

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

Relatório de Estágio

**INGESTÃO DE LÍQUIDOS CLAROS DURANTE O
1º ESTADIO DO TRABALHO DE PARTO:
INTERVENÇÕES DO EESMO**

Linda Vanessa Gomes Cardoso da Silva

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



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

Relatório de Estágio

**INGESTÃO DE LÍQUIDOS CLAROS DURANTE O
PRIMEIRO ESTADIO DO TRABALHO DE PARTO:
INTERVENÇÕES DO EESMO**

Linda Vanessa Gomes Cardoso da Silva

Orientador: Prof.^a Madalena Oliveira

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Will it be easy? Nope. Worth it? Absolutely!

“If you can dream it, you can do it!”

Walt Disney

DEDICATÓRIA

A Ti, Tiago, marido, namorado e amigo, pelo apoio incondicional, pela paciência e preocupação constantes nesta jornada.

À Vânia Barros, pelos ensinamentos, pelas dicas, pela energia contagiante, pelo apoio, pela inquietação, pela preocupação, pela luta, pela minha formação.

À minha irmã e pais, pelo suporte e assistência, por me transferir princípios e valores, por me alicerçarem esta jornada .

À Prof.^a Madalena Oliveira pela orientação e apoio no decurso deste percurso formativo.

Aos amigos, pela compreensão da indisponibilidade, por proporcionarem momentos de divertimento, pela constante questão “então e essa tese?”.

Aos colegas, pelo desafio constante, pela ajuda, pelo apoio, pelas dicas.

A todos aqueles que durante esta fase me apoiaram e protegeram, que contribuíram para atingir este grande objetivo.

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACOG – American Congress of Obstetricians and Gynecologists
APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras
ASA – American Society of Anesthesiologists
BCF – Batimentos Cardíacos Fetais
BO – Bloco Operatório
BP – Bloco de Partos
CINAHL - Cumulative index to nursing and allied health literature
CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
CPN – Curso de Preparação para o Nascimento
CTG – Cardiotocograma
DGS – Direção Geral da Saúde
EBSCO - Elton B. Stephens company publishing
EC – Ensino Clínico
EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
FAME – Federação da Associação de Matronas de Espanha
FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics
ICM – International Confederation of Midwives
IO – Internamento de Obstetrícia
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
LC – Líquidos Claros
NHF – Necessidades Humanas Fundamentais
NICE – National Institute for Health and Care Excellence
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PBE – Prática Baseada na Evidência
RCM - Royal College of Midwives
RL – Revisão da Literatura
RN – Recém-Nascido
RPM – Ruptura Prematura de Membranas
SUOG – Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia
TP – Trabalho de Parto
USF – Unidade de Saúde Familiar
WHO – World Health Organization

RESUMO

O presente relatório patenteia uma descrição, análise e reflexão do percurso de aprendizagem realizado no Estágio com Relatório, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com vista à aquisição e desenvolvimento de competências enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, conferindo destaque às intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia promotoras da ingestão de líquidos claros durante o primeiro estadio do trabalho de parto.

Decorrente de estudos realizados nos anos 40, por Mendelson, foi instaurado a nível global o jejum durante o trabalho de parto. Desde então os estudos científicos referentes à ingestão de líquidos claros em trabalho de parto defendem que a sua prática deve ser implementada, não existindo evidência científica que justifique esta restrição. Entidades de referência em obstetrícia a nível nacional e mundial, como a OE, ACOG, NICE e OMS recomendam esta ingestão.

Para explorar a temática recorri à revisão da literatura, nas plataformas CINAHL e Medline, através da EBSCOhost, a qual revelou que este cuidado visa proporcionar um parto e nascimento saudáveis, promovendo uma participação ativa da Mulher, conferindo-lhe conforto, autonomia e elevados níveis de satisfação. O EESMO surge como profissional de referência para colmatar as necessidades das mulheres, cabendo a este a responsabilidade de implementar e promover esta ingestão.

Embora seja recomendada a ingestão de líquidos claros durante o primeiro estadio de trabalho de parto, comprovada por inúmeros estudos científicos, este ainda é desacreditado por alguns profissionais de saúde, sendo emergente incentivar a sua implementação e promoção.

Palavras-Chave: EESMO, líquidos claros, ingestão, Trabalho de Parto

ABSTRACT

This report represents a description, analysis and reflection of the learning path carried out in the Internship Estágio com Relatório of the 6th Master's Degree in Maternal Health and Obstetrics Nursing of the Superior Nursing School of Lisbon, aiming the acquisition and development of skills as Specialist in Maternal Health and Obstetrics Nursing (midwife), highlighting the interventions of midwife that promotes the ingestion of clear liquids in the first stage of labor.

Based on studies carried out in the 1940s, by Mendelson, fasting during labor was established worldwide. Since then, scientific studies concerning the ingestion of clear liquids in labor advocate that its practice shouldn't be implemented, and there is no scientific evidence to justify this restriction. National and global references, such as OE, ACOG, NICE and WHO recommend this intake.

To explore the theme, I reviewed the literature on the CINAHL and Medline platforms through EBSCOhost, which revealed that this care aims to provide a healthy birth and labor, promoting an active participation of the Woman, conferring comfort, autonomy and high levels of satisfaction. Midwives emerges as the best professional to meet women's needs, and it is midwives responsibility to implement and promote this oral intake.

Although it is recommended to take clear liquids in the first stage of labor, as evidenced by numerous scientific studies, it is still discredited by some health professionals, and it is urgent to encourage its implementation and promotion.

Keyword: Midwifery, Clear Liquids, ingestion, delivery

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. CONCEITOS METAPARADIGMÁTICOS.....	12
1.1. Filosofia de Cuidados	13
1.2. Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais	14
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	17
2.1. Ingestão de Líquidos Claros em TP.....	17
2.2. Promoção e implementação da ingestão de Líquidos claros durante o primeiro estadio de TP.....	19
3. OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	22
3.1. Contextualização do local de EC.....	22
3.2. Metodologia de Projeto	24
3.3. Prática Baseada na Evidência	25
3.3.1. Revisão da Literatura	26
3.4. Prática Reflexiva	28
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	30
4.1. Descrição e análise das competências desenvolvidas em contexto de BP	30
4.1.1. Desenvolvimento de Competências Comuns	31
4.1.2. Desenvolvimento de Competências Específicas	35
4.2. Ingestão de Líquidos Claros durante o primeiro estadio do TP.....	49
5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	55
6. LIMITAÇÕES.....	57
7. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS ..	58
7.1. Prática Clínica.....	58
7.2. Investigação.....	59
7.3. Gestão de Cuidados	60
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

APÊNDICES

Apêndice I – Questão PICO, processo de pesquisa e seleção de artigos

Apêndice II – Análise dos artigos selecionados na RL

Apêndice III – Instrumento de registo da ingestão de LC durante o primeiro estadio do TP

Apêndice IV – Instrumento de registo das atividades desenvolvidas de acordo com a Diretiva 2005/36/CE

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Pressupostos da filosofia de Virginia Henderson	16
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Seleção de artigos	27
Gráfico 2 – Paridade materna nos partos realizados	43
Gráfico 3 – Posições adotadas no período expulsivo	44
Gráfico 4 – Informação relativa à possibilidade de Ingestão de LC	51

INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio com Relatório, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), surge a elaboração do presente Relatório de Estágio com a finalidade de apresentar o percurso de aprendizagem desenvolvido, descrevendo, refletindo e analisando as competências desenvolvidas, os objetivos propostos, as atividades realizadas e os resultados obtidos com vista a alcançar as competências gerais e específicas como Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), em consonância com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros [OE] (OE, 2010a e 2010b) e as enumeradas pela International Confederation of Midwives [ICM] (ICM, 2010). O EC decorreu no Bloco de Partos (BP) e Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia (SUOG) de um Hospital da região de Lisboa, no período compreendido entre 29 de fevereiro de 2016 e 29 de julho de 2016, num total de 750 horas, sendo 500 horas de Estágio, 25 horas de orientação tutorial e 225 horas de trabalho autónomo do estudante.

O parto surge como um momento marcante e único na vida de uma mulher / casal, numa determinada cultura, espaço e tempo, tendo evoluído a sua assistência ao longo da história, com a máxima de melhorar a saúde perinatal (APEO, 2009). A humanização do T.P tem de acompanhar a evolução técnica dos cuidados na área da obstetrícia. A procura da excelência dos cuidados, marcada pelo respeito pela pessoa, enquanto entidade individual e a satisfação das suas necessidades, deve ser uma constante. Numa tentativa de cumprir e respeitar estes pressupostos, ao longo dos anos, os cuidados prestados têm sofrido significativas alterações e aperfeiçoamentos. Uma alteração importante prende-se com a possibilidade de ingestão durante o trabalho de parto.

Durante vários anos a ingestão oral durante o TP foi completamente vedada à parturiente, na sequência dos estudos desenvolvidos por Mendelson, nos anos 40 (Singata, Tranmer & Gyte, 2013). Este autor relatou que, durante a anestesia geral, se verificou um aumento do risco de aspiração para o pulmão de conteúdo gástrico. A natureza ácida do líquido do estômago e a presença

de partículas de alimentos eram particularmente perigosas, podendo conduzir à doença pulmonar grave ou morte (Singata, Tranmer & Gyte, 2013).

Contrariamente, na atualidade é defendida e preconizada a ingestão durante o TP. É preconizado que a grávida pode e deve ser incentivada a manter uma boa hidratação e/ou nutrição durante o TP sem riscos aumentados, sempre e quando se trate de uma gravidez de baixo risco (Caravaca *et al*, 2009; Arias, 2011; Singata, Tranmer & Gyte, 2013). A ingestão durante o trabalho de parto é defendida pela generalidade das organizações, como a OE, APEO, ACOG e OMS. Em Portugal, esta prática ainda é alvo de relutância e não aceitação por parte de alguns profissionais de saúde. No entanto, surgem já serviços hospitalares em que a mesma é aplicada e respeitada.

Reconhecendo os benefícios da ingestão de líquidos claros durante o primeiro estadio do TP, surge então a necessidade de promover esta prática no seio dos cuidados de saúde à parturiente. Emerge então como temática deste relatório a **Ingestão de Líquidos Claros durante o 1º estadio do trabalho de parto: Intervenções do EESMO**.

Considerando a ingestão de líquidos claros durante o TP prática aceite pela generalidade das entidades nacionais, europeias e internacionais, surge a necessidade de disseminar pelos serviços a sua prática, que resulta em ganhos em saúde para a Mulher. A ingestão é algo inerente ao ser humano, constituindo mesmo uma das necessidades humanas fundamentais (NHF), defendidas por Virgínia Henderson no seu modelo teórico de enfermagem. Segundo Henderson (2007) o indivíduo apresenta-se como um todo integral, que possui catorze necessidades humanas fundamentais, que carecem ser satisfeitas. Ao respeitar a ingestão da parturiente em TP, compreendendo a sua situação clínica, o EESMO reconhece e respeita a Mulher enquanto indivíduo, procurando maximizar a sua condição de saúde e conferindo-lhe bem-estar e sensação de plenitude. Ao facultar, facilitar e promover uma correta ingestão de líquidos claros durante o primeiro estadio do TP, o EESMO está a cumprir uma função que lhe é específica e que nenhum outro profissional de saúde o pode substituir nessa tarefa.

Com base nas competências específicas do EESMO, defini como objetivos para a realização deste EC:

Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados, no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva:

- à mulher/pessoa significativa/família durante o trabalho de parto, promovendo a sua saúde e prevenindo eventuais complicações;
- ao recém-nascido (RN) com o intuito de maximizar a sua adaptação à vida extrauterina e prevenir complicações;
- na promoção da ingestão de LC durante o primeiro estadio do trabalho de parto.

Neste contexto, o presente relatório tem como objetivos:

- Descrever e analisar o percurso realizado durante o EC;
- Refletir criticamente sobre as atividades desenvolvidas e o seu contributo para a aquisição de competências e melhoria dos cuidados de enfermagem, com base evidência científica encontrada na revisão da literatura;
- Evidenciar as competências gerais e específicas adquiridas e desenvolvidas com vista à obtenção do título de EESMO.

De uma forma clara e sucinta, este relatório encontra-se dividido em oito capítulos: os conceitos metaparadigmáticos, abordando a filosofia e modelo concetual que norteiam os cuidados prestados, o enquadramento conceptual, com uma explanação à ingestão de líquidos claros em TP; secundada por um capítulo onde são discriminadas e justificadas as opções metodológicas; seguida da apresentação, análise e discussão dos resultados das atividades e competências desenvolvidas, bem como resultantes da revisão da literatura (RL); seguido de uma adução das considerações éticas; um sexto capítulo onde constam as limitações à realização do EC e, conseqüentemente, do presente relatório; posteriormente o sétimo capítulo onde constam os contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados; terminando com algumas sugestões, seguidas das considerações finais, fruto da reflexão produzida.

1. CONCEITOS METAPARADIGMÁTICOS

O metaparadigma é a perspectiva mais global de uma disciplina, surgindo como uma unidade encapsulada, ou estrutura, sobre a qual todo o modelo conceitual se desenvolve (Masters, 2012). Surge, então, como o nível mais abstracto no conhecimento que determina os níveis de conceito e estudo da disciplina. Embora cada modelo teórico defina, de forma díspar ou relacionada, os quatro metaparadigmas conceptuais, estes encontram-se no cerne de todos os modelos (Masters, 2012). Na disciplina de enfermagem, os quatro conceitos metaparadigmáticos consistem na definição de: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem (OE, 2001; Masters, 2012). Os modelos conceituais e teorias de enfermagem representam vários paradigmas que derivam do metaparadigma da disciplina de enfermagem. Devido à complexidade e abstração do metaparadigma, múltiplas teorias foram desenvolvidas de cada modelo conceitual, na tentativa de descrever, explicar e prever o fenómeno de estudo desse modelo (Masters, 2012).

A filosofia do modelo teórico das NHF de Virgínia Henderson, assenta nestes quatro pressupostos, cuja definição se encontra sintetizada na Figura 1.

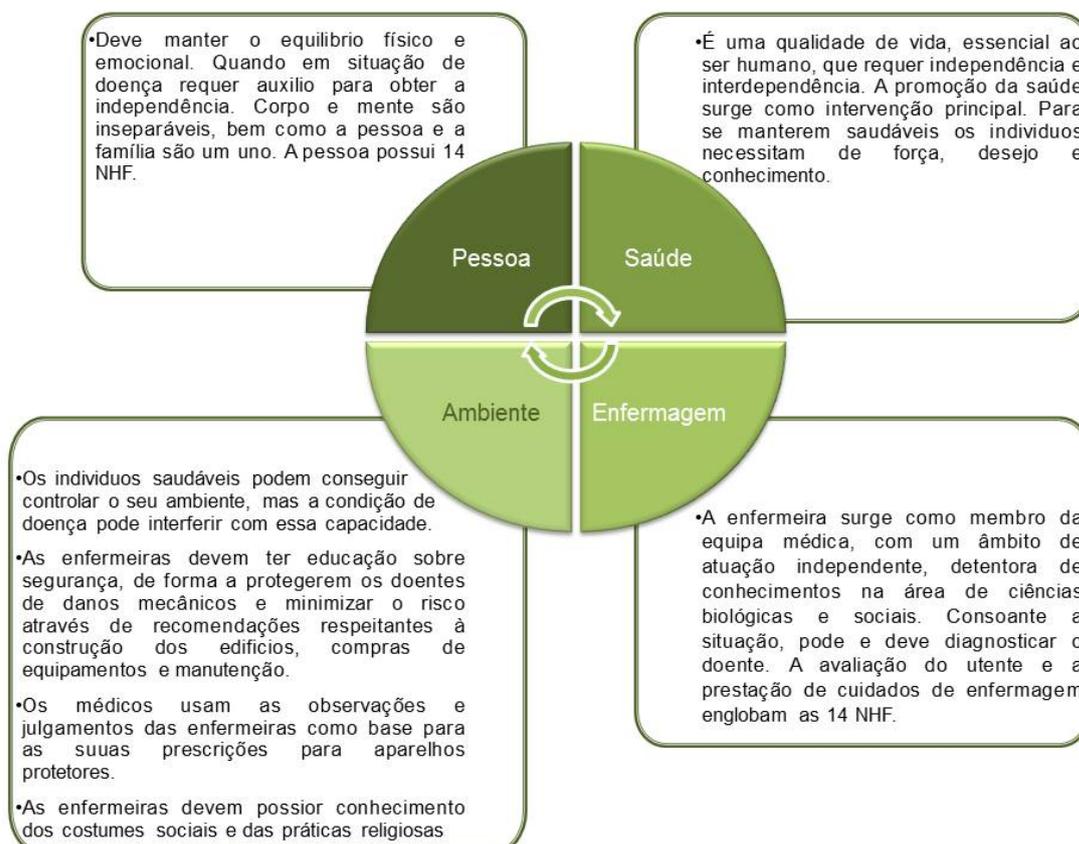


Figura 1. Pressupostos da filosofia de Virgínia Henderson. Fonte: Adaptado de Tomey & Alligood, 2002

1.1. Filosofia de Cuidados

No decurso deste curso e, em particular, do EC Estágio com Relatório, a complexidade da atuação inerente à prestação do EESMO, fez compreender a crucialidade de centrar os cuidados nas mulheres¹. A filosofia do cuidar visa estabelecer uma relação de confiança com esta na continuidade de cuidados e maximização da sua situação de saúde. Nos cuidados prestados o EESMO emerge como defensor da mulher, “(...) permitindo-lhe tomar as suas próprias decisões (...), (ênfase) o empoderamento (*empowerment*)/capacitação das mulheres, afirmando a sua própria força e competências pessoais (...), dá prioridade aos desejos e necessidades [das mulheres / casais], enfatiza a importância da escolha informada, a continuidade dos cuidados, o envolvimento das mulheres / casais, a eficácia clínica, capacidade de resposta e acessibilidade” (OE, 2015, p.8). Virginia Henderson, compreendendo esta relevância, realça a facilidade com que a enfermeira pode atuar sem ir ao encontro das necessidades das mulheres, se não verificar em conjunto com esta a interpretação das suas necessidades (Alligood & Tomey, 2002, p.13).

A promoção da continuidade de cuidados é fundamental para atingir a excelência na prestação clínica. A otimização de resultados e ganhos em saúde durante a gravidez, só possível se concretizadas um conjunto alargado de intervenções, com início na consulta pré-concepcional e a finalizar na consulta de puerpério (DGS, 2015). Considerando que a gravidez conceptualiza uma “(...) possibilidade de intervenção que ultrapassa os ganhos de saúde associados ao seu desfecho” (DGS, 2015, p.12), a atuação do EESMO nesta fase única da vida das mulheres e família envolvente vai ter um impacto significativo na restante vida.

Cabe ao EESMO recorrer a competências relacionais e comunicacionais que possui para desenvolver com as mulheres/casais uma relação empática, de confiança, que lhe permita compreender as reais necessidades das mulheres, recorrendo a estas enquanto parceiras, atuando nas mais diversas vertentes, desde a divulgação de informação à instrução, do apoio ao

¹ Durante este relatório sempre que forem referidas as mulheres, esta “(...) deverá ser entendida como uma pessoa no seu todo, considerando sempre as relações interpessoais com os seus significantes, com o ambiente em que se insere e se desenvolve e também numa perspectiva coletiva como grupo alvo entendido como o conjunto das mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses

acompanhamento, colmatando os seus medos, desejos e anseios naquele momento. Desta forma as mulheres devem ser consideradas como pessoas no seu todo, com o direito a serem respeitadas, bem como as suas preferências e vontades durante o processo do parto, num ambiente seguro e favorável ao seu bem estar.

1.2. Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais

A enfermagem, enquanto profissão autónoma e autorregulada, é composta por um corpo de conhecimentos próprio que caracteriza o serviço específico que presta à pessoa, integrada num grupo ou comunidade. O cuidar tem implícito filosofias, teorias e modelos, ou seja, formas de conceber e pensar os cuidados que, na prática, se centra na pessoa, família e comunidade e se operacionaliza pela tomada de decisão face a determinado diagnóstico clínico.

A evolução do conceito de cuidar tem acompanhado a evolução do Ser Humano em todas as suas mudanças, surgindo modelos e teorias de enfermagem que pretende orientar a prática e a visão dos cuidados de saúde. A adoção de um modelo orientador da prática de enfermagem, que defina os conhecimentos específicos, clarifique e unifique a linguagem utilizada e constitua a base para a reflexão e tomada de decisão é crucial para a prática quotidiana dos cuidados (Alfaro, 1988; Chalmes, 1990).

O modelo de enfermagem das Necessidades Humanas Fundamentais não desenvolveu uma teoria, mas sim “(...) um conceito ou definição pessoal numa tentativa de clarificar o que considerava ser a função única da enfermagem” (Tomey & Alligood, 2004, p.120). A definição de Henderson é globalmente reconhecida, continuando a influenciar a prática profissional, a educação e a investigação em enfermagem (George, 2000).

Henderson, definiu a enfermagem em termos funcionais, em que

(...) a única função da enfermeira é ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização das actividades que contribuem para a saúde ou para sua recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de tal forma que ajude os indivíduos a tornarem-se independentes tão rápido quanto possível (Henderson, 2007, p.3)

Phaneuf define o modelo conceptual de Virgínia Henderson como a “(...) organização conceptual dos cuidados de enfermagem, baseada no conhecimento e na satisfação das necessidades da pessoa em referência ao desenvolvimento óptimo da sua independência” (2001, p. 36).

Para a teórica, era valorizada a componente empática dos cuidados de enfermagem, sustentando que, para perceber as reais necessidades das pessoas, a enfermeira carecia de se colocar no lugar do outro, como se “vestisse a sua pele”.

Segundo Henderson, o indivíduo apresenta-se como um todo integral, que possui catorze NHF, não definindo a autora qualquer ordem de relevância, as quais carecem ser satisfeitas para obter um equilíbrio homeostático (Tomey & Aligood, 2004; George, 2000). As NHF sobre as quais se desenvolvem os cuidados de enfermagem:

- “Respirar normalmente;
- Comer e beber adequadamente;
- Eliminar por todas as vias de eliminação;
- Deslocar-se e manter uma postura desejável (andar, sentar-se, deitar-se e alternar de posição);
- Dormir e descansar;
- Seleccionar roupas adequadas, vestir-se e despir-se;
- Manter a temperatura corporal num nível normal, adequando a roupa e modificando o ambiente;
- Manter o corpo limpo, com boa aparência e proteger os tegumentos;
- Evitar perigos no ambiente e evitar magoar os outros;
- Comunicar com os outros expressando emoções, necessidades e medos, etc;
- Praticar de acordo com a sua fé;
- Trabalhar em algo que proporcione um sentido de realização;
- Divertir-se ou participar em várias formas de recreação;
- Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que leva ao desenvolvimento “normal” e à saúde.”

(Henderson, 2007, p.15)

Segundo Adam, as “(...) necessidades humanas básicas são exigências fisiológicas e aspirações vitais essenciais ao ser humano para assegurar o seu bem-estar e a sua preservação física e mental” (1994, p.115). A satisfação das NHF não é essencial para a vida de uma pessoa, mas é crucial para a sua integridade. A satisfação, ainda que parcial, das NHF pode ser suficiente para

a pessoa atingir o equilíbrio. Como postulados, Henderson defende que a enfermeira surge em três vertentes: enquanto substituta do doente, enquanto auxiliar do doente e enquanto parceira do doente, consoante as necessidades identificadas e a capacidade da pessoa no seu processo resolutivo. O enfermeiro deve então “ (...) ajudar a pessoa a satisfazer as suas necessidades, visa motivá-la para se tornar independente na medida do possível (...)” (Phaneuf, 2001, p. 39).

Remetendo para a temática do projeto desenvolvido, a ingestão é algo inerente ao ser humano, constituindo mesmo uma das NHF, como supracitado. Ao respeitar a ingestão da parturiente em TP, compreendendo a sua situação clínica, o EESMO reconhece e respeita as mulheres enquanto indivíduos, procurando maximizar as suas condições de saúde e conferindo-lhes uma sensação de equilíbrio e bem-estar. Ao facultar, facilitar e promover uma correta ingestão de líquidos claros durante o TP o EESMO está a cumprir uma função que lhe é específica e que nenhum outro profissional de saúde o pode substituir nessa decisão e implementação. Para melhor cuidar o EESMO deve então compreender o outro, colocar-se “na pele” das mulheres / casais de modo a identificar não apenas o que estes querem, mas também o que precisam (Henderson, 2007).

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O capítulo em questão é destinado à contextualização da temática do projeto individual que esteve na base deste Relatório de Estágio, efetuando-se uma abordagem teórica, com base na evidência científica.

2.1. Ingestão de Líquidos Claros em TP

O nascimento consiste, em termos históricos, num evento natural, de caráter íntimo e privado, sendo uma experiência partilhada entre as mulheres e os seus familiares (Velho, Oliveira & Santos, 2010). Antigamente, a assistência ao parto era de responsabilidade exclusivamente feminina, realizada num local familiar para a parturiente, normalmente no domicílio (Moura *et al*, 2007). Com o evoluir da medicina e reconhecimento da obstetrícia como disciplina técnica e científica, ocorre exponencialmente a hospitalização do parto, que conduziu a uma medicalização excessiva na assistência ao mesmo, com procedimentos invasivos e intervencionistas muitas vezes inadequados (OE, 2012c; Lobo *et al*, 2010; Leitão, 2010). Em consequência dos avanços tecnológicos em obstetrícia, o processo de nascer sofreu uma “artificialização” crescente, tornando-se medicalizado e quase patológico, sendo que o protagonismo das mulheres diminuiu (Marque *et al*, 2006). Este favoreceu a submissão das mulheres, que deixaram de ter um papel ativo no parto, conduzindo a uma crescente insatisfação (Velho, Oliveira & Santos, 2010; Lobo *et al*, 2010). Enquanto os partos ocorriam no ambiente sociocultural das mulheres, no seio familiar, a alimentação era livre, sendo gerida pelas próprias. Com a institucionalização do parto a possibilidade da parturiente se nutrir e hidratar oralmente sofreu drásticas alterações.

O estado da arte atual remete para uma restrição alimentar da parturiente em várias instituições, com base nos estudos realizados por Mendelson, nos anos 40. Nestes, Mendelson relatou que durante a anestesia geral, numa cesariana de emergência, se verificou um aumento do risco de aspiração para o pulmão do conteúdo gástrico, conduzindo a uma pneumonia de aspiração, designada por Síndrome de Mendelson. A natureza ácida do conteúdo gástrico e a presença de partículas de alimento eram particularmente perigosas, e poderiam potencialmente conduzir a doença pulmonar grave ou mesmo à

morte (Singata, Tranmer & Gyte, 2013; Andrade *et al*, 2005). Considerando a conclusão dos estudos por si realizados, Mendelson estipulou um conjunto de medidas a considerar, relacionadas com a ingestão durante o trabalho de parto (O'Sullivan & Scrutton, 2003). Este definiu que:

- As mulheres não deveriam comer durante o trabalho de parto;
- A hidratação deveria ser administrada via endovenosa, com soros glicosados, e devia ser reduzido o volume e acidez do estômago (Gyte & Pengelley, 2007).

As medidas referidas, sob justificação de prevenirem o Síndrome de Mendelson, têm sido largamente aceites pela generalidade das instituições, pelo que a maioria proíbe a ingestão oral durante o trabalho de parto, permite ingestão de água apenas em pequenas quantidades, tem protocolada a administração de fármacos para diminuir a acidez gástrica e sendo administrada glicose via endovenosa (Gyte & Pengelley, 2007).

No entanto, a anestesia obstétrica foi alvo de significativos avanços e melhorias desde o estudo realizado por Mendelson, com um acréscimo do recurso à anestesia locorregional em detrimento da anestesia geral. Estes avanços, concomitantemente com relatos de mulheres que consideravam a restrição alimentar deveras desagradável, conduziram a um novo olhar sobre a temática (Singata, Tranmer & Gyte, 2013).

Embora esta preocupação não deva ser descurada, a restrição de líquidos durante o TP não garante o esvaziamento do conteúdo gástrico (OMS, 1996). A justificação para a proibição de ingestão de líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto é, então, a prevenção do Síndrome de Mendelson (OMS, 1996). O volume deste conteúdo, além de ser influenciado pela ingestão oral, é também condicionado pela produção de secreções gástricas (aproximadamente 0,6ml/h/kg), pela saliva deglutida (1ml/kg/h) e pela capacidade de esvaziamento gástrico (King, 2010). Esta capacidade de esvaziamento do conteúdo gástrico é modificado por determinadas alterações fisiológicas, como a gravidez, o TP, a dor abdominal, distúrbios gastrointestinais, falência renal, diabetes e toma de opióides (King, 2010). Uma quantidade de conteúdo gástrico de 25ml é considerado crítico para a pneumonia de aspiração, volume esse excedido por cerca de 50% das mulheres com restrição alimentar total (King, 2010). Um jejum prolongado não

garante um volume gástrico inferior a 100ml (RCM, 2012; Caravaca *et al*, 2009; Singata, Tranmer & Gyte, 2010). De acordo com a Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) “não existe evidência científica que justifique o jejum das mulheres em trabalho de parto pelo risco de aspiração do conteúdo gástrico” (2009a, p. 53). Períodos prolongados de proibição da ingestão de líquidos e alimentos são desnecessários (King, 2010), podendo conduzir a um quadro de desidratação, sede, ansiedade, desconforto, irritabilidade e hiponatremia materna e do Recém-Nascido (OMS, 1996).

A evidência converge então para reais benefícios em promover a ingestão de “(...) líquidos cristalinos durante a fase inicial do TP, passando gradualmente para a ingestão de pequenos goles de água e cubos de gelo à medida que o trabalho de parto progride e se torna mais ativo” (Lowdermilk & Perry, 2008, p.442)

2.2. Promoção e implementação da ingestão de líquidos claros durante o primeiro estadio de TP

A ingestão durante o o primeiro estadio do TP, embora ainda controversa nalguns cenários, deve ser defendida pelo EESMO, pois é essencial para o bem-estar das mulheres. Negá-la pode ser um ato de violência (OE, 2015). Segundo a OMS (2014a) várias mulheres experienciam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde, que equivalem a uma violação dos seus direitos humanos fundamentais.

É desejável que o enfermeiro atenda às NHF das mulheres, entre elas se destaca a hidratação e, para isso, é importante estimular a ingestão hídrica das mulheres em TP (Machado e Praça, 2006). Marque *et al* (2006), apontam que durante o TP, a oferta de líquidos claros (LC) via oral se caracteriza como umas das práticas humanizadoras do parto. O recurso a “rotinas”, como a administração a todas as mulheres em TP de fluidoterapia endovenosa (por exemplo), torna o processo de trabalho mais cómodo havendo resistência a desenvolver e adotar novas políticas, resultando em mudanças lentas da realidade dos cuidados prestados nas maternidades (Arias, 2011).

Já em 1996 a OMS recomendou a ingestão em TP, exceto em situações específicas, com base em hipóteses testadas e resultados obtidos. Esta posição tem sido oficialmente defendida e disseminada pela generalidade das entidades relacionadas com o universo da obstetrícia. A American Society of Anesthesiologists (ASA) (2016) recomenda a ingestão de quantidades moderadas de LC no parto sem complicações, acrescentando ainda que em situações de cirurgia eletiva, como cesariana, deve ser promovida a ingestão de LC até 2 horas antes da indução anestésica. A parturiente deve ter informação, autonomia e acesso a alimentos e líquidos que necessita consumir, não existindo evidência que suporte o agravamento de complicações dessa prática durante o TP (Singata *et al*, 2013).

A OE, em 2013, cria o projeto Maternidade com Qualidade, que visa garantir a segurança e qualidade dos cuidados através da efetiva regulação do exercício profissional. Nesta, a ingestão de líquidos em TP surge como um dos indicadores a avaliar. A OE (2013) sustenta esta posição nos benefícios associados à ingestão oral durante o trabalho de parto, nomeadamente:

- Prevenção da desidratação, cetoacidose e sobrecarga hídrica materna;
- Manutenção da reserva energética para o feto e para a atividade uterina;
- Regulação natural das mulheres à medida que avança o trabalho de parto, com diminuição progressiva espontânea do consumo alimentar;
- Diminuição dos episódios de vômitos;
- Diminuição dos níveis de stress;
- Aumento do sentimento de autocontrolo;
- Aumento do conforto e da satisfação da parturiente.

No mesmo documento recomenda-se, no entanto, uma ingestão regrada:

“Os líquidos por via oral podem ser oferecidos em doses moderadas durante o trabalho de parto; as parturientes consideradas de baixo risco com evolução normal do trabalho de parto podem ingerir pequenas quantidades de chá, água e sumo de frutas sem polpa, em volumes não superiores a 100ml, de 15 em 15 minutos.” (OE, 2013, p.2)

Esta ingestão de LC em trabalho de parto deve pressupor ainda:

- “Gravidez de baixo risco (ausência de diabetes mellitus, obesidade mórbida, cesariana anterior, macrosomia fetal, pré eclâmpsia ou eclâmpsia);
- Compatibilidade feto-pélvica
- Apresentação cefálica de vértice
- Cardiotocograma tranquilizador com duração mínima de 3 minutos
- Ausência de uma via aérea presumivelmente difícil
- Registos precisos e concisos (hora, volume e tipo de líquido ingerido)”

(OE, 2013)

Não obstante estas recomendações serem basedas nas diretrizes das organizações como OMS, ASA e ACOG “(...) a restrição de líquidos durante o trabalho de parto é a prática adotada pela maioria das maternidades, sem ser considerado o desejo das parturientes” (OE, 2013, p. 2). Atendendo à categorização das práticas relacionadas com o parto normal definida pela OMS em 1996, a restrição alimentar generalizada a todas as parturientes insere-se na Categoria B, que corresponde a práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, e Categoria D, práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado. Apesar da existência destas recomendações, nas maternidades nacionais várias práticas realizadas de forma sistemática são desnecessárias e, inclusivé, desaconselhadas, mas simultaneamente muito difíceis de desenraizar (Arias, 2011). Apesar disto, algumas maternidades têm vindo a incluir a ingestão de líquidos claros em TP na sua prática de cuidados, suportadas na atual evidencia científica.

Quando se menciona LC, estes consistem em líquidos com o mínimo de resíduos. Existem inúmeros líquidos que podem ser incluídos neste grupo, alguns exemplos, mas não exclusivos, são: água (em forma líquida ou cubos de gelo); sumos de fruta sem polpa; gelatina; café; chá (quente ou gelado); gelados de gelo (sem fruta ou gelado de leite); bebidas energéticas² (ACOG, 2009b).

O mundo da prática obstétrica encontra-se em constante mudança, consistindo a ingestão de LC em TP uma prática em incremento em várias maternidades nacionais. Logo, a sua implementação é imperativa.

² Entendem-se como bebidas energéticas todas aquelas cuja função é de estimular o metabolismo, fornecer energia ao consumidor através da ingestão de taurina. São bebidas livres de resíduos.

3. OPÇÕES METODOLÓGICAS

Neste capítulo pretende-se dar a conhecer as opções metodológicas utilizadas no percurso de realização deste trabalho, desde a conceção do projeto inicial à implementação e avaliação do mesmo, perspetivando o alcance das competências propostas.

Para gerar conhecimento e estudar os fenómenos é necessária a aplicação de métodos sistemáticos e científicos (Tomey & Alligood, 2004). As opções metodológicas emergem como um conjunto de atividades sistemáticas e racionais que permitem rentabilizar recursos humanos e materiais, dando, ao mesmo tempo, a orientação necessária para percorrer e alcançar os objetivos pretendidos.

3.1. Contextualização do local de EC

O EC Estágio com Relatório foi realizado no BP e serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia (SUOG) de um hospital de apoio perinatal diferenciado da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Consiste num hospital recente e moderno, com meios de diagnóstico avançados, cuja missão visa prestar cuidados de saúde à população da sua área de influência, no respeito absoluto pela individualidade e necessidades dos doentes, e baseados em princípios de eficácia, qualidade e eficiência.

O SUOG é composto por 1 gabinete de triagem, 2 gabinetes de consultas, 1 sala de tratamentos / cardiotocograma e 1 sala de pequena cirurgia. O sistema de triagem utilizado é a Triagem de Manchester[®], realizada por um EESMO. Durante o processo de triagem o EESMO possui autonomia para decidir o internamento das mulheres / casais no BP, em caso de TP ou Ruptura de Membranas.

O BP é composto por 5 salas de parto individuais com casa de banho (onde é realizado o primeiro, segundo e terceiro estádios de TP), 2 salas operatórias, um recobro aberto com capacidade até 4 mulheres em simultâneo, um corredor externo para circulação de acompanhantes. A privacidade das salas de parto possibilita uma experiência positiva para as mulheres, tendo direito a uma pessoa que a acompanha em permanência neste processo, sendo na maioria

dos casos o pai do bebê. O corredor externo dos acompanhantes é acessível também à parturiente, que permite não só um convívio com as restantes pessoas internadas nas salas de partos como contacto com o exterior, devido a janelas soalheiras existentes neste espaço. O recobro em espaço comum aberto permite uma vigilância global de todas as puérperas no puerpério imediato, na medida em que um número reduzido de profissionais conseguem estar facilmente acessíveis, assegurando uma sistemática observação das puérperas e RN. Porém, não permite a estadia da pessoa significativa/pai do recém-nascido (RN) em permanência, bloqueando o contacto deste com as primeiras horas de vida do RN, bem como o auxílio e apoio ao casal durante a primeira mamada. Não obstante do Despacho nº5344-A/2016 que, em abril de 2016, concede a permissão do acompanhamento da parturiente pelo pai ou pessoa significativa em todas as fases do trabalho de parto (inclusive em parto distócico por cesariana), este acaba por apenas permanecer um período no recobro, sendo solicitada a sua saída.

A equipa de saúde no BP é composta por dois EESMO, dois enfermeiros generalistas com experiência na área, três Médicos especialistas e dois Auxiliares de Acção Médica. A equipa de enfermagem funciona em turnos rotativos de 8 horas. Considerando os cerca de 2500 partos/ano, os dois EESMO em permanência são inferiores ao número recomendado no Despacho do Ministério nº23/86 de 16 de Julho, que defende que o bloco de partos deverá dispor de 2 EESMO por cada 1000 partos / ano. Este número reduzido de profissionais vem condicionar a assistência e vigilância no decorrer do TP. Algumas medidas institucionais são implementadas com o intuito de minimizar as consequências do número diminuto de EESMO, como a existência de um recobro pós-parto comum em espaço aberto.

Tal como referido anteriormente, o acompanhamento por um profissional de referência durante a gravidez traduz-se num benefício para as mulheres. Para promover a qualidade na prestação de cuidados procurou-se, sempre que possível, acompanhar as mulheres/casais desde o ingresso no SUOG e Internamento no BP, passando pela assistência no primeiro, segundo, terceiro e quarto estadios de TP, acompanhamento na transferência para o Internamento de Obstetrícia (IO) e visita durante o internamento no IO.

A integração / socialização é crucial para o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências. Este processo foi-me facilitado pelo facto de conhecer a equipa de saúde, bem como a organização e funcionamento da mesma. No entanto, para a aquisição e desenvolvimento de competências e saberes teóricos, realço o empenho, simpatia, disponibilidade e dedicação de toda a equipa de saúde, em particular da enfermeira orientadora.

A população alvo abrangida por esta unidade hospitalar é marcada por uma grande variedade étnica, onde grupos minoritários nesta área residentes recorrem com grande frequência. Atendendo a esta diversidade, é essencial promover cuidados culturalmente competentes, que significa considerar as experiências subjetivas das pessoas num contexto específico (McEwen & Wills, 2009). É então crucial perceber como se manifestam estas diferenças culturais entre os grupos da população, como essas podem ser aplicáveis e adaptadas aos diversos contextos, atendendo às necessidades das mulheres.

3.2. Metodologia de Projeto

No projeto de aprendizagem orientador deste relatório, procurei definir objetivos, planear atividades, orientar práticas e formular resultados esperados que permitissem desenvolver competências gerais e específicas como EESMO³. Esta metodologia tem como objetivo principal “(...) centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real” (Nunes *et al*, 2010, p. 3).

Algumas das atividades desenvolvidas referentes ao tema Ingestão de LC durante o primeiro estadió do TP ocorreram no decurso dos diferentes EC. Estas atividades, tais como sessões de sensibilização para profissionais de saúde, introdução da temática no âmbito da vigilância pré-natal, interações com puérperas, com escuta ativa sobre os seus relatos de parto, contribuíram para a consolidação de conhecimentos teóricos e desenvolvimento de capacidades e habilidades como futura EESMO.

No âmbito do projeto inicial foi concebido, implementado e avaliado um instrumento de registo da interação, o qual incidiu nos aspetos de

³ Definidas pela OE e ICM.

conhecimento prévio relativo à ingestão de LC em TP, sua promoção, implementação, conforto e satisfação sentida pelas parturientes (apêndice III). Este instrumento, foi construído com base nos indicadores e dados a registrar do projeto Maternidade com Qualidade (OE, 2013). Este foi inicialmente utilizado na interação com 4 parturientes (pré-teste), sendo posteriormente reformulado com as sugestões recebidas dos orientares clínicos e equipa docente. Contempla dados como a idade; índice obstétrico, idade gestacional; técnica farmacológica de controlo da dor (se aplicável); informação prévia à ingestão de LC durante o primeiro estadio de TP; registo da ingestão (hora, fase do TP, se foi solicitada a ingestão, tipo de LC, volume, se aumentou ou diminuiu a sensação de conforto e satisfação); episódios de emese (hora, conteúdo e dilatação cervical). No final consta um quadro destinado ao registo do tipo de parto, duração de TP e existência de Síndrome de Mendelson.

3.3. Prática Baseada na Evidência

A mudança no panorama da saúde atual conduziu a uma alteração na necessidade de cuidados, conduzindo a uma crescente complexidade dos mesmos. O cuidados de saúde estão cada vez mais exigentes para o profissional, onde pressões externas são uma constante, conduzindo à busca incessante da qualidade, melhoria efetiva e excelência dos cuidados prestados. A prática baseada na evidência (PBE), segundo a OE, consiste na “ (...) incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa ou qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências [das mulheres / casais], no contexto dos recursos disponíveis” (2006, p. 1). Para David Sackett, mentor da definição clássica de PBE, esta consiste na “(...) utilização explícita, consciente e sensata da melhor evidência disponível no processo de decisão para [as mulheres], adicionada à experiência do profissional e às preferências [destas]” (1998, p.1085). É assim possível inferir que a PBE conduz a uma melhoria da qualidade dos cuidados e a uma otimização dos resultados em saúde (OE, 2006). É utilizada com o intuito de identificar e promover boas práticas e, simultaneamente, eliminar práticas ineficazes ou prejudiciais (Santos *et al*, 2007).

No contexto da temática definida, a PBE aduz benefícios físicos, psicológicos e relacionais para a mãe, pai, recém-nascido e família e permite que a tríade/família vivencie este momento de uma forma única e gratificante (WHO, 1997; WHO & UNICEF, 2009; UNICEF, 2011).

Seguidamente apresentam-se atividades que contribuíram para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos objetivos propostos, recorrendo à PBE, saberes e sugestões de peritos, através de interações estabelecidas com profissionais de saúde e reflexão constante.

3.3.1. Revisão da Literatura

A Revisão da Literatura (RL) constitui uma parte vital no processo de desenvolvimento e aquisição de competências. Esta permite não só uma precisa definição do problema a estudar, como obter um entendimento preciso relativo ao estado atual dos conhecimentos sobre uma determinada temática, suas lacunas e a contribuição para o desenvolvimento do conhecimento. Segundo Fortin (2009), a Revisão Sistemática da Literatura é uma revisão mais aprofundada que permite tomar em conta o avanço dos conhecimentos, fazer o ponto sobre aspetos precisos do tema, ordenar a informação e redigir a revisão. Cardoso, Alarcão e Celorico referem que “cada investigador analisa minuciosamente os trabalhos dos investigadores que o precederam e, só então, compreendido o testemunho que lhe foi confiado, parte equipado para a sua própria aventura” (2010, p. 7). Embora não tenha sido utilizada a revisão sistemática da literatura, recorri à sua metodologia de pesquisa de informação. O recurso a esta foi crucial, permitindo uma busca de conhecimento orientada e sistematizada sobre o atual estado da arte sobre a temática. As “(...) revisões sistemáticas são métodos rigorosos de reduzir o viés, e podem proporcionar resumos fiáveis de evidência relevante pela investigação” (Craig e Smyth, 2004, p. 164) “. O recurso à RL surgiu como uma das estratégias cruciais para suporte da prática clínica, da aquisição e desenvolvimento de competências, bem como para atingir os objectivos definidos.

A RL foi realizada em 4 etapas, definidas por Craig & Smyth (2004):

1. Pergunta orientadora da RL, com o esquema de referência PICO
2. Aplicação dos critérios de inclusão.

3. Seleção da literatura e abdução de dados.
4. Estudo e interpretação dos resultados.

Tanto os critérios de elegibilidade (inclusão/exclusão), como a questão de investigação foram estabelecidos com base no método PICO (Higgins e Green, 2011). O método PICO, a sigla de Participants, Interventions, Comparisons e Outcomes, remete para a questão de partida, a qual deverá especificar o tipo de população a estudar, os tipos de intervenções e de comparações e também os resultados que se esperam atingir. Desta forma, emerge a questão de partida: **“Quais as intervenções do EESMO na promoção da ingestão de líquidos claros durante o primeiro estadio do trabalho de parto?”**.

A pesquisa foi concretizada recorrendo à plataforma electrónica EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL with Full Text e MEDLINE with Full Text, entre maio e junho de 2016 e repetida em julho de 2017, com vista à sua atualização. Foram seleccionados os artigos de carácter científico livres de encargos financeiros, com data de publicação entre janeiro 2006 e julho 2017, incluídos no âmbito da temática escritos em português, espanhol ou inglês. As palavras-chave utilizadas foram pesquisadas nas bases de dados na sua forma indexada e na forma booleana. Dos 212 artigos obtidos, após filtrados os repetidos, analisados os títulos e, posteriormente, os abstracts, ficaram um total de 4 artigos correspondentes à melhor evidência disponível considerando a questão de investigação formulada. O processo de seleção dos artigos pode ser visualizado no gráfico nº1, encontrando-se a construção da questão PICO, processo de pesquisa e seleção de artigos devidamente desenvolvido no apêndice I.

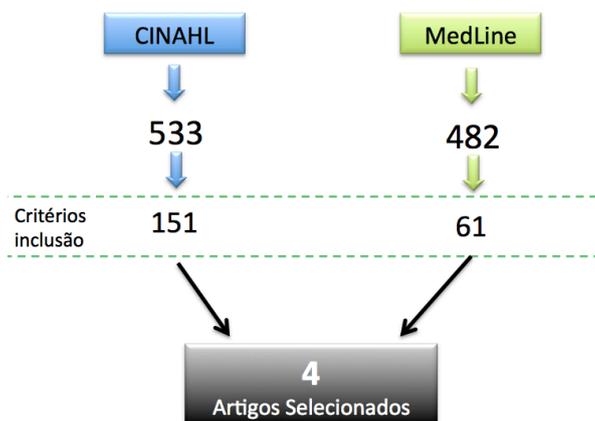


Gráfico 1. Seleção de artigos

A análise dos artigos selecionados encontra-se no apêndice II. A interpretação dos resultados dos estudos selecionados na interface eletrônica EBSCOhost e a sua discussão, tendo por base o modelo de referência, encontram-se no capítulo 4.

3.4. Prática Reflexiva

Desde os primórdios do desenvolvimento da enfermagem, com Florence Nightingale, o sentido da enfermagem e papel do enfermeiro tem sido alvo de profunda reflexão na busca contínua da definição dos cuidados de saúde prestados e da qualidade dos mesmos. A prática reflexiva permite aos profissionais relacionar a evidência com a melhoria contínua da sua atividade quotidiana (Craig & Smyth, 2004), constituindo uma “(...) componente chave dos cuidados de saúde baseados na evidência” (Craig & Smyth, 2004, p. 7). Os períodos de EC constituem um “(...) espaço e um tempo de excelência para o desenvolvimento de competências cognitivas, instrumentais, de relação interpessoal e crítico-reflexivas” (Longarito, 2002, p. 28). A prática reflexiva assume uma “(...) tendência dominante na capacitação dos estudantes e profissionais” (Peixoto & Peixoto, 2016, p.122), na medida em que “(...) permite que os mesmos se tornem autoconscientes e prestem os melhores cuidados, com atitudes reflexivas pré, pós e na ação” (*Idem*, p. 132).

Ao refletir acerca do experienciado, norteado pela mais recente evidência científica, o enfermeiro, em particular o especialista, reconhece criticamente os conhecimentos tácitos que se desenvolvem em torno das experiências da prática, quer através de experiências repetitivas quer de situações de incerteza ou singularidade com que se deparou. No primeiro parto em que participei, a concentração nos parâmetros mensuráveis e observáveis, nas directrizes conhecidas e nas normas instituídas para o segundo e terceiro estádios de TP assoberbavam o meu pensamento, em detrimento do considerar a situação como um todo, como uma família complexa num momento de transição único na sua vivência. Apenas a reflexão posterior me permitiu concluir esta carência na minha prestação, onde, no acompanhamento seguinte das mulheres/casais nesta situação conferi primazia à conjugação da execução com a relação interpessoal. Para Benner (2001) é necessário um bom entendimento da

situação, que possibilite a utilização de estudos de caso para desenvolver a compreensão e percepção dos cuidados prestados.

Esta atitude reflexiva para com os cuidados contempla não só o experienciado e os conhecimentos técnico-científicos, mas também os padrões revelados pela pessoa alvo dos cuidados e os significados que lhe atribui, permitindo e entendendo a pessoa cuidada enquanto parceira e elemento ativo na equipa de saúde, contribuindo para a prática de cuidados holísticos. Assim, a prática reflexiva assume-se fundamentalmente como “(...) premissa para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos” (Peixoto & Peixoto, 2016, p. 131). Durante a realização deste EC, bem como na introspeção acerca da prática efetuada enquanto enfermeira de cuidados gerais e nas interações com profissionais EESMO, é passível aferir que os cuidados prestados e os registos efetuados nem sempre refletem o cuidar de enfermagem nem uma atitude reflexiva perante o exercício profissional.

Ao longo deste percurso, que culminou com a realização do presente relatório, a reflexão contínua acerca do experienciado, sustentado pela evidência científica, foi uma preocupação constante. Em cada experiência de cuidados efetuei uma colheita de dados no decurso do período de interação com as mulheres/casais, com registo das observações e resultado das ações implementadas, no sentido de promover cuidados de excelência, com especial atenção à promoção da Ingestão de LC durante o primeiro estadio do TP. No intuito de promover uma análise e reflexão crítica constantes promotoras do desenvolvimento de competências, durante o EC os momentos de reflexão de situações clínicas, foram um contínuo no quotidiano, potenciadas e orientadas pela EESMO orientadora ao longo do EC. Para aprimorar e desenvolver a capacidade de reflexão crítica foram efetuados diários de aprendizagem (DA), segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs. Através destes momentos reflexivos é possível melhorar a prática de cuidados, permitindo confrontar com a evidência científica e delinear estratégias para situações futuras. Afinal, tal como defende Bachelard (1996), os próprios factos só se tornam factos científicos quando expostos ao pensamento racional, quando reflectidos e integrados na mais recente evidência. No próximo capítulo vão sendo transcritos excertos dos DA realizados.

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O capítulo é, como o nome indica, destinado à apresentação dos resultados, os quais serão discutidos criticamente face às competências que pretendia alcançar, em confronto com os resultados da evidência. Assim, será realizada uma descrição e análise sobre as atividades desenvolvidas, com uma discussão norteada pela reflexão emergente da articulação da teoria com a prática.

4.1. Descrição e análise das competências desenvolvidas em contexto de BP

Segundo a OE (2010a e 2010b) o enfermeiro especialista no geral e em específico o EESMO deve ser dotado de um conjunto de competências que caracterizam a sua prática profissional. Competência pode ser definida como uma palavra que designa uma pessoa qualificada para realizar algo (Fleury & Fleury, 2001), como a capacidade de identificar nas informações as formas e regras de ação com a segurança de um especialista, que pode ser aprimorada com a perícia, que possibilita transformar, readaptar e inovar as ações (Sveiby, 1998). Segundo a OE (2010a), as “Competências comuns”, são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. As “competências específicas” são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Orientada pelos domínios e áreas de competência definidos pela OE (2010a e 2010b) e ICM (2010), será realizada uma descrição e análise das práticas desenvolvidas em contexto de EC. Consistindo o Estágio com Relatório no último EC do curso, neste é-me permitido consolidar e agregar competências anteriormente desenvolvidas no decorrer do CMESMO.

De forma a atingir as competências e os objetivos propostos para este EC, segue-se neste capítulo uma análise e reflexão acerca das atividades concretizadas para o seu alcance.

A aprendizagem experiencial na prática clínica de enfermagem permitiu-me progredir na aquisição de competências para o construto enquanto futura EESMO. Sendo enfermeira de cuidados gerais a exercer funções num BP, durante este EC gerou-se uma ambivalência sentida e relatada entre a competência demonstrada e nutrida pelo “Eu” profissional para o “Eu” estudante. Considerando o modelo de aquisição de competências de Benner (Benner, 2001; Benner, Tanner & Chesla, 2009), num mesmo contexto alterno entre o nível Proficiente do “Eu” profissional para o nível Iniciante Avançado / Competente do meu “Eu” estudante, em que iniciei praticamente no nível Novato. Decorrente das situações clínicas experienciadas, da análise e reflexão dos casos com que contacto,

“(…) já consigo avaliar criticamente e desenvolver um plano de cuidados para resolver situações que se repitam. Por exemplo, quando me deparo com uma circular cervical durante o segundo estadio do trabalho de parto consigo produzir uma sequência de pensamento, promovendo uma PBE, que me auxilia na decisão sobre a forma de atuar e conseqüente resolução do problema. Neste caso, de uma forma sequencial, avalio se esta circular é única ou múltipla, se é larga ou apertada, se é pertinente o recurso à manobra de Sommersault, contextualizando com os dados clínicos disponíveis da parturiente (como o cardiotocograma [CTG], o percentil fetal, características do líquido amniótico, preferências da parturiente / casal acerca do clamp do cordão, entre outras).” (Diário de Aprendizagem)

Aliada à resolução de determinadas situações clínicas, atualmente sou capaz de antecipar e resolver determinados problemas, ou potenciais problemas, característica pertencente ao nível de Competente (Benner, 2001).

A aquisição da competência clínica é um campo complexo e inacabado, que através de insistência e persistência se vai desenvolvendo no contínuo construto do EESMO.

4.1.1. Desenvolvimento de Competências Comuns

A Enfermagem é uma profissão centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde próprio, se torna singular num momento

único de cuidado. A enfermagem atual afirma-se como uma disciplina do conhecimento autónomo, com um campo de intervenção específico, que tem como objeto de estudo “não a doença em si, mas a resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida” (D’Espinney, 2004, p.7). É então esperado que os enfermeiros sejam não só dotados de competências direcionadas para a prática, para o saber-fazer, mas também que possuam um “(...) repertório de recursos internos das pessoas para lidarem com os desafios que requerem adaptação ao outro e auto controlo” (D’Espinney, 2004, p.7). O enfermeiro surge então como profissional dotado de competências transcendentais ao saber-fazer, onde o saber-ser e saber-estar, estão inerentes ao quotidiano profissional, aliados à reflexão ininterrupta sobre a prática, tendo por base a adesão a um código de conduta e ao exercício de uma profissão com ênfase na prestação de um serviço de qualidade. Segundo o Regulamento nº122/2011 do Diário da República, as competências comuns do enfermeiro especialista assentam em quatro domínios: “responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (2011, p. 8649). Durante a prestação de cuidados neste EC, foram consideradas as questões éticas que regem a profissão, valorizando a privacidade, o respeito, o sigilo profissional, a autonomia e o consentimento informado, de forma a fomentar a decisão esclarecida, visto que o EESMO deve agir “de acordo com a ética profissional, os valores e os direitos humanos” (ICM, 2010, p. 4)⁴. No capítulo 6 serão explorados em maior detalhe alguns dos pressupostos éticos aqui apresentados.

O cuidado em enfermagem consubstancia-se numa ação voluntária, precedida de uma decisão, em que a consciencialização das práticas conduz a questionar a sua origem e essência, sendo esta a base da intervenção. O quotidiano profissional reveste-se de inúmeras tomadas de decisão, que surgem para responder às necessidades das pessoas alvo dos cuidados, não podendo ser algo que se dispensa ou renuncia, é inevitável na prática de cuidados. É imperativo perante uma parturiente cujo traçado do CTG revela

⁴ Domínio A, da responsabilidade profissional, ética e legal: Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção .

taquicardia fetal desenvolver um conjunto de medidas preconizadas pelas entidades orientadoras da profissão, nomeadamente as *guidelines* da FIGO (2015). Considerando a situação exposta, perante a avaliação de um CTG com taquicardia fetal (CTG suspeito, segundo a FIGO 2015) é primordial identificar a sua origem que é, frequentemente, hipertermia materna ou infeção intrauterina (FIGO, 2015). Após reconhecida a causa é necessário desenvolver medidas corretivas com o intuito de promover a normocardia fetal (que pode consistir em promover medidas farmacológicas e não farmacológicas de regulação da temperatura corporal ou administração de antibioterapia, por exemplo). A tomada de decisão é imediata, sendo inerente e característica da prática do EESMO. É esta decisão de cuidado que pretende evidenciar-se na satisfação das necessidades das mulheres / casais e pretende traduzir-se na qualidade dos cuidados de enfermagem.

A tomada de decisão surge então como prática quotidiana que se fundamenta na evidência científica. Porém, esta é condicionada por múltiplos fatores. Durante o início deste EC, mesmo estando dotada da orientação teórica relacionada com a atuação perante, por exemplo, uma circular cervical, fatores como a falta de segurança, o stress sentido durante o terceiro estadio do TP, o enfoque nas complicações que possam daí advir, a diminuta aprendizagem experiencial condicionaram de forma determinante a tomada de decisão⁵, no sentido de promover o corte da circular cervical em detrimento de medidas conservadoras de resolução da mesma. No entanto, o evoluir no nível de competência e, conseqüentemente, na capacidade de tomada de decisão conduz a, na situação descrita, proceder consoante preconizado pela mais recente evidência, evitando o corte precoce do cordão umbilical e realizando a manobra de Sommersault⁶.

O quotidiano no BP está repleto de decisões: decisões que envolvem a escolha de intervenções, nomeadamente qual a pessoa que mais beneficiará de determinada intervenção; decisões relativas a intervenções de prevenção de determinado estado de saúde ou resultado; decisão quanto ao melhor momento para iniciar a intervenção; decisões quanto à melhor forma de

⁵ Domínio D1, do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.

⁶ Domínio D2, do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

comunicar com a parturiente e família; decisões na elaboração de diagnósticos face aos sintomas e decisão de procurar outras fontes de informação antes de elaborar os diagnósticos, entre tanta outras⁷. Cabe a EESMO decidir sobre a possibilidade de efetuar determinada atividade, tendo em conta a situação concreta com que se depara.

A tomada de decisão surge ainda como central no que concerne à equipa multidisciplinar, tanto nas funções autónomas como interdependentes da prática de enfermagem. A título de exemplo de uma intervenção interdisciplinar, como a administração de antibioterapia previamente prescrita pelo médico numa parturiente com resultado analítico prévio de streptococcus hemolyticus do grupo b positivo, cabe ao EESMO decidir acerca do momento de início deste procedimento, adequação da dosagem prescrita à parturiente em causa, confirmar possíveis alergias medicamentosas ou estar alerta para efeitos secundários decorrentes da sua administração⁸. Ainda referente ao tema, em presença de um CTG suspeito ou patológico (segundo as *guidelines* da FIGO 2015), cabe ao EESMO decidir as medidas a adotar, bem como quais os profissionais de saúde que pode mobilizar e alertar para garantir os melhores cuidados àquela parturiente, que neste caso podem envolver o obstetra, pediatra e anestesista⁹. Perante um CTG com bradicardia fetal mantida, após executadas todas as manobras de resolução definidas pela ACOG 2015, FIGO 2015 e Graça 2010 sem efeito, é contactada a equipa obstétrica para avaliação da situação e decisão sobre a eventual necessidade de uma cesariana emergente, sendo contactados também o pediatra e anestesista.

Tomar decisões no âmbito dos cuidados obstétricos surge como o alicerce para a prática de cuidados e só através de uma profunda autoconsciência, introspeção, em que determinamos os nossos condicionantes e limitações,

⁷ Domínio B, domínio da melhoria da qualidade: desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

⁸ Domínio C1, da gestão de cuidados: gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar

⁹ Domínios: B3, cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; C1, gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar; C2: adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

assumimos o que nos motiva e nos orienta, conseguimos aproximarmo-nos da essência do nosso ser, para melhor poder cuidar¹⁰.

4.2.2. Desenvolvimento de Competências Específicas

A vivência da gravidez e parto são momentos marcantes na vida das mulheres / casais. Além de todas as alterações físicas, biológicas e fisiológicas de que são alvo, também a vertente psicológica sofre alterações major, que incute novas necessidades e, conseqüentemente, formas de resolução. A finalidade da atuação do EESMO emerge da satisfação destas necessidades das mulheres / casais, quer atue enquanto substituto, como auxiliar ou parceiro das mesmas (Alligood & Tomey, 2002).

Na prestação de cuidados, o primeiro contacto com as mulheres / casais demonstrou-se crucial para os cuidados prestados. Num dos momentos mais marcantes e cruciais das suas vidas, aquela família deverá confiar no profissional de saúde que lhe surge. Reconhecendo este factor, insofismável indutor de medo e desconfiança nas mulheres / casais, durante o EC procurei adotar uma comunicação eficaz e adequada à pessoa e família¹¹, com o objetivo de fomentar uma relação de confiança¹², pois compete ao EESMO “(...) comportar-se de modo cortês, não crítico, não discriminatório e culturalmente adequado com todas [as mulheres]” (ICM, 2010, p.4). Naqueles momentos iniciais de contacto, cabe ao EESMO apresentar-se merecedor da confiança daquele casal, o que, muitas vezes, envolve medidas como explicar a situação clínica às mulheres / casais, demonstrar-se sensível e empático perante as questões colocadas, conseguindo colocar-se no lugar do outro, como se “vestisse a sua pele” (Henderson, 2007), cuidando de uma forma holística. Assim, é essencial o EESMO assumir uma atitude de confiança, naturalidade, respeito, amistosa e cordial (Freitas *et al*, 2006), quer num contato breve, como no SUOG, quer num contacto mais prolongado. Por ter realizado o EC referente aos cuidados de saúde primários numa USF da área

¹⁰ Domínio D1, desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade

¹¹ ICM 1 – “...usar competências de comunicação e atenção adequadas em todos os domínios de competências”

¹² ICM 1 – Competências no contexto social, epidemiológico e cultural dos cuidados maternos e ao recém-nascido.

de abrangência da Unidade Hospitalar onde realizei o EC descrito neste relatório, foi possível prestar cuidados, tanto ao nível de SUOG como de BP a três mulheres com quem havia contactado na consulta de vigilância de bem-estar materno-fetal. Ainda prestei cuidados a um casal com quem havia contactado no decurso da minha participação no curso de preparação para o nascimento (CPN) ministrado no hospital (cuja experiência será descrita posteriormente no presente capítulo). Todas manifestaram surpresa e satisfação com o reencontro, em que, mesmo em contexto de estudante, reconheciam em mim uma “cara familiar”, alguém com quem já tinham contactado previamente. A promoção da continuidade de cuidados foi uma preocupação constante, em que procurei permanecer o máximo possível com as mulheres / casais, desde a abordagem no SUOG, passando pelo internamento, TP e visita ao puerpério. A continuidade de cuidados melhora e protege o processo normal de parir e nascer (OE, 2015).

Considerando o contexto clínico onde decorreu o EC, o primeiro contacto com as mulheres / casais ocorre no SUOG. Neste serviço é utilizada a Triagem de Manchester[®], que permite efetuar a triagem de enfermagem de forma padronizada. Embora teoricamente este sistema previna a subjetividade do “triador”, permitindo para a mesma situação clínica igual urgência atribuída independentemente do avaliador, não está adaptado à área obstétrica. Situações constantes de recurso ao SUOG, como ausência de BCF, não são contemplados nas unidades de avaliação. Embora a sua utilidade seja indubitável e tenha resultado numa mais valia em saúde nos serviços de urgência geral, no SUOG considero ainda carenciar de adaptação para um uso pleno.

Uma das causas comuns de recurso ao SUOG era a perda hemática vaginal, onde, por vezes, era diagnosticado uma situação de abortamento. Neste contexto prestei cuidados a cinco mulheres / casais, em situação de abortamento¹³. Quando se faz menção à área obstétrica, assume-se uma esfera envolta em felicidade. Planeada ou não, a gravidez, quando aceite, é um momento de felicidade, para quem anseia ser mãe e quando o seu desejo é engravidar. A perda que as mulheres / casais experimentam está relacionada

¹³ H.2.2.9. Identifica e monitoriza trabalho de abortamento.

com a perda da sua gravidez, numa fase precoce, onde há uma idealização do seu bebé e tudo gira em torno do imaginário. Perante este diagnóstico fatídico é imperativo o estabelecimento de uma relação terapêutica, de ajuda e confiança. Para tal, é crucial promover uma escuta ativa de forma a captar e compreender as mensagens verbais e não-verbais, atendendo a aspetos envoltos de uma aparente simplicidade: respeitar a distância física (cerca de 50 centímetros), de forma a não ser considerada intrometida ou, antes pelo contrário, sem disponibilidade para atender. Também a expressão não verbal do EESMO é de considerar. Durante o contacto procurei evitar expressões de pena mostrando interesse em ajudar e resistir a dar conselhos ou utilizar frases improdutivas¹⁴ como: “é porque não tinha que acontecer”; “foi o melhor ...”; “o tempo cura tudo...”; “quando foi a última vez que sentiu o bebé?”. Recorrendo a: “tenho muita pena, lamento...”; “isto não é o que esperavam que acontecesse...”; “também gostaria que tivesse sido diferente...”; “não sei o que dizer...”; ou simplesmente, mas não menos importante, ouvir o que estas mulheres / casais tinham para dizer, permitindo a verbalização das angústias, medos e desejos¹⁵. Das cinco mulheres a quem prestei cuidados em situação de abortamento, três delas estavam com o marido e duas sozinhas, uma carenciou de ida ao Bloco Operatório (BO) para realização de curetagem uterina, no SUOG. Promovendo a continuidade de cuidados, acompanhei o casal neste contexto perioperatório¹⁶.

Durante a prestação de cuidados a nível do SUOG, além das triagens efetuadas e das situações supracitadas ainda realizei exames vaginais a grávidas, efetuei CTG ¹⁷ (com respetiva apreciação e conduta em concordância), auxiliei na resolução de situações de descompensação em gravidezes de risco (como em crises hipertensivas, contractilidade em

¹⁴ H2.2.10. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto.

¹⁵ H2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situações de abortamento; H2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré natal e em situação de abortamento.

¹⁶ H.2.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.

¹⁷ H.2.2.2. Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.3. Prescreve exames auxiliares de diagnóstico necessários à detecção de gravidez de risco; H2.2.6. Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.

gravidezes pré-termo, crises hiperglicemicas)¹⁸, alerta acerca dos sinais e sintomas no decurso da gravidez que conduzem a recorrer ao SUOG¹⁹, avaliação de IST e elucidar relativamente ao tratamento e não propagação/contaminação²⁰.

Em situações protocoladas na instituição, tal como anteriormente mencionado, o EESMO tem autonomia para proceder ao internamento no BP²¹, momento que se reveste “ (...) de alguma ansiedade para qualquer individuo. No contexto específico da gravidez e do [TP] assume uma peculiaridade, associada à ansiedade e ao medo do desconhecido de que se revestem os momentos que precedem o nascimento do bebé” (Graça, 2010, p. 164). Para concretizar este internamento é necessário proceder à anamnese, avaliar o perfil psicossocial, consultar o processo clínico, avaliar o bem-estar fetal através da auscultação dos BCF, iniciar o partograma, avaliar a necessidade de medicação (como em casos de resultado de zaratogoa ano-vaginal positiva para o *streptococcus* do grupo b, diabetes gestacional insulino-tratada) e, em caso positivo, efetuar a devida articulação com a equipa médica, avaliar risco social (referenciar para a assistente social e psicóloga). Este momento reveste-se de especial importância para as mulheres / casais ao nosso cuidado, uma vez que o processo de acolhimento pode condicionar o decurso do internamento e a atitude em relação aos profissionais de saúde. Neste contexto, torna-se fundamental informar acerca dos cuidados que potencialmente lhes poderão ser prestados e iniciar o processo de negociação e obtenção do consentimento informado. É igualmente importante para a equipa adquirir informações acerca das mulheres / casais e das suas situações clínicas de forma a identificar os problemas e planear os cuidados (Cardoso e Pinto, 2002). O apoio do EESMO tem um resultado direto na forma como as mulheres / casais encaram o seu TP (OE, 2015), bem como na satisfação com a sua experiência de parto (Wilson & Sirois, 2010). A autonomia das mulheres/casais durante o TP “(...) está associada à sua participação nas decisões que ao parto diz respeito, depois de devidamente informada das

¹⁸ H.2.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante.

¹⁹ H2.2.1. Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco.

²⁰ H6.1. Promove a saúde ginecológica da mulher

²¹ H.3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto.

evidências científicas disponíveis para indicação da melhor conduta na sua situação específica” (APEO, 2009, p.16)²². Todos os cuidados que prestei foram devidamente explicados, sendo solicitado um consentimento verbal por parte das mulheres / casais para o mesmo. O Relatório Primavera 2016 alerta para uma ausência da cidadania ativa por parte dos cidadãos, afirmando que mulheres informadas e capacitadas estão “(...) disponíveis para um envolvimento argumentativo nas questões que lhes dizem respeito” (p.26).

Aquando do momento do internamento, contactei com quatro casais que possuíam planos de parto escritos. Uma reflexão e definição do plano de parto consiste numa estratégia promotora da consciencialização e da capacidade para participar ativamente nas decisões relacionadas com o parto²³. O plano de parto, mais que uma lista de escolhas, contém os caminhos possíveis, de modo a que o desejado fique claro. Estes planos de parto foram negociados com os pais, com o intuito de evitar a criação de expectativas irrealistas, promovendo um equilíbrio entre a vontade dos pais, os protocolos institucionais e o bem-estar materno-fetal. Os quatro planos de partos abordavam algumas atividades já praticadas neste BP (como a liberdade de movimentos no primeiro estadio do TP, a presença do pai durante o TP, o corte do cordão umbilical pelo pai, o explicar todos os procedimentos, efetuar episiotomia apenas se realizada para minimizar a lesão nos tecidos moles, quando a musculatura perineal se encontra muito distendida (Lowdermilk & Perry, 2008), realizar analgesia locorregional apenas quando solicitado, promover a ingestão de água), apenas um deles tinha uma solicitação que necessitou de negociação, referente ao acesso venoso periférico (em que recusavam o acesso mas, após explicar a sua necessidade em diversas situações de complicações relacionadas com o TP anuíram com a sua colocação, ficando este obturado). A cateterização venosa periférica, para hidratação e administração de terapêutica é uma prática rotineira em vários BP, sendo esta contestada pela OMS (1996), e considerada como prejudicial ou ineficaz e que precisa ser eliminada. A OMS (1996), tal como a APEO (2009), defendem que

²² H3.1.2. Garante um ambiente seguro durante o TP e parto; H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em TP, incluindo conviventes significativos.

²³ H3.1.1. Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.

o uso de perfusões endovenosas glicosadas aumentam a glicemia da mulher levando a um aumento da glicemia fetal e causando posterior hipoglicemia neonatal e uma diminuição do pH do sangue na artéria umbilical.

Durante os cuidados prestados no EC, foi fomentada sempre a presença do pai / pessoa significativa no BP, caso fosse esta a vontade das mulheres e não desrespeitando as normas protocoladas da unidade hospitalar²⁴. Durante o TP é igualmente importante o suporte e orientação do EESMO e da pessoa significativa da mulher.

A monitorização cardiotocográfica durante o TP é efetuada de forma rotineira no acolhimento ao BP. Segundo o Parecer nº275/2010 da OE, o procedimento identificado como “execução de monitorização cardíaca fetal” implica entre outros, a obtenção de conhecimentos científicos e técnicos que permitam identificar, no abdómen da grávida, o local privilegiado de auscultação dos batimentos cardíacos fetais²⁵ (através das manobras de Leopold), e o fundo uterino, para a colocação dos transdutores, uma vez que a qualidade do sinal é essencial para a interpretação correta do registo. Uma correta avaliação e interpretação do registo do CTG é fundamental para tomar decisões e implementar medidas atempadas e adequadas para a resolução de algum problema identificado. Os desvios da normalidade com que contactei com maior frequência foram a hipotonia uterina, a taquissostolia, bradicardia fetal e desacelerações tardias e variáveis²⁶. Durante o TP, o CTG era mantido contínuo, excepto quando era promovida a hidroterapia, que era efetuada a auscultação dos BCF de forma intermitente. Graça (2010) em concordância com as indicações ACOG (2005) e FIGO (2015) defendem que, em situações de TP de mulheres com gravidez de baixo risco, não há dados disponíveis que permitam justificar que a monitorização fetal contínua tenha mais benefícios que a auscultação intermitente desde que esta seja realizada respeitando protocolos rigorosos. Efetuei uma auscultação intermitente dos BCF no

²⁴ ICM 3 – Competência na prestação de cuidados durante a gravidez; H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.

²⁵ “ (...) placed over the maternal abdomen at the location of the back of the fetal thorax, where heart sounds are best transmitte” (Schub & Hurst, 2017, p.3).

²⁶ H3.2 Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do RN.

primeiro estadió do TP a 3 mulheres, sendo esta prática solicitada pela parturiente em todas as situações.

Sempre que a sua condição de saúde o permitisse e fosse essa a vontade da mulher, promovi as posições não supinas durante o TP, sendo este um indicador do projecto Maternidade com Qualidade da OE (OE, 2014b). Roy *et al* (2014) defendem que o uso massivo da posição de litotomia durante o TP provoca uma sensação de desamparo e impotência, sensação de passividade e subordinação ao profissional, menor eficácia e frequência das contracções uterinas²⁷. Quando era proposto à parturiente o levante do leito, a deambulação ou o uso da bola de Pilates, não era do conhecimento geral essa possibilidade durante o TP, sendo questionado se “não era melhor ficar deitada(?)” principalmente após RPM. A maioria das mulheres anuía a sugestão, acabando por, posteriormente, manifestar uma sensação de bem-estar relacionada com o levante e com o uso da bola. No entanto outras recusavam esta prática, sendo que de uma forma empírica notei uma maior frequência nas mulheres de etnia Mandinga e Nalu²⁸.

Durante este EC foi-me possível prestar cuidados a mulheres/casais de diferentes etnias, resultando numa multicidade de experiências e contato com diversas culturas. A exposição a estas diferenças culturais, com crenças, costumes e hábitos característicos e únicos exige do EESMO uma atenção especial no sentido de desenvolver uma relação de empatia e confiança, respeitando as suas crenças e vontades. Medidas como evitar a presença de homens na assistência durante a gravidez de mulheres Tâmeis²⁹ com crença muçulmanas, permitir algumas étnias características da Índia que coloquem um pouco de melão abençoado pela família na boca do RN, o uso de Hiyab ou Shayla³⁰ durante o TP, traduzem um cuidar culturalmente sensível, que respeita a parturiente e a sua vontade, consistindo, no fundo, num respeito pelos direitos humanos³¹.

²⁷ H3.1. Promove a saúde da mulher durante o TP e otimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina.

²⁸ Grupos étnicos tradicionais oriundos da Guiné-Bissau.

²⁹ Grupo étnico nativo de Tamil Nadu, na Índia. São maioritariamente hinduísta.

³⁰ Véu tradicionalmente utilizado pelas mulheres muçulmanas na presença de homens.

³¹ ICM 1 – Competências no contexto social, epidemiológico e cultural dos cuidados maternos e ao RN.; H3.1. Promove a saúde da mulher durante o TP e otimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina.

Esta variedade étnica conduz também a díspares vivências do TP, nomeadamente no que concerne à reação à dor. A dor em TP é um fenómeno complexo e individual, com uma componente sensorial e emocional que deve ser considerada, uma vez que o alívio da dor durante o TP contribui para o bem-estar físico e emocional da parturiente (OE, 2014a). De acordo com a FAME (2008), o facto de as mulheres experimentarem dor durante o TP depende de inúmeros factores: fisiológicos, psicológicos e socioculturais, conjugados com o modo como as parturientes enfrentam a dor e como a manifestam, reforçando a necessidade de prestar cuidados culturalmente sensíveis. Na vigilância e acompanhamento do TP utilizei métodos farmacológicos, como a administração de fármacos por via endovenosa e a analgesia loco-regional (onde colaborei na realização da técnica, manutenção de cateter, gestão da medicação analgésica subsequente e vigilância de possíveis complicações). No entanto, enfatizei o desenvolvimento de técnicas não farmacológicas de controlo da dor, como relaxamento (apoiar no relaxamento muscular progressivo, promover luminosidade e música de acordo com as preferências da mulher / casal, limitar a entrada de profissionais de saúde no quarto) e técnicas de respiração, alternância de decúbitos (alternativas à posição de litotomia), musicoterapia, duche, deambulação e realização de exercícios na bola de pilates (OE, 2014a; OE, 2014b)³². Concomitante a estes, e sempre de acordo com a vontade da mulher, implementei a cromoterapia e aromaterapia (ver Apêndice IV). Estar presente e disponível, acompanhar, participar nas técnicas não farmacológicas, conferem à mulher uma confiança indescritível em que, após estas referirem que já não aguentam mais, reavivam energias e retornam com uma convicção única ao seu processo de parto.

Um dos procedimentos técnicos a executar durante o TP e específico do EESMO é o exame vaginal. O toque vaginal permite avaliar as características do colo do útero (posição, consistência, apagamento e dilatação), avaliar a adequação da estrutura pélvica, ou seja identificar a proporção feto-pélvica, assim como a variedade e apresentação fetal, e a integridade das membranas e características do líquido amniótico em caso de RPM. Este momento de

³² H3.1.6. Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor; ICM 3 Competência na prestação de cuidados durante a gravidez.

avaliação é socialmente entendido como algo repetitivo e incómodo, que resulta numa violação para a mulher. Logo têm que se acutelar cuidados antes, durante e após a sua realização. Aquando da realização do mesmo, além de explicar a necessidade do procedimento e aguardar o consentimento, procurei sempre manter um ambiente que proporcionasse privacidade e respeito pela mulher³³, limitando o número de toques vaginais aos necessários³⁴. A OMS (2014b) refere que a realização de exames vaginais em intervalos de 4 horas é utilizado por rotina, mas a sua recomendação é fraca com baixa evidência científica, referindo que se deve dar primazia às preferências e desejos da mulher, minimizando o número total de exames vaginais. Cuidados centrados na mulher influenciam a forma como estas experienciam o seu TP, sendo que uma vivência positiva contribui para uma sensação de autoestima, para um sentimento de competência e bem-estar (Simkin, 1991). Sempre que procedi ao exame vaginal realizei o respetivo registo, nomeadamente no partograma, procedendo a posterior interpretação e escolha da conduta face a partogramas fora da normalidade.

Sabendo que um dos objetivos do EESMO é promover a saúde das mulheres / casais durante o TP, tornou-se fulcral proceder de forma constante à identificação, planeamento, implementação, avaliação e atualização de intervenções de enfermagem especializadas nos diferentes estádios de TP. Na assistência durante o parto foi possível participar ativamente na vigilância e

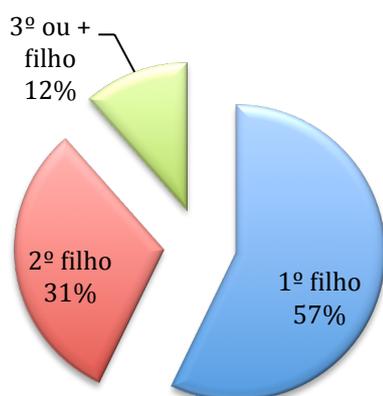


Gráfico 2. Paridade materna nos partos realizados

cuidados a parturientes com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, em que as mais predominantes foram a hipertensão arterial crónica ou induzida pela gravidez, diabetes gestacional e TP pré-termo.³⁵.

A aquisição de competências

³³ H3.1.2. Garante um ambiente seguro durante o TP e parto.

³⁴ H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do RN; ICM 4 Competências na prestação de cuidados durante o TP e o parto.

³⁵ H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou o TP.

e autonomia no que concerne à assistência a partos vaginais de apresentação cefálica foi gradual ao longo do EC.

Dos partos realizados, 40 Mulheres eram primíparas, 22 tinham a experiência de um segundo parto (2 delas com cesariana como parto anterior) e 8 mulheres já possuíam 2 ou mais filhos (ver gráfico 2). Das mulheres que me permitiram colaborar no TP a idade média era de 32,5 anos, registando como extremo de idades os 45 e 17 anos. A idade materna registada vai ao encontro do panorama nacional atual, sendo a idade média das mães portuguesas ao nascimento de um filho de 31,9 anos (INE, 2017).

No total tive oportunidade de acompanhar 70 partos eutócicos, com várias posições

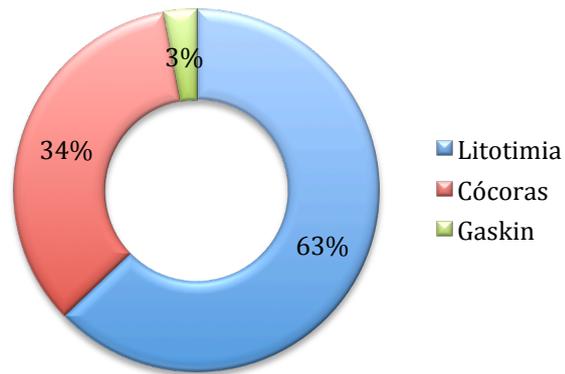


Gráfico 3. Posições adotadas no período expulsivo

adotadas no periodo expulsivo (ver gráfico 3). Das intercorrências com que me deparei, a que ocorreu com maior frequência foi a presença e deteção de circular cervical. Das 23 ocorrências 10 foram solucionadas recorrendo à manobra de Sommersault e as restantes 13 ao corte precoce do cordão umbilical. As situações de distócia de ombros, uma foi resolvida recorrendo à manobra de McRoberts e a outra à manobra de pressão supra-púbica (Rubin I). As ocorrências de membranas fragmentadas³⁶ foram facilmente identificadas, tendo havido necessidade de curetagem uterina em contexto de bloco operatório, após validação ecográfica da equipa médica obstétrica.

No segundo estadio de TP foi imperativo o autocontrolo perante o meu sentimento de euforia e ansiedade, a tranquilidade e manter uma relação com o casal, que ansiosamente aguardava a chegada do novo membro familiar. Este contacto próximo, empático, é crucial para a promoção de “(...) um modelo assistencial holístico, o qual atende às dimensões biopsicossociais da grávida, considerando [as mulheres] no seu todo, incluindo os seus sentimentos e expetativas(...)”(OE, 2015, p.20). A liberdade de movimento durante o periodo expulsivo foi progredindo consoante a confiança que possuía em acompanhar

³⁶ H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN.

este momento aumentava. Os 63% de partos realizados na posição de litotomia considero justificarem-se pela inexperiência e insegurança que possuía. Assim foi aumentando o encorajamento das mulheres a escolherem posições em que se sentissem mais confortáveis (NICE, 2014), proporcional à minha confiança na gestão segura do período expulsivo. O parto em posições não supinas aumentam a dificuldade do EESMO em controlar a progressão deste estágio de TP, provocada pela fraca visualização ou acesso à apresentação fetal e ao períneo, mas resultam num maior benefício para as mulheres. As que pariram em posições que não de litotomia ou pertenciam a um grupo sócioeconómico elevado, sendo diferenciadas e informadas, ou eram de outras culturas. Embora no BP onde realizei o EC a posição preferencial de parto seja a de litotimia, vários profissionais, EESMO, promovem partos noutras posições que mais agradem à parturiente. Quando lhes é sugerida outra posição para o parto que não a de litotomia, muitas mulheres desconhecem esta possibilidade. O modelo biomédico instaurado e globalizado produziu uma subversão e adulteração do parto natural e respeito pelas mulheres neste processo, sendo urgente desenvolver estratégias que devolvam às mulheres / casais o papel principal no parto, que promovam o seu empoderamento e uma postura ativa na tomada de decisão para a satisfação das suas necessidades. Medidas como obter um consentimento livre e informado, incluir as mulheres / casais na tomada de decisão, não julgar ou condenar as suas escolhas ou alteração das mesmas durante o TP são promotoras de cuidados centrados na mulher.

Nas condutas do EESMO que conduzem ao 2º estágio de TP procurei, sempre que ausente de contraindicações, implementar um parto natural, ou seja, um “(...) parto de início e progressão espontâneo, culminando num nascimento espontâneo, sem qualquer intervenção, assistido apenas pelo profissional de saúde” (OE,2012, p.18). Esta experiência revelou-se promotora da satisfação por parte da mulher/casal, sendo que nos partos que assisti não registei qualquer complicação decorrente dos mesmos nos vários estágios do TP. Realizei técnicas como a amniotomia, monitorização fetal interna e mesmo episiotomia apenas quando houve indicação clínica, respeitando as directrizes da OMS 1996 de assistência ao parto (ver apêndice IV). Com esta prática observamos uma transformação do paradigma dos cuidados do EESMO e da

descentralização do modelo biomédico, dirigindo o foco dos cuidados para as mulheres / casais.

Num dos partos em que participei foi promovida uma clampagem e corte de cordão umbilical, já no quarto estadio de TP, um “parto de Lótus”. O casal era informado acerca do TP, possuindo um plano de parto (não por escrito), que incluía uma clampagem e corte tardio do cordão umbilical. Respeitando esta vontade e direito, sugeri um “parto de Lótus”, que já conheciam mas pensavam não ser possível realizar em contexto hospitalar. Foi perceptível a imagem tecnicista que este casal possuía dos profissionais de saúde. Esta experiência foi deveras gratificante, que se revelou pioneira na prática da unidade hospitalar em causa. Este “parto de Lótus” foi motivo de interesse por parte da equipa de EESMO, sendo que na semana subsequente foi outro realizado. Solicitado pelo serviço e pela enfermeira orientadora foram realizadas três momentos formativos, após as passagens de turno, através de partilha de experiências, acerca da temática.

Durante o periodo expulsivo promovi a protecção da zona perineal, com um total de 20 episiotomia, 14 períneos integros, 34 lacerações de grau I e 2 lacerações de grau II (com consecutivas correções de canal de parto)³⁷ (ver apêndice IV). Nos partos que acompanhei não ocorreu nenhuma laceração de grau III ou IV, mas em caso afirmativo procederia à referenciação para a equipa obstétrica. Borges, Serrano e Pereira (2003) citados pela Ordem dos Enfermeiros no projeto Maternidade com qualidade (2013a) referem que a episiotomia deve realizar-se somente de forma seletiva e não se justifica taxas maiores que 30% na prática obstétrica, neste EC pode observar-se uma taxa de aproximadamente 28%, que atribuo principalmente à insegurança e inexperiência inicial que encontrava sustento na realização da episiotomia.

No intuito de promover um *continuum* de cuidados, acompanhei e colaborei com a equipa multidisciplinar em 10 partos distócicos, 8 por ventosa e 2 por fórceps, 1 parto vaginal com apresentação pélvica e 1 parto vaginal gemelar (ambos os fetos de apresentação cefálica).

Após a expulsão do feto, procurei promover a vinculação da família,

³⁷ H3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. ICM 4 Competências na prestação de cuidados durante o TP e parto.

implementando medidas que visaram a inclusão do novo membro na família. O processo de vinculação “(...) desenvolve-se e é mantido pela proximidade e interação com o bebê, na qual os pais se familiarizam com o filho, identificam-no como um indivíduo e reconhecem-no como um membro da família” (Lowdermilk & Perry, 2008, p.522). Promovi o contacto pele-a-pele imediatamente após a expulsão (caso fosse esta a vontade da mulher/casal), onde a realização dos cuidados imediatos ao RN e sua avaliação física foram efetuados no peito da mãe, garantindo a sua estabilidade³⁸. Na avaliação do RN promovi um ambiente sereno, aquecido e pouco luminoso, procurando diminuir o ruído, fomentando a participação dos pais. Frequentemente, a amamentação iniciava-se de forma espontânea durante o contato pele-a-pele na primeira hora de vida, contribuindo para o sucesso do aleitamento materno exclusivo³⁹, tal como indica a OE (2014d). Sempre que possível, a realização da laqueação do cordão umbilical foi efetivada já durante o contato pele-a-pele e após o cordão deixar de pulsar (Luna *et al*, 2009), pesquisando previamente a vontade do casal em colaborar neste procedimento. Embora a clampagem e o corte precoce do cordão umbilical seja ainda praticada massivamente no manuseio ativo do terceiro estadio do trabalho de parto, é recomendado aguardar um mínimo de 1 -3 minutos para o seu clamp e corte, resultando em vantagens para a mãe e recém-nascido (WHO, 2012a). A FAME (2008) refere que esta prática possibilita uma transfusão placentária de cerca de 30% de volume de sangue adicional e de 60% de eritrócitos para o RN. Para esta clampagem tardia, a única contra-indicação, embora relativa, à sua prática remete para a necessidade de reanimação neonatal, embora em caso de o recém-nascido carenciar apenas de ventilação por pressão positiva ficar a critério do cuidador do recém-nascido e da sua experiência (WHO, 2012b)⁴⁰.

Em todos os partos que assisti acompanhei as mulheres / casais durante os períodos subsequentes de TP (3º e 4ºestádios). Avaliei sinais de dequitação, tendo-me deparado tanto com dequitação Schultze quanto Duncan, avaliando

³⁸ H3.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/RN/conviventes significativos.

³⁹ H3.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

⁴⁰ H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do RN implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina; ICM 6 Competências nos cuidados pós-parto ao RN.

a integridade da placenta e membranas, a formação do globo de segurança de Pinard e as perdas hemáticas. Num dos partos a integridade das membranas estava comprometida, sendo diagnosticado membranas fragmentadas, que carenciou de uma ida ao bloco operatório para realização de curetagem uterina (após comprovação do diagnóstico ecograficamente pela equipa obstétrica, que foi alertada para esta complicação). Realça-se que, em algumas situações, o início da amamentação durante o contato pele-a-pele precoce favoreceu a dequitação e a prevenção da hemorragia, devido à estimulação da produção natural de ocitocina.

O quarto estadio do TP, coincidente com o puerpério imediato, ocorre em contexto de recobro, considerando a organização institucional. Neste período importa manter uma vigilância adequada antecipar possíveis complicações, sendo que “(...) há maior possibilidade de ocorrerem grandes hemorragias” (Fatia & Tinoco, 2016). No quarto estadio de TP os cuidados promovidos centraram-se na: avaliação do globo de segurança de Pinard, monitorização de perdas hemáticas vaginais, observação e avaliação perineal, vigilância da recuperação pós-anestésica (se for o caso), vigilância da eliminação urinária, vigilância de sinais vitais, promoção da higiene, conforto e bem-estar da puérpera, avaliação psicológica e emocional das mulheres / casais, promoção da vinculação da díade/tríade e fortalecimento do papel parental, incentivo/manutenção da amamentação⁴¹. A continuidade de cuidados pelo EESMO de referência nesta fase é de importância crucial, pois já foi estabelecida uma relação de confiança, sendo um momento chave para reafirmar alguns alertas que o casal deve atender, nomeadamente no que concerne aos cuidados perineais, à vigilância de perdas vaginais e à amamentação. Em todos os partos que assisti fui responsável pela vigilância no puerpério imediato procurando, sempre que possível, efetuar uma visita no dia seguinte, já no serviço de puerpério. Realizei uma visita a um total de vinte mulheres e família, tendo estes verbalizado sensação de segurança e felicidade relacionada com a visita, que atribuem a preocupação minha pessoal e não à promoção de cuidados de qualidade, prática a ser disseminada. Nesta,

⁴¹ H4.1. Promove a saúde da mulher e RN no período pós-parto; H4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações pra a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; ICM 5 Competências para a prestação de cuidados a mulheres durante o período pós-parto.

pesquisei junto do casal a sua satisfação perante a ingestão de LC durante o primeiro estadio de TP e com o TP no geral, o que menos gostaram, como se sentiam neste momento (aspetos físicos, stress, relação com o RN, confiança perante a amamentação, sentimentos e necessidades relacionadas com a transição para a parentalidade, reacção dos outros filhos ao novo contexto, principais dificuldades atuais, entre outras).

4.2. Ingestão de Líquidos Claros durante o primeiro estadio do TP

O parto consiste num evento ímpar na vida de cada mulher/casal, que deveria ser vivenciado como algo aprazível e positivo, e não como a imagem de um episódio sofredor e doloroso. Trata-se de um momento especial e natural, que deveria ser vivenciado ativamente pelas mulheres, apoiado por práticas humanizadoras e profissionais empáticos. As práticas obstétricas “incluem o respeito pelo processo fisiológico e dinâmica própria de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis” (APEO & FAME, 2009, p.15). Uma experiência positiva acerca dos cuidados prestados durante o parto está associada a resultados positivos no que concerne à saúde física e mental. (Baldisserotto, Filha & Gama, 2016; DGS, 2005). Uma relação empática, respeito, privacidade, clareza na informação, disponibilidade para responder a questões e a presença do pai / pessoa significativa durante o TP estão associados a uma experiência e avaliação positiva por parte das mães, dos cuidados recebidos durante o TP ⁴² (Baldisserotto, Filha & Gama, 2016). A avaliação das mulheres perante os cuidados de saúde recebidos durante TP é um importante indicador da qualidade dos cuidados (Baldisserotto, Filha & Gama, 2016).

Uma das práticas humanizadoras do parto consiste em evitar jejuns prolongados durante o TP, promovendo a ingestão de LC (Marque *et al*, 2006). Beber adequadamente consiste numas das NHF do ser humano (Henderson, 2007), cabendo ao enfermeiro, e ao EESMO em particular, promover a

⁴² “(...) empathic support and respectful health professionals, privacy in the birthing place, clarity of information received by the woman, time available to ask questions and receive explanations, and presence of a companion during labor and childbirth were associated positively and significantly with assessment by mothers of the care received during labor and birth(…)” (Baldisserotto, Filha & Gama, 2016, p. 202)

satisfação destas necessidades às pessoas alvo dos seus cuidados. Nos estudos encontrados na RL não havia informação específica quanto à ingestão durante o primeiro estadio de TP, mas apenas no que concerne ao TP num todo. No estudo de Baldisserotto, Filha & Gama (2016) 34,5% das mulheres inquiridas mencionaram a ingestão livre como boas práticas durante o TP. O jejum durante o TP é desnecessário considerando que a ingestão de LC pode providenciar conforto, sem comprometer a segurança, mesmo em caso de ser necessário realizar posteriormente uma cesariana com anestesia geral (Parons ang Nagy, 2006). A política da restrição da ingestão oral está relacionada com a atitude dos profissionais e não com a evidência científica (Hunt, 2013), diminuindo a satisfação das mulheres e, conseqüentemente, a qualidade da experiência do nascimento (Dias *et al*, 2011).

Na instituição hospitalar onde desenvolvi este EC não existia nenhum documento oficial que protocolasse a ingestão de LC em TP. Assim, os parâmetros que utilizei para sugerir e implementar a ingestão de LC, sempre sob a orientação e supervisão de um EESMO, foram os sugeridos pela OE 2015 no projeto Maternidade com Qualidade (ver capítulo 2.2.).

Durante o EC, após perceber que a parturiente preenchia os pré-requisitos para promover a ingestão de LC (ver capítulo 2.2.), despistando contra-indicações, abordava a temática junto desta e respetiva pessoa significativa. Procurava referir os benefícios e contra-indicações deste processo, a fim de capacitar e promover uma escolha informada e livre acerca do rumo do seu TP. Evitei uma explanação exaustiva à temática, adaptando-me às questões colocadas e ao contexto envolvente no momento. As informações recebidas durante o TP são cruciais para uma boa avaliação dos cuidados recebidos, na medida em que promove a autonomia das mulheres (Baldisserotto, Filha & Gama, 2016), conferindo-lhe uma participação ativa no processo do nascimento. “A desinformação interfere na gravidez e no parto, gerando insegurança, medo do desconhecido, podendo gerar traumas futuros” (Dias *et al*, 2011, p. 607). A falta de conhecimento conduz ao medo e embaraço, pois parturientes referem não se alimentar durante o TP por vergonha de evacuar durante o segundo estadio do TP e pelo constrangimento de uma lavagem intestinal (Dias *et al*, 2011). Emerge então a necessidade urgente de melhorar a educação no que concerne à ingestão oral em TP,

desenvolvendo políticas adequadas, de acordo com a evidência disponível para as melhores práticas⁴³ (Hunt, 2013). A falta de informação das mulheres e as baixas expectativas no que concerne à experiência do nascimento, conduz a não considerarem relevante práticas que são recomendadas para o TP (Baldisserotto, Filha & Gama, 2016).

A fim de promover uma prática de ingestão de LC segura, além do registo preciso e conciso desta prática em Notas de Enfermagem no processo hospitalar das mulheres, com referência à hora, volume e tipo

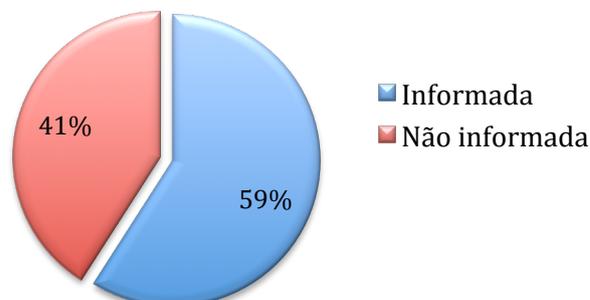


Gráfico 4. Informação relativa à possibilidade de ingestão de LC

de líquido ingerido, preenchi o instrumento de registo previamente construído. Efetuei registo de todas as Mulheres durante o TP que cumpriam os pré-requisitos estipulados para a ingestão de LC, sendo o total de 102. Os dados obtidos foram organizados em tabelas (Microsoft Office Excel[®]), de forma a facilitar a sua interpretação, tendo também recorrido a gráficos para o efeito.

A maioria das mulheres / casais conhecia esta possibilidade durante o TP (gráfico 4), perpetuando a sua prática. Apenas uma parturiente recusou a ingestão de LC. Quando questionada acerca do motivo da recusa simplesmente afirmou não o desejar. No decurso da assistência prestada foi possível notar uma recusa em todas as atividades sugeridas (como a deambulação, a hidroterapia, a utilização da bola de Pilates), que, já no quarto estadio do TP, revelou dever-se a uma experiência negativa anterior, que a conduziu a uma desconfiança total nos profissionais de saúde, a elevar barreiras comunicacionais com o intuito de se auto-preservar e prevenir o reviver do sofrimento experienciado. As restantes mulheres aderiram a esta prática, sendo que a questão recorrente era se não implicaria danos para o RN ou iria “fazer mal” ao TP. Deste universo de mulheres que desconheciam a possibilidade de ingestão, cerca de 36% já tinham experiência de, pelo menos, um parto hospitalar anterior, onde não lhes tinha sido apresentada esta

⁴³ “(...) education regarding oral intake in labour is required in the development of appropriate polices, in keeping with available evidence for best practice” (Hunt, 2013, p. 502).

possibilidade, havendo mesmo mulheres que referiram que das memórias mais presentes que tinham do TP anterior era a dipsia sentida. O EESMO tem um papel preponderante a desempenhar no sentido de alargar o universo de escolha das mulheres, rompendo com o modelo biomédico enraizado nas sociedades ocidentais, capacitando-as para a tomada de decisão efetiva durante o seu TP, conferindo conselhos durante a gravidez e TP, baseando-se na mais recente evidência científica, que orienta e norteia a sua prática. Os cuidados pré-natais surgem como um momento preferencial e primordial de abordagem à temática. Estes devem incluir informação sobre benefícios e riscos da ingestão oral em TP, capacitando as mulheres / casais para uma escolha informada (Hunt, 2013). No entanto, é possível concluir que os cuidados pré-natais ainda não providenciam a informação necessária sobre práticas recomendadas para o TP e direitos das mulheres (Baldisserotto, Filha & Gama, 2016).

De referir que, após informadas acerca da ingestão de LC durante o primeiro estadio do TP, muitas mulheres delegavam esta decisão no profissional de saúde em que, se consideravam ser positivo para o seu TP, aceitavam esta prática. O EESMO emerge como o profissional de eleição na promoção da ingestão de LC durante o primeiro estadio do TP, bem como a defesa dos direitos desta. No TP as mulheres estão num estado de dependência e esperam que o EESMO atenda a todas as suas necessidades (Dias *et al*, 2011). Tal como supracitado, é comum a carência de informação. Esta falta de conhecimento por parte das mulheres e a inadequação dos cuidados às suas necessidades são entendidas como desinteresse pelas próprias, o que conduz a sentimentos de abandono e desrespeito (Dias *et al*, 2011). É essencial que os EESMO estejam comprometidos às mulheres, atendendo às suas NHF (Henderson, 2007), oferecendo informações adequadas, bem como o cuidado necessário durante o processo de nascimento, com vista a torná-las seguras nas suas escolhas e protagonistas deste momento. (Dias *et al*, 2011). Estes devem rever as políticas referentes à ingestão no TP respeitando as suas convicções, considerando as recomendações para uma boa prática e a PBE, evitando as crenças tradicionais⁴⁴ (Hunt, 2013). “(...) O enfermeiro precisa

⁴⁴ “(...) midwives should review the policy of eating and drinking in labour within their own trusts, and take

estar disposto em auxiliar e amparar a paciente, e desta forma aperfeiçoar a qualidade de sua comunicação, buscando conhecimento, melhorando a qualidade da assistência” (Dias et al, 2011, p.607).

Das mulheres incluídas na prática de ingestão de LC em TP, 60 parturientes (cerca de 59%) referiram ter conhecimento acerca desta possibilidade no decurso do TP. Quando explorada a origem deste conhecimento, umas referiram recordar a experiência de TP anterior, outras mencionaram a abordagem à temática no curso de preparação para o nascimento e ainda outras em que o conhecimento emergiu de pesquisas na internet e conversas informais com pessoas significativas que pariram recentemente.

Compreendendo a carência e necessidade de informação referente à Ingestão de LC em TP, articulei-me com a EESMO responsável pela preparação para o nascimento na unidade hospitalar onde o EC foi realizado. Devido ao planeamento estruturado das sessões, não foi possível desenvolver autonomamente uma sessão alusiva à temática. No entanto, foi possível integrar a equipa formativa num dia em que a temática ia ser abordada⁴⁵. Assim, integrei este projeto já existente a nível hospitalar, onde expus a evidência científica relativa à ingestão de LC em TP, quais os líquidos considerados LC e respondi a questões colocadas pelos casais.

No decorrer do TP aumentava o número de ingestões voluntárias de LC. Os produtos inicialmente propostos para a ingestão cingiam-se a água natural e fresca, ice tea, chá, gelatina e sumo sem polpa, limitação esta devido aos recursos disponibilizados pela unidade hospitalar. No entanto, muitas mulheres sugeriam novos produtos, como gomas e gelados (à base de gelo), que os pais /pessoas significativas adquiriam, permitindo assim, atendendo às suas preferências individuais, satisfazer esta NHF. Quando lhes é disponibilizada a informação e é conferido um ambiente facilitador, as mulheres atuam como agente ativo no seu processo de saúde, na tomada de decisões e no diagnóstico de necessidades afetadas.

Após a ingestão de LC, todas as mulheres referiram um aumento do

into account the recommendations listed and practice-based evidence other than traditional beliefs” (Hunt, 2013, pl. 502).

⁴⁵ ICM 1 – “(...) participar em discussões de educação para a saúde com e para as mulheres e as suas famílias”; H2.1. Promove a saúde durante o período pré-natal e em situação de abortamento.

conforto, bem como um aumento da satisfação. Conforto consiste numa experiência imediata e holística, que é reforçada por meio da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, a nível físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003). O verbalizado pelas mulheres vem ao encontro do referido pela OE, que a ingestão oral associada ao TP promove um “aumento do conforto e da satisfação da parturiente” (2014c, p.2). Verbalizaram ainda que esta prática ajudava a lidar com a dor, na medida em que abolia a dipsia e a “sensação de estômago vazio”, ficando esta NHF colmatada.

Durante este EC, não foi possível encontrar uma relação entre emese e ingestão. Os episódios de emese registados não antecederam ou precederam a ingestão de LC, ocorrendo maioritariamente quando a dilatação cervical se apresentava superior a 8cm. Após o episódio de emese, algumas mulheres solicitavam mesmo uma nova ingestão, no sentido de melhorar a sensação de bem-estar. Nas mulheres analgesiadas (através de analgesia epidural ou sequencial⁴⁶), não encontrei nenhuma alteração em relação às que não tinham analgesia locorreional no que concerne à promoção da ingestão de LC durante o primeiro estadio de TP, na sua solicitação, possíveis episódios de emese ou alteração da sensação de conforto e satisfação da NHF.

Não houve registos de síndrome de Mendelson em nenhuma das 102 mulheres a quem prestei cuidados e que ingeriram LC, sendo que 11 tiveram partos distócicos, 2 deles por cesariana. Embora os resultados obtidos pela observação da ingestão de LC durante o primeiro estadio de TP não sejam possíveis de extrapolar, estes vão ao encontro do defendido pela evidência científica. A ingestão de LC, com os requisitos e dentro dos parâmetros já neste relatório mencionados, resulta na promoção de cuidados de qualidade, proporcionando satisfação, conforto e bem-estar à mulher.

Dos estudos seleccionados através da RL é possível constatar que todos defendem a ingestão de LC durante o primeiro estadio de TP, visando os seus benefícios, mas apenas um aborda as atividades do EESMO nesta prática.

⁴⁶ Analgesia epidural é a analgesia mais utilizada em TP. Consiste na punção do espaço epidural (a nível lombar, normalmente L3-L4 ou L4-L5) com a administração de uma mistura analgésica. A analgesia sequencial é utilizada maioritariamente na fase latente do TP. Esta consiste na realização de uma técnica epidural seguida da punção do espaço subaracnoideu, onde se administra o opióide (Guerra, 2015).

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No contexto dos cuidados de enfermagem, como na investigação ou ensinamentos clínicos que visam a aquisição de competências, os fenómenos estudados emergem das relações humanas, sendo imperativo uma atitude baseada nos princípios e direitos fundamentais dos participantes neste evento. Na perspectiva de Fortin (2003), a ética consiste na ciência da moral e arte que dirige a conduta do indivíduo através de um conjunto de permissões e interdições de enorme valor na sua vida.

No decurso do exercício profissional os enfermeiros “(...) deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2012b, p.17). Então, a prática de cuidados de enfermagem pressupõe a salvaguarda da “(...) dignidade de toda e qualquer pessoa em todas as circunstâncias e dimensões” (OE, 2015, p.19). Para Nunes (2013) existem seis princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana que devem ser respeitados: beneficência, avaliação da maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade. Na promoção da ingestão de LC durante o primeiro estágio de TP a seleção das parturientes foi criteriosa, respeitando os requisitos definidos pela OE (2013), respeitando o princípio da beneficência e não maleficência.

Corroborando os princípios acima descritos a OE (2010a), no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, refere que enfermeiro deve: proteger os direitos humanos (defendendo a pessoa a cargo dos seus cuidados), respeita e promove a privacidade, respeita o direito de escolha e autodeterminação, promove a confidencialidade e segurança da informação oral e escrita, respeita os valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas dos indivíduos e grupos.

No decurso do EC que resultou no construto do presente relatório as intervenções de enfermagem foram planeadas e realizadas “(...) com preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (OE, 2012b,p.74), respeitando a “(...) integridade biopsicossocial, cultural e espiritual” (OE, 2012b, p.77) das pessoas alvo dos cuidados. Concomitantemente, foi promovido o consentimento prévio, livre e esclarecido, de todas as atividades desenvolvidas, demonstrando “(...) respeito pelas

decisões que cada um toma acerca de si, conquanto sejam livres e esclarecidas” (OE, 2005, p.112). Desta forma foi promovido um esclarecimento individual, evitando uma explanação predefinida e alargada, mas indo ao encontro das reais necessidades da Mulher, respeitando o direito de ser agente ativo na tomada de decisão nos cuidados a lhe serem prestados. Assim a recolha de dados efetuada, recorrendo à observação em contexto da interação estabelecida, decorreu após o esclarecimento e consentimento das mulheres.

Importa ainda ressaltar que na área obstétrica também o embrião / feto devem ser considerados sujeito de direitos (OE, 2005) e, como tal, respeitados durante todo este processo, salvaguardando e potenciando o seu bem-estar.

O instrumento de registo da ingestão de LC durante o primeiro estadio de TP foi negociado e aprovado pela chefia, equipa e orientadores e implementado, em contexto da prestação de cuidados, às mulheres que tive a meu cuidado.

Em todo este processo enquanto futura EESMO, na relação profissional foram respeitados os valores universais (igualdade, liberdade responsável, verdade e justiça, altruísmo e solidariedade, competência e aperfeiçoamento profissional) e todas as intervenções foram norteadas pela responsabilidade, respeito pelos direitos humanos e excelência do exercício profissional.

6. LIMITAÇÕES

No decurso deste processo pedagógico, assegurar o máximo rigor metodológico foi uma preocupação constante.

Como limitação major deste percurso é-me obrigatório mencionar os constrangimentos temporais. Concomitante à elaboração do presente relatório, decorreu o ensino clínico, as exigências académicas e profissionais, conduzindo a um inevitável cansaço.

Através da pesquisa na literatura existente foi possível obter a evidência científica necessária para justificar a promoção e implementação da ingestão de LC durante o primeiro estadio de TP. No entanto, as intervenções concretas do EESMO promotoras da ingestão de LC durante o primeiro estadio de TP ainda carecem de mais investigação.

7. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

O construto do presente relatório reforça a necessidade emergente de mudanças em diversas vertentes dos cuidados de enfermagem especializados, quer no contexto da prática clínica, quer a nível da formação, investigação e gestão de cuidados no sentido da optimização e melhoria dos mesmos. A área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia tem sofrido reais alterações na prática clínica quotidiana, no sentido de promoção da PBE, revelando um interesse e vontade dos EESMO em mais saber, em melhor cuidar. Porém, ainda um longo caminho é necessário percorrer para melhorar o contexto global dos cuidados experienciados pela Mulher / família / pessoa significativa no processo de nascimento.

Seguidamente apresentam-se algumas sugestões para a melhoria da qualidade dos cuidados, nas diferentes áreas.

7.1. Prática Clínica

No que concerne à ingestão de LC durante o primeiro estadio de TP, a alteração do paradigma dos cuidados, nos últimos anos, tem sido uma realidade, no sentido da promoção da ingestão e do descontinuar de longos e desnecessários períodos de jejum. Contudo, ainda existem medidas a ser implementadas, com o intuito de aplicar este procedimento de forma segura e eficiente nas instituições de saúde, que culmina em cuidados de qualidade, holísticos, com a mulher como elemento central dos cuidados. Ao EESMO cabe contribuir para a experiência positiva da mulher do seu TP, através da prevenção de períodos de jejum desnecessário, facultar informação relativa a esta ingestão, incentivar e negociar com os restantes profissionais a sua prática, realizar registos concisos e rigorosos sobre a ingestão (inicialmente em notas de turno de enfermagem, mas criar uma folha de registo para esta ingestão), promovendo uma decisão partilhada entre as mulheres / casais e o profissional de saúde. A recusa por parte dos profissionais à ingestão de LC às mulheres, alvo da assistência obstétrica, durante o primeiro estadio de TP resulta num desconforto físico e emocional para esta, sendo uma forma de violência institucional.

Com o intuito de promover e implementar uma prática regular e segura da ingestão de líquidos claros durante o primeiro estadió de TP, sugere-se a realização de formação em serviço acerca da temática, de forma a sensibilizar os profissionais para esta, não só a nível de cuidados hospitalares, mas também a nível dos cuidados de saúde primários, que irão contactar com as mulheres numa fase inicial da gravidez. Além do tema base deste relatório, sugere-se ainda a realização de formações em serviço acerca de parto humanizado, natural e fisiológico, abordando os vários recursos existentes, como a bola de pilates, banco de parto, liberdade de movimentos durante o trabalho de parto, decisão informada da parturiente, que consistem em cuidados possíveis de realizar no que concerne à existência de material (não sendo utilizados, muitas vezes, por resistência e insegurança dos profissionais de saúde).

No âmbito desta temática, é urgente dotar as mulheres / casais de conhecimento e informação acerca da possibilidade de ingestão de LC durante o primeiro estadió do TP, promovendo o *empowerment* das mesmas e tornando-as agente ativo na tomada de decisão perante o seu processo de saúde. Para tal sugere-se abordar a temática no decurso da gravidez, emergindo como momentos chave privilegiados para o efeito as consultas de vigilância do bem-estar materno-fetal ou nos CPN. Propõe-se ainda criar cursos de CPN que garantam a acessibilidade a todas as mulheres que o desejem frequentar. Propõem-se que todas mulheres/casais sejam assistidos no periparto por um EESMO.

Embora já tenham sido criados indicadores relativos à ingestão de LC em TP (emanados pela OE 2013 no projeto Maternidade com Qualidade), na prática quotidiana dos cuidados de saúde a sua promoção ainda é parca e, nas instituições onde praticada, os registos quase inexistentes.

7.2. Investigação

A investigação em enfermagem, embora em desenvolvimento em Portugal, ainda carece de progresso e crescimento. Na área da ingestão de LC durante o primeiro estadió de TP seria de grande interesse existir um ponto de situação a nível nacional da sua prática em termos das unidades hospitalares.

Seria igualmente importante abordar a ingestão de LC no TP sob a perspectiva da mulher, com particular incidência em mulheres que tiveram a experiência de um TP com jejum e de um TP com ingestão de LC. Ainda a este respeito, também a satisfação da mulher perante esta prática carece de estudo, uma vez que esta consiste numa preocupação crescente a nível dos cuidados de saúde. Dado a escassez de estudos referentes à intervenção do EESMO na promoção deste processo, propõe-se a realização de trabalhos de investigação neste sentido.

Propõe-se ainda a criação e divulgação de bolsas de investigação, que permitam aprofundar o conhecimento a nível da ingestão de LC durante o primeiro estadió de TP, com parcerias com outras instituições nacionais e internacionais.

7.3. Gestão de Cuidados

Os cuidados do EESMO, traduzem-se em ganhos para as mulheres, crianças e famílias (OE, 2015), representando ainda uma gestão eficaz e eficiente dos recursos humanos disponíveis nas unidades de saúde. Desta forma, uma gestão de planeamento familiar autónoma, vigilância completa da gravidez de baixo risco, vigilância e acompanhamento do TP, consistem em áreas de assistência da competência do EESMO, que ainda carecem de evolução no sentido da promoção da autonomia deste profissional.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório resulta do trabalho desenvolvido durante o percurso formativo do 6º CMESMO, que culmina na realização do último EC do curso. Neste sentido, este documento pretendeu traduzir a análise e reflexão sobre as competências alcançadas ao longo de todo o processo.

O nascimento é um evento de mudança de vida e o apoio conferido às Mulheres durante o TP tem o potencial de as afetar fisicamente e emocionalmente, a curto e longo prazo (NICE, 2014). A OMS, reconhecendo a importância crucial deste evento na vida humana, tem vindo a recomendar inúmeras práticas que respeitem o processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento. É essencial exercer as boas práticas para promover o autocontrolo à Mulher no processo do parto, o respeito e o direito de escolha na tomada de decisão (Souza & Dadam, 2008). O EESMO emerge neste contexto como o profissional de saúde eleito para acompanhar a Mulher e família neste evento, conferir apoio e conforto, norteado pela mais recente evidência científica e reflectindo acerca das suas práticas e atividades. Um EESMO dotado de espírito crítico, de boa vontade e de conhecimento, é o aliado perfeito para a concretização de um parto único, que respeite a dignidade da Mulher e satisfaça as suas necessidades fundamentais. No decurso deste EC foram prestados cuidados especializados à Mulher, RN e família, respeitando os princípios éticos e de acordo com as competências do EESMO (segundo ICM, 2010; OE 2010a e 2010b).

Os resultados obtidos através da RL e da interação estabelecida com as mulheres / casais de quem cuidei, permitiram comprovar o benefício da ingestão de LC durante o primeiro estadió de TP no bem-estar materno-fetal, conferindo às mulheres um maior conforto, satisfação, autonomia e protagonismo. O EESMO surge como elemento fulcral na satisfação das NHF da parturiente, sendo a promoção da ingestão de LC algo que pode ser proporcionado à maioria das mulheres em TP. Sendo esta prática ainda não promovida em muitas instituições hospitalares (OE, 2013), cabe ao EESMO atuar enquanto agente de mudança, modificando os procedimentos nefastos para a Mulher. Cabe ao enfermeiro, em particular ao EESMO, defender os direitos da parturiente, do casal, da família, promovendo a prática dos melhores

e mais adequados cuidados de saúde. Então é emergente a mudança do paradigma nacional no que concerne à ingestão de LC pelas parturientes durante o primeiro estadio de trabalho de parto, abolindo práticas rotineiras, baseadas em crenças tradicionais e sem justificação científica.

A concretização deste relatório reflete o caminho percorrido no desenvolvimento de competências que me permitirão atuar enquanto futura EESMO, nomeadamente no que concerne à ingestão de LC durante o primeiro estadio do TP, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados materno-fetais, para a promoção de um apoio de excelência e norteada pela PBE, seguindo uma conduta ética que respeita a Mulher e família, no todo que a constitui. O presente relatório resulta no culminar de um processo de aprendizagem, mas me revi e cresci, onde fica um agradecimento particular e infindável a todos os que me orientaram e apoiaram, a todas as Mulheres e famílias que me incluíram neste momento das suas vidas, resultando num sentimento de realização pessoal e profissional, em que todo o empenho e dedicação foram, soberbamente, compensados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. C. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Formasau

ACOG (2005) *Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia*. Obstet Gynecol Committee Opinion, 326;106(6):1469-70.

ACOG (2009). Oral intake during labor. *ACOG Committee Opinion* n.º 441. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. Obstet Gynecol 2009b;114:714.

American society of Anesthesiologists. (2016). Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology*, 124(2), 1-31.

Andrade, D., Horta, H., Alves, L., Júnior, W. & Ferreira, C. (2005). Síndrome de Mendelson: Relato de Caso. *Revista de Radiologia Brasileira*. 38 (4), 309-3011

Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras & Federação da Associação de Matronas de Espanha (2009a). *Iniciativa Parto Normal: as parteiras apoiam o parto normal*. Lisboa: Lusociência

Baker C. (1996). Nutrition and hydration in labour. *British Journal of Midwifery*. 4: 568-572

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto

Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics* (2. ed.) New York: Springer.

Cabral, I.C. (2005). Infertilidade – Morte luto na gravidez e puerpério. *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa. Fim de Século, 151-174.

Calais-Germain, B. & Vives, N. (2009). *Parir en movimento*. Barcelona: La Liebre de Marzo.

Cardoso, A.B., Pinto, P. (2002). Acolhimento do doente no hospital – um cuidado de enfermagem. *Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem*. 170: 11-14.

Cardoso, T., Alarcão, I. & Celorico, J. (2010). *Revisão da literatura e sistematização do conhecimento*. Porto: Porto Editora.

Chalmes, H. (1990). Nursing models: enhancing or inhibiting practice. *Nursing Standard* 5, 11: 34-40.

Craig, J. V. & Smith, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência: Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência

D'Espiney, L. (2004). *Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional - Grupos por Área de Conhecimento*.

Direção Geral da Saúde (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e na Primeira Infância*. Lisboa: DGS

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

Enfermagem, C. D. (2010). *Parecer n.º 275: Realização de Cardiotocografia*.

Fatia, A.; Tinoco, L. (2016). *Trabalho de Parto*. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (pp.308-320).Lisboa: Lidel

Fleury, M. & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea*. Edição Especial, 183-196.

Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociência

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Gadonski, G. & Irigoyen, M. (2008), Aspectos fisiológicos da hipertensão arterial na gravidez. *Hipertensão* 11(1), 4-8

George, J. & e Colaboradores. (2000). *Teorias de Enfermagem: Dos Fundamentos à Prática Profissional* (4th ed.). Porto Alegre: Artmed.

Graça, L. (2010). *Medicina Materno-Fetal* (4a Edição). Lisboa: Lidel

Guerra, A. (2015). *Analgesia e Anestesia em Obstetrícia*. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (pp.425-431). Lisboa: Lidel.

Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência

Higgins J; Green, S. (2011). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0. *The Cochrane Collaboration*. 2011. Acedido a 14/05/2015. Disponível em www.cochrane-handbook.org

ICM. (2010). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Acedido a 12-01-2017. Disponível em <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>

Instituto Nacional de Estatística (2017). *Idade média da mãe ao nascimento de um filho – Portugal*. [em Linha]. Acedido a 27/07/2017, disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Idade+média+da+mãe+ao+nascimento+de+um+filho-417>

International Federation of Gynecology and Obstetrics (2015). *FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring*. Cardiocography. Acedido a 15-01-2016. Disponível em [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(15\)00395-1/fulltext](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(15)00395-1/fulltext)

King, W. (2010). Pulmonary aspiration of gastric contents. *Anaesthesia tutorial of the week* 192. Acedido a 05-04-2017. Disponível em <http://www.frca.co.uk/Documents/192%20Pulmonary%20aspiration%20of%20g>

astric%20contents.pdf

Kolcaba, K. (2003). *Comforto theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer publishing company.

Leitão, J.C. (2010). *Autonomia da mulher em trabalho de parto*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Departamento de Bioética. Lisboa.

Lobo, S. *et al.* (2010). Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. *Rev.esc.enferm.USP*, 44 (3), 812-818

Longarito, C. (2002). O Ensino Clínico: A Importância da orientação e a construção do saber profissional. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5, 26-33.

Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7th ed.). Loures: Lusodidacta

Luna, M. S. *et al.* (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría*. 71 (4), 349 - 361.

Machado, N., Praça, N. (2006). Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Revista da escola de enfermagem da USP, Itapeceira da Serra*, 40(2). Acedido a 21-05-2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200017&lang=pt&lng=pt>.

Marque, F., *et al.* (2006). A percepção da equipe de enfermagem sobre a humanização do parto e nascimento. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Acedido a 16-04-2017. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300012&lng=pt&nrm=iso.

Masters, K. (2012). *Nursing Theories: A Framework for Professional Practice (Masters, Nursing Theories). 12nd Edition*. Jones & Bartlett Publishers:.

McEwen, M. & Wills, E. (2009). *Bases teóricas da enfermagem (2nd ed.)*. Porto Alegre: Artmed.

Moura, F. *et al* (2007). A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Ver. Brasileira de Enfermagem*. 60(4), 452-455, Acedido a 14-05-2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-71672007000400018&lng=en&nrm=iso>.

National Institute for Care and Health Excellence (NICE) (2014). *Clinical Guideline Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth*. Acedido a 18-01-2015. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190>.

Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*.

Nunes, L., et al. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, (15), 1–38.

Ordem dos Enfermeiros (2012c). *Documento de Consenso «Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada»* subscrito pela DGS, APEO e OE. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a 14-07-2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*.

Acedido 10-06-2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012a). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de bolso – Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia / Parteiras*. Acedido a 3 de outubro de 2015 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012b). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2014a). Projeto da MCEESMO-OE, Maternidade com Qualidade. *Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto*.

Ordem dos Enfermeiros. (2014b). Projeto da MCEESMO-OE, Maternidade com Qualidade. *Influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido*.

Ordem dos Enfermeiros. (2014c). Projeto da MCEESMO-OE, Maternidade com Qualidade. *Efetivar a ingestão ao longo do trabalho de parto, segundo diretrizes da OMS*.

Ordem dos Enfermeiros. (2014d). *Realizar precocemente contacto pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno*. Maternidade com Qualidade.

Organização Mundial de Saúde (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

Organização Mundial de Saúde (2014a). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Acedido a

19-07-2017. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf

Organização Mundial de Saúde (2014b). WHO recommendations for augmentation of labour. Acedido a 10/07/2017, Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

Peixoto, N., Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11): 121-132.

Pelletier, D. & Duffield, C. (2003). Work sampling: Valuable methodology to define nursing practice patterns. *Nursing and Health Sciences*, 5, 31-38

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados*. Coimbra: Quarteto

Regulamento N.º 122/2011 de 18 fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II série, N.º 35 (18/02/2011). 8648-8653.

Regulamento N.º 127/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República II série, N.º 35 (18/02/2011) 8662 8666.

Ricci, S. (2008). *Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher*. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan.

Roy, M. et al. (2014). Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. *Medicina Naturista*, 8 (1), 23-30 .

Royal College of midwives (2012). *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour: Nutrition in Labour*. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Nutrition%20in%20Labour.pdf>

Sackett, D. K. (1998). *Evidence-Based Medicine*. Spine, Lippincott-Raven Publishers, pp. 1085-1086

Santos, C. C.; Pimenta, C. A.; Nobre, M. C.(2007). The pico strategy for the research question construction and evidence search. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 508-511

Schub, E. & Hurst, A. (2017). Fetal Monitoring: Cardiac. *Nursing Practice & Skill*, 5.

Singata M, Tranmer J, Gyte GML. (2013). *Restricting oral fluid and food intake during labour*. Cochrane Database Syst Rev (8).

Souza, A. C., & Dadam, S. H. (2008). Parto Humanizado ou parto mecanizado. *Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro, Convenção Brasil/Latino - América, XIII, VIII, II. Anais*. Curitiba. Disponível em www.centroreichiano.com.br.

Tomey, A. M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. 5a ed. Loures: Lusociência, 111-126.

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5th ed.) Loures: Lusociência.

Velho, M. B., Oliveira, M. E., Santos, E. K. A. (2010). Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. *Ver.Brasileira de Enfermagem*, 63(4): 652-659. Acedido 13-02-2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>

WHO (2012a). *WHO Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage*. Genebra: WHO.

WHO (2012b). *Guidelines on Basic Newborn Ressuscitation*. Genebra: WHO

Wilson, K., Sirois, F. (2010). *Birth attendant choice and satisfaction with antenatal care: the role of birth philosophy, relational style, and health self-efficacy*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28 (1), 69- 83.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Questão PICO, processo de pesquisa e seleção de artigos

Questão PICO, Processo de Pesquisa e Seleção de Artigos

O EESMO tem a responsabilidade de almejar a melhoria constante dos procedimentos, de forma a proporcionar às mulheres cuidados especializados e de excelência, respeitando e colmatando as suas necessidades, baseando-se na reflexão e na evidência científica.

De forma a responder à temática subjacente a este relatório, bem como para promover os cuidados sustentados na evidência, foi utilizada a metodologia da Revisão Sistemática da Literatura que consiste no processo que permite realizar o levantamento e exame crítico sobre as publicações pertinentes sobre um domínio de investigação (Fortin,2003). Através da revisão sistemática da literatura pretende-se aceder à melhor evidência científica encontrada acerca da temática proposta a analisar. “As revisões sistemáticas são métodos rigorosos de reduzir o viés, e podem proporcionar resumos fiáveis de evidência relevante pela investigação” (Craig e Smyth, 2004, p. 164). As revisões sistemáticas da literatura incluem uma estratégia de pesquisa global, uma análise e síntese da evidência através da investigação, podem ser utilizadas como um atalho no processo baseado na evidência(Craig e Smyth, 2004). No entanto, embora seja realizado um recurso à forma de pesquisa da revisão sistemática da literatura, devido à exigência da mesma, apenas é realizada uma Revisão da Literatura, em que as principais bases de pesquisa são consultadas, mas a literatura cinzenta ou inacessível por motivos temporais ou económicos não é incluída.

A RL compreende uma pesquisa organizada e sistematizada da informação acerca de determinada temática. Como tal, esta compreende 4 etapas de execução, segundo Craig & Smyth (2004):

1. Pergunta orientadora da RL, com o esquema de referência PICO
2. Aplicação dos critérios de inclusão.
3. Seleção da literatura e abdução de dados.
4. Estudo e interpretação dos resultados.

Numa tentativa de sistematizar a busca de evidência, atendendo à temática que fundamenta e orienta este projeto de estágio, parte da seguinte questão de partida:

Quais as intervenções do EESMO na promoção da ingestão de líquidos claros durante o primeiro estadio do trabalho de parto?

O quadro seguinte (quadro nº1) apresenta a questão PICO de forma estruturada e as palavras-chave a cada dimensão associadas. A cada grupo de palavras-chave encontradas, atribuí a designação de S1, S2 e S3.

			Palavras-chave	
<u>P</u>	Participantes	Parturiente	<ul style="list-style-type: none"> • Pregnant women • Expectant Mothers • Pregnant • Parturient • Pregnancy 	S1
<u>I</u>	Intervenção	Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Nursing intervention • labor stage, first • labor, obstetric • delivery obstetric • midwifery • labor support • labor • obstetric delivery • childbirth • midwives 	S2
<u>C</u>	Comparação			
<u>O</u>	Resultados/ Outcomes	Ingestão oral de líquidos claros	<ul style="list-style-type: none"> • Clear liquids • Fluid intake • Fluid therapy • Nutrition • Nutrition therapy • Preprocedural • Eating 	S3

Quadro nº1 – Critérios para a formulação da questão de investigação

A pesquisa em questão foi efetuada em Julho 2017, nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text e Medline with Full Text através do sítio informático da ESEL. A escolha inicial destas bases de dados, deve-se a estas serem consideradas as bases de dados de referência para artigos científicos, relacionados com a área da saúde. Foram selecionados os artigos de carácter científico entre 2006 e 2017 livres de encargos financeiros, incluídos no âmbito da temática escritos em português, espanhol ou inglês.

De referir que as palavras-chave utilizadas foram pesquisadas nas bases de dados na sua forma indexada e na forma booleana (termo natural), utilizando na Medline os descritores MeSH 2017 e na CINAHL os descritores CINAHL Headings.

A pesquisa realizada encontra-se esquematizada no quadro nº2.

Base de dados	Palavras-chaves	Resultado de artigos	Limit.
MEDLINE with Full Text	S1 – pregnant women or parturient or pregnancy		
	S2 - labor stage, first or labor, obstetric or parturition or delivery obstetric or midwifery		
	S3 – fluid therapy or nutrition therapy or clear liquids or eating	482	61
<u>Cruzamento final: S1 and S2 and S3</u>			
*pesquisa feita na medline com descritores MeSH 2017			
CINAHL Plus with Full Text	S1 – expectant mothers or pregnant or pregnancy		
	S2 – labor support or labor stage, first or labor or obstetric delivery or childbirth or midwives or midwifery		
	S3 - fluid intake or diet therapy or nutrition or preprocedural	533	151
<u>Cruzamento final: S1 and S2 and S3</u>			
*pesquisa feita na medline com descritores CINAHL Headings			
Total:		1033	212

Quadro nº2 – Processo de Pesquisa e seleção de artigos

Dos 212 artigos obtidos, após filtrados os repetidos, analisados os títulos e, posteriormente, os abstracts, ficaram um total de 4 artigos correspondentes à melhor evidência disponível considerando a questão de investigação formulada.

No quadro nº 3 estão organizados os 4 artigos selecionados. A análise dos artigos encontra-se desenvolvida no Apêndice II do presente Relatório de Estágio.

Título do Artigo	Tipo de Estudo
Anaesthetists' perspective on oral intake for women in labour	Exporatório, tipo descritivo
Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "birth in Brazil" national research study, 2011/2012	Quantitativo
Literature review: Eating and drinking labour	Revisão da evidência científica
Nutrition and Hydration during labor: a nursing care	Qualitativo exploratório

Quadro nº3. Estudos selecionados e sua tipologia

APÊNDICE II

Análise dos artigos selecionados na RL

Análise dos artigos selecionados na RL

Quadro Síntese do Artigo 1

Autor / Ano / Título	<p>Myra Parsons and Sue Nagy 2006 Anaesthetists' perspective on oral intake for women in labour</p>
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar prática e opinião dos anestesistas em quatro hospitais de Sidney, Austrália, sobre: <ul style="list-style-type: none"> - As estratégias de prevenção da aspiração em cesarianas sob anestesia geral - Recomendação de ingestão oral para mulheres em TP com analgesia locorregional
Tipo de estudo / Procedimentos metodológicos	<p>Exploratório, tipo descritivo Questionário semi-dirigido com perguntas abertas, semi-abertas e fechadas.</p>
Participantes	<p>30 médicos anestesistas, que exerçam na área obstétrica</p>
Resultados / Conclusões	<div style="margin-bottom: 10px;"> <p>Restrições dietéticas durante o TP</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 Necessidade nas situações de emergência 2 Importância de um estômago vazio </div> <p>1 100% dos anestesistas referem que todas as mulheres devem ter 4 a 6 horas de jejum para anestesia geral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 13% defendem LC até 2h pré-cirurgia - 30/ afirmam que numa verdadeira emergência não é possível garantir o jejum - Motivo: imprevisibilidade da emergência; jejum é melhor; não preferem alimentos sólidos <p>2 - 80% dos anestesistas referem ser de importância vital - Grávida sempre considerada como tendo um estômago cheio, pelo que aumenta o risco de aspiração</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de consenso entre os anestesistas sobre a melhor prática para a preparação do estômago da grávida pré-anestesia, mesmo quando tem um cateter epidural colocado e funcionando. • Na grávida, tanto estratégias, como restrições dietéticas, medicação com efeito gástrico, nada previne a aspiração.

Cesariana:

- Jejum desnecessário pré-cirúrgico, LC ou mesmo uma tosta pequena podem providenciar conforto pré-operatório, sem comprometer a segurança.
- Com medicamentos e drogas atuais, jejuns prolongados, e até mesmo ingestão só de LC, podem ser restrições dietéticas excessivas, principalmente para mulheres em TP.

TP:

- Maioria dos anestesistas recomenda jejum, perante a eventualidade de cesariana.
- Recomendações ainda controversas sobre ingestão, por falta de estudos desenvolvidos.

TP com analgesia locorregional:

- Cada anestesista opta pelo regime dietético que acha melhor, sem bases teóricas ou evidência comprovada.

Quadro Síntese do Artigo 2

Autor / Ano / Título	<p>Marcia Baldisserotto, Mariza Filha e Silvana Gama 2016</p> <p>Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "birth in Brazil" national research study, 2011/2012</p>
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a associação entre a adoção de boas práticas, de acordo com as recomendações da OMS para o TP normal e nascimento, e a avaliação por parte das mulheres dos cuidados recebidos
Tipo de estudo / Procedimentos metodológicos	<p>Quantitativo</p> <p>Análise de regressão logística multinomial</p>
Participantes	<p>4102 puérperas, que experienciaram uma gravidez de baixo risco, com TP espontâneo ou induzido, no sudeste do Brasil</p>
Resultados / Conclusões	<p>- Mulheres referiram como boas práticas no TP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 25% a presença do acompanhante • 34,5% a ingestão livre • 45% a liberdade de movimentos • 37,5% medidas não farmacológicas de controlo da dor • 34,1% implementação do contacto pele a pele • 48,6% início da amamentação ainda no bloco de partos <p>- 90% consideram excelente ou muito bom aspetos relacionados com os profissionais de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • privacidade no parto • suporte empático • clareza da informação fornecida • Disponibilidade para responder a questões <p>- As mulheres que classificaram a relação empática, respeito e apoio dos profissionais de saúde como normal, fraco ou muito fraco têm 47 vezes maior probabilidade de classificar os cuidados gerais como normais e 257 vezes maior probabilidade de os catalogar como fracos ou muito fracos.</p>

- Uma boa relação entre a mulher e o prestador de cuidados durante o TP e parto é decisivo para a avaliação dos cuidados recebidos.

- Informação e esclarecimento durante o TP são entendidos como muito importantes para uma avaliação positiva, na medida em que estão relacionados com a autonomia na tomada de decisão.

- Não foi encontrada relação estatística entre a livre ingestão no TP e uma avaliação positiva ou negativa dos cuidados de saúde

○ Discrepância encontrada entre a baixa prevalência de boas práticas perante o parto normal e boas avaliações relativas aos cuidados recebidas (mulheres avaliam positivamente cuidados que não estão de acordo com as recomendações da OMS.

○ Relacionam com falta de informação sobre boas práticas e direitos das mulheres, não facultado inclusive nos cuidados pré-natais.

Quadro Síntese do Artigo 3

Autor / Ano / Título	Lauren Hunt 2013 Literature review: Eating and drinking labour
Objetivos	Investigar se, nas mulheres com gravidez de baixo risco, deve ser negada a ingestão de líquidos ou alimentos sólidos durante o TP.
Tipo de estudo / Procedimentos metodológicos	Revisão da evidência científica
Resultados / Conclusões	<ul style="list-style-type: none">- Os estudos encontrados demonstram que não existe evidência científica que restrinja a ingestão de líquidos ou alimentos sólidos durante o TP, e a validade dessa prática é questionável.- Nos estudos encontrados as participantes são grávidas de baixo risco, não existindo investigação que envolva grávidas de alto risco de anestesia geral.- A política de restrição da ingestão está relacionada com a atitude dos profissionais de saúde, não correspondendo à prática baseada na evidência.- Não existem problemas associados a ingestão de líquidos e alimentos sólidos em TP, excepto na ingestão excessiva de água (7 a 8 litros durante o TP), que pode conduzir a uma intoxicação materna por água, causando hiponatremia no RN.- O EESMO deve guiar-se pelas recomendações da NICE no seu julgamento clínico.- É necessária educação sobre a ingestão oral no TP e desenvolvimento de políticas adequadas, de acordo com a evidência disponível promovendo as melhores práticas.- Cuidados pré-natais necessitam conter informação no plano de parto relativa aos benefícios e riscos da ingestão oral em TP, capacitando a mulher para uma escolha informada.

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- É imperativo desenvolver mais estudos na área.- A informação pesquisada é repetitiva e todos os estudos são baseados no Síndrome de Mendelson, sem terem sido identificados quaisquer intercorrências específicas.- Os EESMO devem rever as políticas acerca de beber e comer em TP, baseados nas suas próprias convicções, considerar as recomendações e basear a sua prática na evidência científica, em detrimento de crenças tradicionais. |
|--|--|

Quadro Síntese do Artigo 4

Autor / Ano / Título	Dias <i>et al</i> 2011 Nutrition and Hydration during labor: a nursing care
Objetivos	Verificar como ocorre o cuidado de enfermagem à parturiente frente às necessidades de nutrição e hidratação no trabalho de parto
Tipo de estudo / Procedimentos metodológicos	Pesquisa qualitativa exploratória entrevistas semiestruturadas, analisadas segundo a análise de conteúdo de Bardin
Participantes	10 primíparas de baixo risco
Resultados / Conclusões	<ul style="list-style-type: none">- O não informar e abordar as parturientes acerca da ingestão durante o TP é uma lacuna no cuidado de enfermagem, pois a restrição de alimentos e líquidos pode provocar desidratação e cetose.- No estudo realizado, as mulheres relatam a falta de informação e orientação relacionada com a alimentação em TP. Associam este evento a um desadequado cuidado face às reais necessidades da parturiente durante o TP.- Ainda existe uma massificação e padronização ao atendimento, que menospreza os desejos e necessidades da mulher.- A desinformação da parturiente está associada a sentimentos de insegurança, medo do desconhecimento e traumas futuros.- Profissionais de enfermagem precisam estar dispostos a auxiliar e amparar a parturiente, aperfeiçoando a qualidade da comunicação, em busca do conhecimento e melhoria assistencial.- As expectativas das mulheres durante o TP passam pelo colmatar por parte dos profissionais de todas as suas necessidades, atendendo que se encontram num estado de dependência. O enfermeiro surge como o profissional que está mais próximo da mulher.- O Enfermeiro é o profissional mais competente para

proporcionar assistência física e emocional, pois possui uma gama de conhecimentos que os distingue dos restantes profissionais.

- Algumas grávidas recusam alimentar-se pela vergonha de evacuar durante o trabalho de parto ou pelo constrangimento de uma lavagem intestinal.

- O jejum experienciado durante o TP não causou melhoria perceptível, mas diminuiu a satisfação da parturiente e, conseqüentemente, a qualidade da experiência do nascimento.

- Atender às necessidades de hidratação e alimentação no TP é um importante fator de humanização no processo de nascimento.

- Necessidade de aprimoramento de uma prática mais efetiva face às necessidades apresentadas, bem como a importância de um resgate ao protagonismo no processo de nascimento.

APÊNDICE III

Instrumento de registo da ingestão de LC durante o
primeiro estadio de TP

Instrumento de Registro

Nome: _____ I.O.: _____ I.G.: _____ Data: _____

Técnica Farmacológica controle da dor

Tipo _____ Hora: _____ Repicagens: _____

Informação quanto à possibilidade de ingestão de líquidos claros no TP: Sim () Não ()

Informação sobre riscos e benefícios na ingestão de líquidos claros no 1º estadio TP: Sim () Não ()

Claras TP Ingestão Líquidos	Hora									
FL / FA										
V / S										
Tipo										
Volume ml										
↑ conforto										
↑↑ satisfação										

Vômitos										
Hora										
Conteúdo										
Dilatação cervical										

Parto: Sim Não

Síndrome Mendelson Sim Não

Duração TP: _____

Legenda: FL - fase latente TP; FA - Fase ativa TP; V- Ingesta Voluntária; S - Ingesta Sugerida; A - Água; IT - Ice tea; C - Chá; G - Gelatina; S - Sumo
 Realizado por Linda Cardoso Silva, baseado em OE (2015)

APÊNDICE IV

Instrumento de registo das atividades desenvolvidas de
acordo com a Diretiva 2005/36/CE

Instrumento de registo das atividades desenvolvidas de acordo com a Diretiva 2005/36/CE

Durante o Estágio com Relatório integrado no 6º CMESMO, a implementação de estratégias e atividades específicas do EESMO durante o TP é algo a ser praticado e desenvolvido. Atendendo aos distintos requisitos de experiências (definidos pela OE e ICM) para formação enquanto EESMO, segue-se uma apresentação dos procedimentos realizados no decurso deste EC.

No período deste EC assisti um total de 70 partos eutócicos vaginais, todos respeitando o prévio consentimento das mulheres / casal na minha participação, enquanto estudante da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstetrícia, no mesmo.

Promovendo uma PBE, procurei fomentar a liberdade de movimentos no período expulsivo da mulher, estimulando-a a adotar a posição que considerasse mais confortável e segura para o parto. No gráfico 1 constam as posições adquiridas durante o período expulsivo às

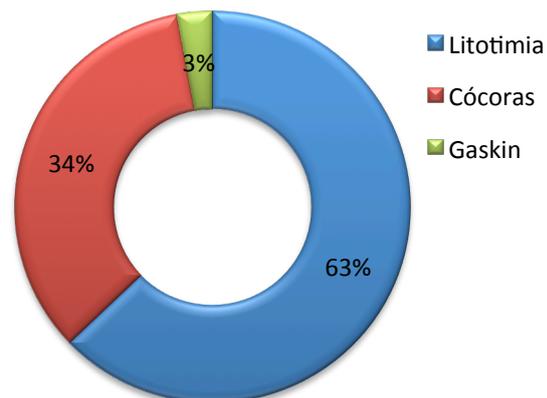


Gráfico 1. Posições adotadas no período expulsivo

mulheres alvo da minha prática de cuidados. Na observação do gráfico 1 é possível aferir que na maioria dos partos que realizei (63%) foram na posição de litotomia. Tal verificação considero justificar-se pela inexperiência e insegurança da minha parte. A posição de litotomia permite uma maior exposição da região perineal, permitindo uma acessibilidade da região facilitadora para o profissional de saúde. Ao longo do EC a incidência de partos em litotomia diminuiu, sendo substituída principalmente pela posição de cócoras.

Num destes partos de cócoras foi possível realizar um parto com clampagem e corte de cordão umbilical no quarto estadio do trabalho de parto,

um “parto Lótus”, que foi recebido com grande aceitação e alegria pela mulher / casal

No decorrer destes 70 partos deparei-me com algumas intercorrências, que estão apresentadas no gráfico 2. Das intercorrências apresentadas a que ocorreu com maior frequência foi a detecção de circular cervical. Das 23 ocorrências 10 foram solucionadas recorrendo à manobra de Sommersault e

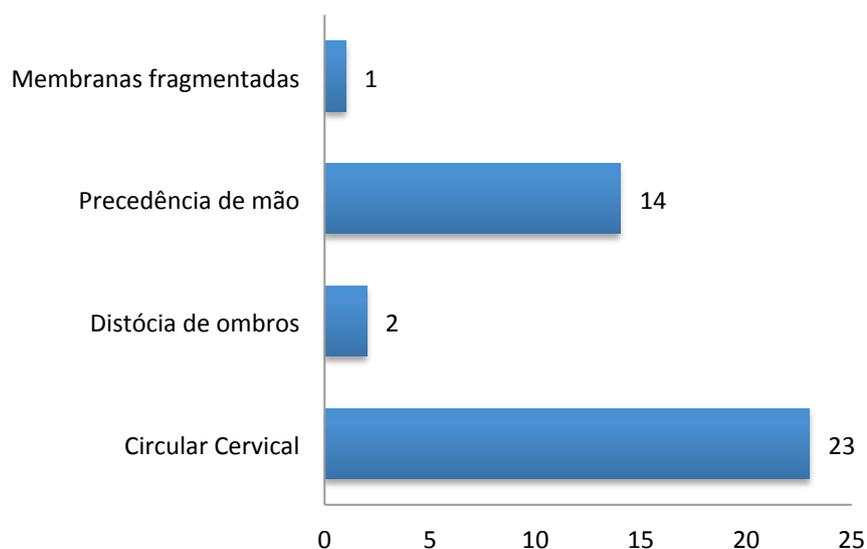


Gráfico 2. Intercorrências partos efetuados

as restantes 13 ao corte precoce do cordão umbilical. As distócias de ombros, uma foi resolvida recorrendo à manobra de McRoberts e a outra à manobra de pressão supra-púbica (Rubin I). As membranas fragmentadas foram facilmente identificadas, tendo havido necessidade de curetagem uterina em contexto de bloco operatório, após validação ecográfica da equipa médica obstétrica.

Uma das medidas em debate atual no que concerne ao parto vaginal respeita à proteção perineal, mais especificamente à episiotomia seletiva. Nos partos em assisti implementei as recomendações atuais referentes à episiotomia, realizando-a de forma seletiva e em último recurso. No total dos 70 partos registei um total de 20 episiotomias, 34 lacerações de grau I, 2 lacerações de grau II, 0 lacerações de grau III e IV e 14 períneos íntegros.

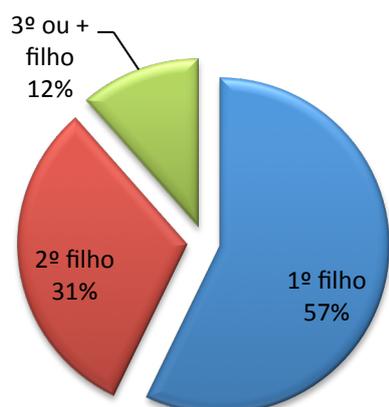


Gráfico 3. Paridade materna nos partos realizados

Dos partos mencionados a média de peso dos RN foi de 3333gr, sendo o RN com peso superior com 3920gr e o RN com peso inferior de 2425gr, em que o Índice de Apgar mais baixo registado foi de 8/9/10 (1º, 5º e 10º minutos, respetivamente),

sendo o mais comumente registado 9 ou 10 no 1º minuto e 10 ao 5º e 10º minutos.

Dos partos realizados, 40 mulheres eram primíparas, 22 tinham a experiência de um segundo parto (2 delas com cesariana como parto anterior) e 8 mulheres já possuíam 2 ou mais filhos (ver gráfico 3). Das mulheres / casais que me permitiram colaborar no evento do nascimento e parto a idade média era de 32,5 anos, registando como extremo de idades os 45 e 17 anos.

Além dos partos supramencionados, com o intuito de promover e reconhecendo a importância da continuidade de cuidados, colaborei ainda com a equipa médica obstétrica em partos distócicos, a mulheres / casais que havia acompanhado durante o período de dilatação cervical. Participei então em 10 partos distócicos (8 por ventosa e 1 por fórceps), 1 parto de apresentação pélvica e 1 parto gemelar (ambos os fetos de apresentação cefálica).

No total deste EC prestei cuidados a 113 mulheres grávidas, que foram internadas no BP onde me encontrava. A totalidade dos partos efetuados estão incluídos neste universo contabilizado de cuidados, uma vez que mais que o momento da expulsão em si, procurei promover cuidados holísticos e contínuos, onde todas as mulheres / casais que acompanhei no parto participei no primeiro estadio do TP também, delineando estratégias e planeando atividades adequadas àquela mulher, família e contexto de parto.

Respeitando as mulheres / casais, os seus direitos e vontades, norteadas pela PBE, tive atitudes mais interventivas apenas quando justificado. Com este pressuposto efetuei um total de 16 ruturas artificiais de membranas e coloquei 4 monitorizações internas.

Da globalidade de mulheres / casais que prestei cuidados algumas possuíam patologia associada ao estado gravídico. Assim, prestei cuidados diretos nos vários estadios do TP a 5 mulheres com hipertensão arterial, de origem crónica ou induzida pela gravidez, 4 das quais a ser administrado sulfato de magnésio, 8 com diabetes gestacional e 1 com anemia. Prestei ainda cuidados em termos de vigilância do bem-estar materno-fetal a 3 grávidas com ameaça de parto pré-termo.

