocorrer uma gestão ativa da asma durante a gravidez e no pós parto. A educação pré-natal, durante a gravidez e o tratamento individualizado guiado por uma equipa multidisciplinar é fundamental (Conte et al., 2018, p. 156).

Conclusão

As mulheres grávidas com asma são mais suscetíveis de sofrer pré-eclâmpsia do que as mulheres sem asma, mas se a asma for descontrolada, as complicações da gravidez podem incluir hiperemese, hipertensão, pré-eclâmpsia, nascimento pré-termo, entre outras. Para além dos riscos potenciais para a sua própria saúde, as mulheres grávidas são suscetíveis de se preocuparem com os riscos da sua asma e dos seus tratamentos para o seu feto, bem como para o recém-nascido quando amamentam. Deste modo, as mulheres com asma devem ser alvo de Educação Pré-Natal para melhor se adaptarem à sua condição e poderem fazer uma melhor gestão da mesma. Uma educação e aconselhamento de saúde direcionados podem ter benefícios para estas em termos de confiança. As estratégias de autogestão podem ser benéficas, todavia, com a salvaguarda de que nenhuma estratégia única é suscetível de se adequar a todas as mulheres. Assim, o Enfermeiro EESMO deve intervir de forma individualizada e em função da especificidade e do contexto de cada mulher.

Do estudo realizado com 12 mulheres que foram mães há menos de um ano diagnosticadas com asma antes ou durante a gravidez, concluiu-se que grande parte não participou em programa de preparação para o parto, sendo reduzido o número das que tiveram vigilância diferenciada da asma durante a gravidez. Foram vários os significados atribuídos pelas mesmas à gravidez, sendo o mais referenciado “Experiência positiva”, seguindo-se “Concretizar um sonho” e “Turbilhão de ideias”. Dos “Sentimentos vivenciados durante a gravidez e parto”, sobressaíram a “Alegria-felicidade”, a “Ansiedade”, a “Tristeza” e o “Medo”, com expressão de Medo que algo corresse mal”, “Medo de morrer no parto” e “Medo do desconhecido”. Em relação às “Complicações da gravidez”, as mais representadas foram os “Desconfortos durante a gravidez”, como a “Sonolência”, a “Perturbação do sono por dificuldade respiratória” e “Edema dos membros inferiores”. Entre as “Patologias decorrentes da gravidez”, sobressaiu a “Diabetes gestacional”. Concluiu-se também que o “Programa de preparação para o parto não disponível no formato presencial” se constituiu como um dos “Constrangimentos vivenciados durante a gravidez devido à pandemia”. Foram poucas as mulheres que tiveram apoio “diferenciado ao nível da asma” (“Consulta da especialidade de Imunoalergologia” e “Consulta da especialidade de Pneumologia”), prevalecendo as participantes “Sem apoio diferenciado ao nível da asma”, da “Consulta da especialidade de obstetrícia” e da “Consulta de vigilância da gravidez nos cuidados de saúde primários”.

Concluiu-se que, entre as “Estratégias adotadas pela grávida para ultrapassar as dificuldades decorrentes da asma, durante a gravidez”, foram essencialmente “Manter as estratégias de gestão da asma utilizadas antes de engravidar”, mas houve algumas mulheres também referiram não ter tido “necessidade de adotar estratégias”. Em relação ao “Resultado da gestão da asma durante a gravidez, obteve-se “Asma controlada”, “Sem necessidade de intervenção”, “Com necessidade de intervenção”, “Melhoria da sintomatologia asmática durante a gravidez” e “Descontrolo da asma na fase inicial da gravidez”. As participantes referenciaram “Obstáculos na gestão da asma durante a educação pré-natal”, sendo os mais representados “Programa de educação pré-natal não ajustado”, “Falta de esclarecimentos”, “Ausência de informação sobre a asma nas consultas de vigilância da gravidez”, “Ausência de informação sobre a asma por parte da equipa de enfermagem”, “Aconselhamento a reduzir ao mínimo a toma de medicação por parte de alguns profissionais”. Quanto aos “Ajustamentos terapêuticos durante a gravidez”, verificou-se um predomínio da referência “Desconhecer possibilidade de se tomar medicação durante a gravidez”, “Manter a condição farmacológica pré-concepcional”, como “Manter abstenção terapêutica”. Já em relação aos ajustamentos terapêuticos após o parto, as subcategorias mais representadas foram “Suspender a terapêutica após o parto” e “Estratégias adotadas para ultrapassar as dificuldades decorrentes da asma, no pós-parto”, onde se destacaram “Pedir ajuda profissional para saber se poderia continuar a tomar a medicação no pós-parto”, “Recurso a medidas não farmacológicas” e “Recurso a terapêutica farmacológica”. A “Falta de ar” foi uma manifestação da sintomatologia no pós-parto e os “Sentimentos vivenciados após o parto” foram representados em “Receio em usar a medicação durante a amamentação”. Em relação às “Alterações sugeridas à Educação Pré-Natal”, foram “Informar sobre a asma na gravidez”, “Atuar na prevenção”, “Sem necessidade de alterações”, “Abordagem diferenciada por parte da equipa”, “Apoio da especialidade de pneumologia”, “Mais acompanhamento”, “Informar sobre medidas não farmacológicas”, “Mais investimento da comunidade obstétrica” e “Ser ajustada às necessidades de cada pessoa”. Estas sugestões servem de contributo para a futura prática profissional na área da ESMO, para que se possa intervir de forma individualizada quer na educação pré-natal, ao longo da gravidez e no puerpério em mulheres com diagnóstico de asma, o que se constitui como uma implicação para a prática.

Tendo em conta que se constatou quer através das evidências científicas, quer com base nos estágios realizados, que tem havido uma tendência no aumento de casos de mulheres grávidas com asma, é fundamental apostar-se mais em programas de educação pré-natal, para que se possam esclarecer todas as dúvidas e preocupações que acompanham as mulheres ao longo da gravidez e no pós-parto. É imprescindível uma maior

aposta na prevenção de resultados negativos para a saúde materna e fetal. Como tal, é imprescindível um controlo apropriado da asma na mulher grávida, como forma de prevenção do agravamento da asma durante a gravidez ou que sobrevenham exacerbações, que possam resultar em complicações para a referida díade.

Face aos resultados apurados, sugere-se uma maior aposta na melhoria do acompanhamento e vigilância das grávidas asmáticas no decorrer da gestação, com consultas mensais, onde seja avaliado o estado atual da doença, a função respiratória e terapêutica implementada ou a implementar. É também de extrema relevância que seja implementada uma prática de educação para a saúde sobre a asma durante a gravidez, em programas de educação pré-natal, liderados por enfermeiros competentes e especializados, que sejam capazes de desempenhar um papel fundamental na orientação das grávidas com asma, capacitando-as para uma correta autogestão da mesma, o que levará, conseqüentemente, à diminuição das complicações associadas. Capacitar as gestantes com asma a assumirem o controlo da sua doença e uma abordagem multidisciplinar pode potencialmente reduzir o “fardo” da asma durante a gravidez.

Referências bibliográficas

- Abdullah, K., Zhu, J., Gershon, A., Dell, S., & To, T. (2019). *Effect of asthma exacerbation during pregnancy in women with asthma: A population-based cohort study*. *European Respiratory Journal*, 1901335. doi:10.1183/13993003.01335-2019
- Abu-Baker, N. N., AbuAlrub, S., Obeidat, R. F., & Assmairan, K. (2021). *Evidence-based practice beliefs and implementations: a cross-sectional study among undergraduate nursing students*. *BMC Nursing*, 20(1). doi:10.1186/s12912-020-00522-x
- Al Ghobain, M.O., AlNemer, M. & Khan, M. (2018). Assessment of knowledge and education relating to asthma during pregnancy among women of childbearing age. *Asthma res and pract*, 2, 2-5. <https://doi.org/10.1186/s40733-017-0038-x>
- Aldrighi, J.D., Wall, M.L., & Souza, S.R.R.K. (2018). Vivência de mulheres na gestação em idade tardia. *Rev Gaúcha Enferm.*; 39:e2017- 0112. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0112>.
- Bain, E., Pierides, K. L., Clifton, V. L., Hodyl, N. A., Stark, M. J., Crowther, C. A., & Middleton, P. (2014). Interventions for managing asthma in pregnancy. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2014(10), CD010660. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010660.pub2>
- Bonham, C.A., Patterson, K.C., & Strek, M.E. (2018). Asthma Outcomes and Management During Pregnancy. *Chest*, 2, 515-527. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.08.029>.
- Bracken MB, Triche EW, Belanger K, Saftlas A, Beckett WS, Leaderer BP. (2003). Asthma symptoms, severity, and drug therapy: a prospective study of effects on 2205 pregnancies. *Obstet Gynecol.*; 102(4), 739-52. doi: 10.1016/s0029-7844(03)00621-5
- Burgess L, McCaferly K, Powell H, Murphy VE, Gibson PG, Turner RM. (2015). The influence of asthma control on psychosocial outcomes for pregnant women with asthma. *J Asthma*; 52(10), 1013–9. doi: 10.3109/02770903.2015.1038833.
- Burgess, L., McCaffery, K., Powell, H., Murphy, V. E., Gibson, P. G., & Turner, R. M. (2015). *The influence of asthma control on psychosocial outcomes for pregnant women with asthma*. *Journal of Asthma*, 52(10), 1013–1019. doi:10.3109/02770903.2015.1038833

- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) (2018) Integridade na investigação científica. Recomendação. Disponível em http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1523888172_IntegridadeCNECV2018.pdf
- Conte, T., Bergeron, C., & FitzGerald, J.M. (2018). Asthma and pregnancy: A review of management strategies with an emphasis on medication safety and outcomes. *Can J Respir Crit Care, Sleep Med*; 3, 155–165. <https://doi.org/10.1080/24745332.2017.1409090>.
- Costa, E.M. (2017). Asma e gravidez: uma revisão de literatura. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal do Maranhão. URI: <http://hdl.handle.net/123456789/2498>
- Coutinho, E. de C., Silva, C. B. da, Chaves, C. M. B., Nelas, P. A. B., Parreira, V. B. C., Amaral, M. O., & Duarte, J. C. (2014). *Pregnancy and childbirth: What changes in the lifestyle of women who become mothers? Revista Da Escola de Enfermagem Da USP, 48(spe2), 17–24*. doi:10.1590/s0080-623420140000800004
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed. reimpressão). Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Decreto nº 1/2001 de 3 de janeiro. Convenção sobre os direitos do homem e da biomedicina. Disponível em https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1644&tabela=leis
- Diário da República, 2.ª série, N.º 85 de 3 de Maio de 2019. Regulamento n.º391/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Diário da República, 2.ª série, N.º 85 de 3 de Maio de 2019. Regulamento n.º391/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Direção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Acedido em <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/01/Programa-Nacional-Vigilancia-Gravidez-Baixo-Risco-2015.pdf>
- Fazel, N., Kundi, M., Jensen-Jarolim, E. et al. (2021). Quality of life and asthma control in pregnant women with asthma. *BMC Pulm Med*; 415, 2-8. <https://doi.org/10.1186/s12890-021-01797-9>
- Global Initiative for Asthma (2020). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*, 2020. Acedido em www.ginasthma.org

- Gluck, J. C., & Gluck, P. A. (2006). *The Effect of Pregnancy on the Course of Asthma. Immunology and Allergy Clinics of North America*, 26(1), 63–80. doi:10.1016/j.iac.2005.10.008
- Graça, L. M. (s.d.). *Medicina Materno-Fetal* (3 ed.). Lisboa: Lidel
- Grzeskowiak L, Dekker G, Rivers K, Thomson K, Roy A, Smith B, Bowden J, Bryce R, Davies M, Beilby J, Wailson A, Middleton P, Ruffin R, Karnon J, Clifton V. (2014). Doi: 10.1186/1471-2393-14-9
- Grzeskowiak, L.E., & Clifton, V.L. (2015). *Asthma management during pregnancy: how long before we can all breathe a little easier? Journal of Asthma*, 52(10), 1020–1022. doi:10.3109/02770903.2015.1040494
- Guia Orientador dos Estágios do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia (CMESMOG). (2015). Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu
- Guia Orientador dos Estágios do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia (CMESMOG). (2015). Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu
- Ibrahim, W. H., Rasul, F., Ahmad, M., Bajwa, A. S., Alamliah, L. I., El Arabi, A. M., ... Ibrahim, A. A. (2018). *Asthma knowledge, care, and outcome during pregnancy: The QAKCOP study. Chronic Respiratory Disease*, 147997231876771. doi:10.1177/1479972318767719
- Lehane, E., Leahy-Warren, P., O’Riordan, C., Savage, E., Drennan, J., O’Tuathaigh, C., ... Hegarty, J. (2018). *Evidence-based practice education for healthcare professions: an expert view. BMJ Evidence-Based Medicine*, bmjebm–2018–111019. doi:10.1136/bmjebm-2018-111019
- Lim AS, Stewart K, Abramson MJ, Ryan K, George J. (2012). Asthma during pregnancy: the experiences, concerns and views of pregnant women with asthma. *J Asthma*. 49:474–479. doi: 10.3109/02770903.2012.678024. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Lim, A.S., Stewart, K., & Abramson, M.J. (2011). Management of asthma in pregnant women by general practitioners: A cross sectional survey. *BMC Fam Pract* 12, 121. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-121>
- LoMauro, A., & Aliverti, A. (2015). Respiratory physiology of pregnancy: Physiology masterclass. *Breathe (Sheffield, England)*; 11(4), 297–301. <https://doi.org/10.1183/20734735.008615>

- Meakin AS, Saif Z, Jones AR, Aviles PFV, Clifton VL. (2017). Review: Placental adaptations to the presence of maternal asthma during pregnancy. *Placenta*; 54:17-23. doi: 10.1016/j.placenta.2017.01.123.
- Murphy VE, Gibson P, Talbot PI, Clifton VL. (2005). Severe asthma exacerbations during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 106(5, Part 1):1046–1054. doi: 10.1097/01.AOG.0000185281.21716.02
- Murphy VE, Gibson PG, Giles WB, Zakar T, Smith R, Bisits AM, Kessell CG, Clifton VL. (2003). Maternal asthma is associated with reduced female fetal growth. *Am J Respir Crit Care Med.*; 168(11), 1317-23. doi: 10.1164/rccm.200303-374OC.
- Murphy, V. E. (2015). Managing asthma in pregnancy. *Breathe (Sheffield, England)*; 11(4), 258–267. <https://doi.org/10.1183/20734735.007915>
- Murphy, V.E., & Schatz, M. (2014). Asthma in pregnancy: a hit for two. *Eur Respir Rev*, 23, 64–68. Doi: 10.1183/09059180.00008313
- Murphy, V.E., Gibson, P., & Talbot, P.I. (2005). Severe Asthma Exacerbations. *During Pregnancy. Thorax*, 5, 1046-1054.
- Murphy, V.E., Wang, G., Namazy, J.A. et al. (2013). The risk of congenital malformations, perinatal mortality and neonatal hospitalisation among pregnant women with asthma: A systematic review and meta-analysis. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*; 7, 812-8
- Namazy, J.A., Murphy, V.E., Powell, H., Gibson, P.G., Chambers, C., & Schatz, M. (2013) Effects of asthma severity, exacerbations and oral corticosteroids on perinatal outcomes. *Eur Respir J.*; 41(5), 1082–90.
- Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na investigação de Enfermagem*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. NURSE'IN - Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas. Setubal: IPS, ESS, Departamento de Enfermagem Campus do IPS, Estefanilha
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Livro de Bolso – Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Livro de Bolso – Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras
- Popa, M., Peltecu, G., Gica, N., Ciobanu, A. M., Botezatu, R., Gica, C., Steriade, A., & Panaitescu, A. M. (2021). Asthma in Pregnancy. Review of Current Literature and Recommendations. *Maedica*, 16(1), 80–87. <https://doi.org/10.26574/maedica.2020.16.1.80>

- Powell H, McCafery K, Murphy VE, Hensley MJ, Clifton VL, Giles W, et al. (2011). Psychosocial outcomes are related to asthma control and quality of life in pregnant women with asthma. *J Asthma*; 48(10), 1032–40. DOI: 10.3109/02770903.2011.631239
- Rejnö G, Lundholm C, Gong T, et al. (2014). Asthma during pregnancy in a population-based study – pregnancy complications and adverse perinatal outcomes. *PLoS One*; 9, 1-9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104755>
- Robijn AL, Jensen ME, McLaughlin K, Gibson PG, Murphy VE. (2019). Inhaled corticosteroid use during pregnancy among women with asthma: A systematic review and meta-analysis. *Clin Exp Allergy*; 49(11), 1403-1417. doi: 10.1111/cea.13474
- Robijn, A. L., Brew, B. K., Jensen, M. E., Rejnö, G., Lundholm, C., Murphy, V. E., & Almqvist, C. (2020). Effect of maternal asthma exacerbations on perinatal outcomes: a population-based study. *ERJ open research*, 6(4), 00295-2020. <https://doi.org/10.1183/23120541.00295-2020>
- Sauer, M.V. (2015). Reproduction at an advanced maternal age and maternal health. *Fertil Steril.*; 103(5), 1136-43. Available from: [http:// www.fertstert.org/article/S0015-0282\(15\)00203-4/fulltext](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(15)00203-4/fulltext).
- Shebl, E., & Chakraborty, R.K. (2021). Asthma In Pregnancy. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Acedido em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532283/>
- Tavares, S.M.P. (2019). *Literacia em saúde e empoderamento da grávida na zona centro do país*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de saúde de Viseu. Acedido em https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5799/1/SaraManuelaPereiraTavares_RelatorioFinal.pdf
- van Manen, M. (2007). Phenomenology of Practice. *Phenomenology & Practice*; Vol. 1; 1, 11 – 30. <http://www.maxvanmanen.com/files/2014/03/Max-Phenomenology-of-Practice1.pdf>

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética



Comissão de Ética

Politécnico
de Viseu

(parecer_versão004.19.02.21)

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV) FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Título do projeto	Educação Pré-Natal em grávidas com asma
Proponentes do projeto	Cristiana Sofia Vieira Lima
Investigador responsável	Prof.ª Doutora Emília Coutinho
Data de submissão	11/03/2022
Relatores	Prof. Doutor Francisco Mendes, Prof.ª Doutora Joana Araújo e Prof. Doutor Sérgio Deodato
Data da aprovação do parecer	20/04/2022
A presidente da CE do PV	<i>Ernestina Batoca Silva</i> Ernestina Batoca Silva

PARECER N.º 10A/SUB/2022

<input checked="" type="checkbox"/> PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (a proposta é eticamente aceitável)	Motivos
<input type="checkbox"/> PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	Motivos
<input type="checkbox"/> PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL	Motivos

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

REQUISITOS

Do projeto de investigação destaca-se o seguinte:

O projeto designado "Educação Pré-Natal em grávidas com asma" e tem como objetivo compreender o significado atribuído pelas grávidas com asma ao Programa Pré-Natal.

Para a recolha de dados é apontado o mês de março de 2022, sem especificação do dia.

É um estudo qualitativo do tipo fenomenológico orientado pelos princípios de Max Van Manen, cuja população são mulheres que tenham sido mães há menos de um ano com diagnóstico de asma antes ou durante a gravidez.

Os critérios de inclusão são: ter sido mãe há menos de um ano e que tenham realizado um Programa Pré-Natal; ter diagnóstico secundário médico de asma.

A amostra será recolhida através da metodologia bola de neve e prevê a realização de uma entrevista, presencial ou por teleconferência através da plataforma Zoom.

Haverá a pseudonimização e a confidencialidade dos dados das participantes, sendo assegurada a participação voluntária; a possibilidade de desistir a qualquer momento; o acesso aos dados restrito à equipa de investigação e através de senha secreta e ainda a destruição dos dados após a defesa da tese de mestrado em que radica este projeto.

Os autores do projeto asseguram que todo o processo decorrerá de acordo com o projeto de investigação submetido à Comissão de Ética e será executado no estrito cumprimento das Recomendações do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) relativas à integridade na investigação científica (<https://www.cnecv.pt/pt/pareceres/integridade-na-investigacao-cientifica-recomendacao>) e do Regulamento da União Europeia 2016/679 de 27 de abril de 2016

(<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=PT>) relativo à proteção e tratamento de dados das pessoas singulares.

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

RECOMENDAÇÕES

No formulário:

Clarificar

- Na resubmissão do projecto, a data apontada para recolha de dados é de 01.04.2022. Sugerimos que esta data seja adequada ao momento da recepção do parecer da Comissão de Ética

No consentimento informado

Clarificar

- Se há previsão de gravação áudio ou vídeo e áudio (Zoom) ou não? A confirmar-se deve, expressamente, ser pedido esse consentimento.

Sugere-se

- Retirar a indicação de que é anónima...aliás só assim se compatibiliza com o consentimento informado
-

ACOMPANHAMENTO/MONITORIZAÇÃO ÉTICA

Na sua opinião, seria necessário proceder a uma monitorização ética durante a realização do projeto?

Não Sim

Motivos (obrigatório se Sim):

Tempo apropriado (obrigatório se Sim):

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

QUESTÕES ÉTICAS 1
SERES HUMANOS

- 1.1. Esta investigação envolve participantes humanos?
Não Sim Não aplicável
- 1.2. São voluntários para investigação em ciências sociais ou ciências humanas?
Não Sim Não aplicável
- 1.3. São pessoas incapazes de dar consentimento informado?
Não Sim Não aplicável
- 1.4. São indivíduos ou grupos vulneráveis?
Não Sim Não aplicável
- 1.5. São crianças ou menores de idade?
Não Sim Não aplicável
- 1.6. São pacientes?
Não Sim Não aplicável
- 1.7. São voluntários adultos e saudáveis para estudos médicos?
Não Sim Não aplicável
- 1.8. Esta investigação envolve intervenções físicas sobre os participantes do estudo?
Não Sim Não aplicável
- 1.9. Envolve técnicas invasivas?
Não Sim Não aplicável
- 1.10. Envolve colheita de amostras biológicas?
Não Sim Não aplicável
- 1.11. **REQUISITOS – SERES HUMANOS**
- 1.11.1. Devem ser fornecidos os detalhes sobre os procedimentos e critérios que serão usados para identificar/recrutar participantes da investigação.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.2. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos de consentimento informado, que serão implementados.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

- 1.11.3. O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação para esta participação.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.4. O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.5. O investigador deve clarificar se serão envolvidas pessoas e/ou grupos vulneráveis.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.6. Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.7. O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.8. Detalhes sobre os procedimentos a adotar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 2
PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

- 2.1. Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais?
Não Sim Não aplicável
- 2.2. Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?
Não Sim Não aplicável
- 2.3. Envolve o processamento de informação genética?
Não Sim Não aplicável
- 2.4. Envolve rastreamento ou a observação dos participantes?
Não Sim Não aplicável
- 2.5. Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)?
Não Sim Não aplicável

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

2.6. REQUISITOS – PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

- 2.6.1. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, proteção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da UE.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 2.6.2. No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 3
ANIMAIS**

- 3.1. Esta investigação envolve animais?
Não Sim Não aplicável
- 3.2. Esses animais são vertebrados?
Não Sim Não aplicável
- 3.3. Esses animais são primatas não humanos (NHP)?
Não Sim Não aplicável
- 3.4. Esses animais são geneticamente modificados?
Não Sim Não aplicável
- 3.5. Esses animais são animais de fazenda clonados?
Não Sim Não aplicável
- 3.6. Esses animais são espécies ameaçadas?
Não Sim Não aplicável
- 3.7. REQUISITOS – ANIMAIS**
- 3.7.1. Cópias de autorizações relevantes (para criadores, fornecedores, usuários e respetivas instalações) para experiências com animais devem ser encaminhadas
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 3.7.2. Cópia da autorização do projeto (incluindo também o trabalho com animais geneticamente modificados, se aplicável) e protocolos de investigação devem ser encaminhados
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais



Comissão de Ética
Politécnico
de Viseu

(parecer_versão004.19.02.21)

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

4.4.3.O solicitante deve garantir que os procedimentos de saúde e segurança adequados, em conformidade com as diretrizes e legislação local/nacional relevantes, sejam seguidos para as pessoas envolvidas no projeto.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

4.4.4.Devem ser fornecidos detalhes sobre as espécies ameaçadas e/ou áreas protegidas envolvidas na investigação e, se aplicável, as autorizações relevantes devem ser submetidas.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 5
OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS

5.1. Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração? Por favor especifique

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Anexo II – Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO À PARTICIPANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Cara Senhora

No âmbito da unidade Curricular de Estágio com Relatório Final, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, da Escola Superior de Saúde de Viseu, Politécnico de Viseu, estamos a realizar um estudo de investigação com o tema "Educação Pré-Natal: Vivências de grávidas com asma", cujo objetivo principal é "Compreender o significado atribuído pelas grávidas com asma à Educação Pré-Natal". A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis, e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração, através da resposta a este inquérito. Não estão previstos riscos nem benefícios da sua participação no estudo.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo;
- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;
- Declaro ter compreendido que a qualquer altura poderei retirar o consentimento, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado;
- Declaro ter sido informada de que, a qualquer altura, poderei solicitar ao responsável pelo tratamento, acesso aos dados pessoais que me digam respeito, bem como a sua retificação ou o seu apagamento, e a limitação ou oposição ao tratamento dos mesmos, e da portabilidade dos dados.
- Declaro que me foi esclarecido que, no decorrer da entrevista, será realizada gravação de áudio ou vídeo para análise posterior da informação, sendo que a gravação será imediatamente eliminada após discussão do trabalho.
- Declaro ter sido informada de que, o inquérito será analisado apenas pelos investigadores envolvidos no projeto, que o guardarão com senha, sem me identificarem, e são quem fará a sua análise, proteção, retenção até à sua destruição após discussão e apresentação do trabalho em provas públicas de mestrado, assegurando-me que estes procedimentos estão em conformidade com a legislação nacional e da EU.

Assim, declaro que recebi a informação necessária, que fiquei esclarecido/a e que aceito participar no estudo.

Data: Viseu, _____ de _____ 2022

Nome: _____

Assinatura da participante _____

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**.

Equipa de investigação:

Emília de Carvalho Coutinho
Cristiana Sofia Vieira Lima

Assinatura _____ Data ___ / ___ / ___ Nº Cédula Profissional _____

Contactos - Escola Superior de Saúde de Viseu: Tefef. 232419100;

Cristiana Lima: Tlm – 969133670 Email: cristiansvlma@hotmail.com

Encarregado de Proteção de Dados: Paula Bettencourt, Tefef. 232480700 Email: dpo@sc.ipv.pt

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO À PARTICIPANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Cara Senhora

No âmbito da unidade Curricular de Estágio com Relatório Final, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, da Escola Superior de Saúde de Viseu, Politécnico de Viseu, estamos a realizar um estudo de investigação com o tema "Educação Pré-Natal: Vivências de grávidas com asma", cujo objetivo principal é "Compreender o significado atribuído pelas grávidas com asma à Educação Pré-Natal". A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis, e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração, através da resposta a este inquérito. Não estão previstos riscos nem benefícios da sua participação no estudo.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo;
- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;
- Declaro ter compreendido que a qualquer altura poderei retirar o consentimento, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado;
- Declaro ter sido informada de que, a qualquer altura, poderei solicitar ao responsável pelo tratamento, acesso aos dados pessoais que me digam respeito, bem como a sua retificação ou o seu apagamento, e a limitação ou oposição ao tratamento dos mesmos, e da portabilidade dos dados.
- Declaro que me foi esclarecido que, no decorrer da entrevista, será realizada gravação de áudio ou vídeo para análise posterior da informação, sendo que a gravação será imediatamente eliminada após discussão do trabalho.
- Declaro ter sido informada de que, o inquérito será analisado apenas pelos investigadores envolvidos no projeto, que o guardarão com senha, sem me identificarem, e são quem fará a sua análise, proteção, retenção até à sua destruição após discussão e apresentação do trabalho em provas públicas de mestrado, assegurando-me que estes procedimentos estão em conformidade com a legislação nacional e da EU.

Assim, declaro que recebi a informação necessária, que fiquei esclarecido/a e que aceito participar no estudo.

Data: Viseu, _____ de _____ 2022

Nome: _____

Assinatura da participante _____

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**.

Equipa de investigação:

Emília de Carvalho Coutinho
Cristiana Sofia Vieira Lima

Assinatura _____ Data ___ / ___ / ___ Nº Cédula Profissional _____

Contactos - Escola Superior de Saúde de Viseu: Tefef. 232419100;

Cristiana Lima: Tlm – 969133670 Email: cristiansvlima@hotmail.com

Encarregado de Proteção de Dados: Paula Bettencourt, Tefef. 232480700 Email: dpo@sc.ipv.pt

Anexo III – Guião da entrevista



IPV - Escola Superior de Saúde de Viseu
Departamento: Enfermagem

Investigadora Principal: Professora Emília Coutinho PhD

Investigadora Colaboradora: Cristiana Lima

Ano: 2021

Estudo: Educação pré-natal: Vivências de grávidas com asma

Cara Senhora:

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, do 11º Curso de Mestrado de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia da Escola Superior de Saúde de Viseu, IPV, pretende-se realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema "Educação pré-natal: Vivências de grávidas com asma", sob orientação da Professora Doutora Emília Coutinho, cujo objetivo principal será "Compreender o significado atribuído pelas grávidas com asma à Educação Pré-Natal".

Desta forma, solicitamos a sua colaboração na resposta às questões estabelecidas nesta entrevista. A sua participação é voluntária. Mais informamos que poderá desistir a qualquer momento se essa for a sua vontade sem que daí advenha qualquer prejuízo para si. Poder-lhe-ão ser facultados resultados do presente estudo caso seja do seu interesse.

As questões deverão ser respondidas por si de forma honesta, sendo que não existem respostas certas ou erradas, apenas respostas específicas para cada pessoa.

As respostas e os dados fornecidos nesta entrevista serão codificados de modo a preservar a sua anonimização. Servirão para tratamento estatístico e serão apenas lidos pela equipa de investigação, que assegurará a sua confidencialidade e destruirá os instrumentos de recolha de dados após a conclusão e discussão do estudo.

Agradecemos a sua colaboração no preenchimento deste inquérito. Muito obrigada.

A equipa de investigação

Estudante:

Cristiana Lima

Orientadora:

Emília Coutinho

Nota: Em caso de dúvida poderá contactar-nos pelo número:

Contactos – Escola Superior de Saúde de Viseu: Telef. 232419100; essvgeral@essv.ipv.pt

Parte I – Dados de caracterização sociodemográfica

Qual a sua idade?

Qual o seu estado civil?

Quais são as suas habilitações literárias?

Qual a sua situação profissional?

Qual a sua rede de apoio?

Parte II – Informação sobre a gestação

Quanto tempo durou a gravidez?

Considera que engravidou na altura que pretendia?

Quantos filhos tem?

A quantas consultas de vigilância da gravidez compareceu?

Quando iniciou a vigilância da gravidez? Em que altura fez a primeira consulta?

Como decorreu a gravidez? Foi uma gravidez normal ou de risco?

O que pensa da Educação Pré-Natal a que teve acesso durante a gravidez?

Parte III – Guião da Entrevista

O que significa para si ser mulher?

O que significou para si estar grávida?

Quais foram as dificuldades que sentiu durante a gravidez?

Como se sentiu, enquanto grávida com asma, durante a gravidez? Como foi, para si, gerir a gravidez e a asma?

Qual o contributo da Educação Pré-Natal para gerir a sua condição (de grávida com asma)? Como vê o trabalho desenvolvido pelos/as enfermeiros/as nessa Educação?

Quais as estratégias que adotou para ultrapassar as dificuldades decorrentes da asma, durante a gravidez?

Que recursos mobilizou para gerir a sua condição (de grávida com asma)?

Que ajustamentos terapêuticos necessitou durante a gravidez?

Que adaptações teve necessidade de introduzir, decorrentes do que aprendeu na Educação Pré-Natal?

Que alterações à Educação Pré-Natal seriam necessárias introduzir, para melhor se adaptar à sua condição?

