

Gestão da glicemia na parturiente com bomba de insulina

Relatório de estágio para a obtenção do grau de mestre em
enfermagem de saúde materna e obstétrica

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Ana Rita Perre dos Santos Moita

Orientadora: Professora Sara Elisabete Cavaco Palma

dezembro de 2022

“Ninguém nasce mulher: torna-se mulher”

Simone Beauvoir

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial às minhas filhas, Maria e Sofia, por toda a compreensão, amor e carinho!

Aos meus amigos e colegas, que me apoiaram e ouviram nos momentos mais críticos deste percurso!

À minha orientadora de estágio, pelo seu empenho na concretização dos meus objetivos, pilar fundamental do meu crescimento!

À minha professora orientadora, Sara Palma, pela dedicação e ajuda constantes, que permitiram que este caminho chegasse ao fim!

Às mulheres e suas famílias que partilharam comigo momentos únicos!

RESUMO

Para a mulher com diabetes *mellitus* tipo1, a maternidade apresenta desafios acrescidos que requerem intervenção especializada. Nestas situações, o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, com a sua abordagem holística, revela-se fundamental para garantir uma gravidez, parto e puerpério isentos de riscos e complicações.

A melhor e mais atual evidência científica demonstrou que a manutenção da terapia com bomba de insulina durante o trabalho de parto permite um melhor controlo da glicose, sem que tal represente qualquer risco para a parturiente. Sugere-se, por isso, que, nestes casos, a opção pela manutenção da bomba de insulina durante o trabalho de parto seja a prática-padrão.

Neste trabalho, a análise dos cuidados de enfermagem é feita à luz da Teoria dos Sistemas, desenvolvido por Betty Neuman. Procedeu-se a uma análise crítica às atividades desenvolvidas ao longo do estágio realizado no bloco de partos.

Palavras chave: Controlo glicémico; intervenções de enfermagem; parturientes; sistemas de infusão de insulina; trabalho de parto.

ABSTRACT

For women with type1 diabetes mellitus, motherhood poses added challenges that require specialized intervention. In these situations, the role of the specialist nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing, with its holistic approach, is essential to ensure a pregnancy, delivery and puerperium free of risks and complications.

The best and most current scientific evidence has shown that maintaining insulin pump therapy during labour allows for a better glucose control, without posing any risk to the parturient woman. It is therefore suggested that, in these cases, the option of maintaining the insulin pump during labour should be the standard practice.

In this paper, the analysis of nursing care is carried out under the System Theory approach developed by Betty Neuman. A critical analysis of the activities undertaken during the internship carried out in the delivery room is herein presented.

Keywords: Glycaemic control; insulin infusion systems; labor; nursing interventions; parturients;

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1 PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE: PRÁTICA REFLEXIVA	12
1.1 Conhecer a estrutura física do local de estágio, assim como a dinâmica de trabalho multidisciplinar, de forma a integrar a prestação de cuidados da equipa de enfermagem do bloco de partos	13
1.2 Integrar a equipa multidisciplinar do bloco de partos.....	15
1.3 Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais no acolhimento da grávida / parturiente e acompanhante no bloco de partos.....	16
1.4 Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à grávida/parturiente/accompanhante durante o trabalho de parto.....	18
1.5 Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em enfermagem de saúde materna e obstétrica	28
1.6 Desenvolver competências técnicas e práticas no âmbito da gestão dos cuidados, de recursos humanos e materiais garantindo a qualidade dos cuidados.....	30
1.7 Desenvolver competências reflexivas e de autoavaliação.....	31
2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	32
2.1 Enfermeiro obstetra	32
2.2 Gravidez e diabetes <i>mellitus</i> tipo 1	33
2.3 O parto e utilização da bomba de insulina.....	36
2.4 Teoria de enfermagem - Teoria dos Sitemas de Betty Neuman	39
3 PERCURSO METODOLÓGICO: PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	44
3.1 <i>Scoping review</i>	44
3.1.1 Objetivo e questão de pesquisa	45
3.1.2 Critérios de inclusão.....	45
3.1.3 Estratégia de pesquisa.....	45
3.1.4 Extração e apresentação dos dados.....	46
3.1.5 Discussão.....	48

3.1.6 Conclusões	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

ANEXOS

Anexo I – Estratégia de pesquisa na base de dados *CINAHL® Complete*

Anexo II – Estratégia de pesquisa na base de dados *Medline® Complete*

Anexo III – Estratégia de pesquisa na base de dados *MedicLatina®*

APÊNDICES

Apêndice I - Projeto de estágio

Apêndice II – Registo de atividades práticas

Apêndice III – Plano de sessão em serviço e apresentação

Apêndice IV - Termos de pesquisa aplicados às bases de dados

Apêndice V – Fluxograma da *scoping review*

Apêndice VI – Tabelas de extração de dados da *scoping review*

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ADA - Associação Norte-Americana de Diabetes

APDMGP – Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto

APDP - Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

APGAR - Aparência/Pulso/Gestos/Atividade/Respiração

BSG – Boletim de saúde da grávida

CGM - Monitorização contínua da glicose

CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CMESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CSII - Dispositivo de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina

DGS - Direção-Geral da Saúde

EBSCO – *Elton B. Stephens Company Publishing*

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESSS - Escola Superior de Saúde de Santarém

FSI - Fator de sensibilidade à insulina

HbA1c - Hemoglobina glicosada

ICM – *International Confederation of Midwives*

ICN – *International Council of Nurses*

IV – Intravenosa

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MDII - Múltiplas injeções diárias de insulina

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

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*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – recém-nascido

SAP – Terapia de bomba aumentada por sensor

VRIII - Infusão intravenosa de insulina de taxa variável

WHO - *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio traduz o culminar do percurso efetuado ao longo da unidade curricular do estágio IV - Estágio e relatório em enfermagem de saúde materna e obstétrica na sala de partos, inserida no 2º ano, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS). O mesmo está sujeito a apreciação e discussão pública para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Encontra-se dividido em três grandes capítulos, dentro dos quais irão constar os respetivos subcapítulos. O primeiro traduzirá uma reflexão acerca do meu percurso de enfermeira que regressa ao estatuto de estudante e tenta tornar a experiência enriquecedora, para assim, corresponder aos objetivos e competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Ao longo desta jornada, houve um comprometimento na adoção de uma atitude reflexiva e crítica, encontrando-se o resultado dessa reflexão, explanado na segunda parte do relatório. A sua elaboração teve por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019b)

Posteriormente, revelam-se mais dois capítulos, referentes ao desenvolvimento da temática em estudo, onde surgem o enquadramento teórico e conceptual, seguido do protocolo da *scoping review*.

Para que a gravidez de uma mulher com diabetes *mellitus* tipo1 decorra sem complicações, é importante que esta aconteça após um cuidadoso planeamento, já que a hiperglicemia durante as primeiras oito semanas de gravidez, corresponde a um risco de aborto espontâneo e malformações fetais muito superior ao da população em geral (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal [APDP], 2012).

A grávida com diabetes *mellitus* tipo1 deve manter o melhor controlo possível da sua glicemia e manter a vigilância dos principais órgãos afetados pela doença, como os olhos e rins, e estabelecer o melhor e mais adequado plano, juntamente com a equipa multidisciplinar que a segue. Na consulta onde foi seguida a gravidez programar-se-á a melhor altura para o parto, caso não existam complicações este deverá ocorrer preferencialmente após as 38 semanas de gestação, mantendo objetivos glicémicos entre 70 e 90mg/dl, o que pressupõe vigilância apertada das glicemias capilares e a administração de insulina e soro glicosado conforme protocolado (APDP, 2012). Sendo o controlo glicémico um trabalho exigente e tendo em conta o desenvolvimento tecnológico que temos vindo a assistir nesta área, existirá vantagem em colocar uma bomba de insulina no período pré-concepcional e manter a bomba durante a gravidez? E durante o trabalho de parto? Tendo em conta as especificidades de uma grávida com diabetes *mellitus* tipo1, será benéfico manter a sua bomba de insulina? Por último, tendo obtido uma resposta positiva a estas questões, o que poderá o EEESMO fazer para dar a melhor resposta e fornecer cuidados especializados a estas parturientes?

Estes capítulos dão conta da respetiva pesquisa bibliográfica realizada para dar resposta à questão de investigação que estrutura todo o relatório: quais as vantagens, para a parturiente com diabetes *mellitus* tipo1, do uso da bomba de insulina, na gestão da glicemia?

Como futura Enfermeira Especialista no âmbito da Saúde Materna e Obstétrica, propus-me a trabalhar uma ideia original, com as dificuldades inerentes a uma temática pouco desenvolvida e com intervenções ainda por definir. É minha intenção dar início a um processo de sensibilização para uma melhor resposta a estas mulheres, que tendo uma gravidez de risco, necessitam de cuidados especializados e adequados. Quero assim, dar especial ênfase ao trabalho de parto e parto, reconhecido como um momento verdadeiramente delicado para estas mulheres, nesta fase tão especial do seu ciclo de vida.

De modo a complementar o desenvolvimento desta questão, escolhi Betty Neuman e a sua teoria dos sistemas, como modelo norteador da prática e do pensamento teórico. O meu contato com esta doença crónica, na prática clínica, fomentou o desejo de procurar a mais atual evidência científica, tendo-me

apercebido do pilar fundamental em que assenta toda a ajuda e tratamento que podemos fornecer, enquanto EEESMO, às grávidas com diabetes – a Educação Terapêutica. Assim, a escolha desta base teórica, dá sustentação a uma prática de cuidados onde a capacitação da grávida se torna fundamental na gestão da doença durante a gravidez, dando ênfase à sua constante interação com o meio ambiente, troca de energias que a irão influenciar positivamente ou negativamente e que a reestruturam sempre que necessário. Esta é uma teoria dinâmica e acarreta estratégias adaptativas para um melhor bem-estar possível ao nível dos três níveis de prevenção (Neuman & Fawcett, 2011).

Finda-se o presente relatório com as considerações finais, onde elaboro uma síntese da análise da prática, bem como, dos contributos da investigação para a prática clínica, futuras investigações e gestão de cuidados.

1 PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE: PRÁTICA REFLEXIVA

A unidade curricular do estágio IV, estágio e relatório em enfermagem de saúde materna e obstétrica na sala de partos, inserida no 7º curso de mestrado de enfermagem de saúde materna e obstétrica, decorreu no bloco de partos num hospital de apoio perinatal da região de Lisboa e vale do Tejo e contemplou um total de 700 horas distribuídas pela prestação de cuidados (560h) e elaboração de relatório para discussão pública (200h), que sucedeu a um projeto individual prévio (Apêndice I). Iniciou-se no dia 2 de março de 2021 e teve o seu término no dia 22 de julho de 2022.

O presente estágio teve como objetivo geral a prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente e recém-nascido. Pretendendo-se a aquisição de competências que permitam prestar cuidados especializados de enfermagem à grávida, puérpera e família, integrando agora, a globalidade das competências adquiridas em cada contexto de estágio. Em simultâneo, esteve prevista a mobilização de metodologias de investigação e o apuramento de competências na área da formação e da gestão.

Ao longo deste documento serão explanados os objetivos específicos definidos e a sua consecução e aquisição das competências essenciais e devidamente regulamentadas.

As atividades desenvolvidas no âmbito do estágio estão de acordo com o plano de estudos do CMESMO, do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019b), publicado em Diário da República a fevereiro de 2019, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019a) publicado em maio de 2019 e o projeto de estágio desenvolvido para este contexto (Apêndice I – projeto de estágio). Nestas atividades o EEESMO assume, no exercício da profissão, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes nas situações de médio e alto risco, como

aquelas que envolvem processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2019a)

1.1 Conhecer a estrutura física do local de estágio, assim como, a dinâmica de trabalho multidisciplinar, de forma a integrar a prestação de cuidados da equipa do bloco de partos

O hospital de apoio perinatal da região de Lisboa e Vale do Tejo, onde decorreu o estágio IV é um projeto inovador na área da saúde, assenta na humanização e na estreita relação com os centros de saúde, permitindo uma articulação eficaz entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares. Desta forma, garante-se uma intervenção precoce, com objetivo de conseguir melhorar os indicadores de saúde junto da comunidade.

O hospital encontra-se munido de recursos humanos e materiais para a assistência à gravidez, parto e recém-nascido (RN), de acordo com o estipulado pela Direção-Geral da Saúde (DGS) (PORTUGAL, 2001), garantindo serviços de urgência e de internamento, vinte e quatro horas por dia, com a presença física permanente, de uma equipa multidisciplinar e especializada composta por obstetras, pediatras, anestesistas, EEESMO's, enfermeiros generalistas e assistentes operacionais. Relativamente à equipa de enfermagem, habitualmente estão escalados, dois ou três enfermeiros generalistas e três EEESMO's, dos quais um fica afeto ao Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia.

A partir das 36 semanas as grávidas que decidam parir neste hospital passarão a realizar a vigilância da gravidez, no mesmo. Para situações de gravidez de risco esse acompanhamento é feito desde o início do período de gestação, por referenciação através dos Cuidados de Saúde Primários. Antes da pandemia, qualquer grávida seguida na consulta do Hospital podia inscrever-se para realizar uma visita à maternidade, sendo esta a forma ideal de conhecer previamente os diferentes espaços que acolhem a futura mãe antes e após o parto. No entanto, estas visitas foram canceladas por questões de maior segurança e proteção das grávidas e profissionais. Assim, esteve disponível um vídeo no site oficial do Hospital, que mostrava os espaços e explica alguns

aspectos essenciais que capacitam e preparam a grávida. De referir, no entanto, que na última semana de ensino clínico, tive oportunidade de assistir ao retomar das visitas das grávidas à maternidade, sendo visível a satisfação por poderem fazê-lo. A visita à maternidade reduz o medo e ansiedade inerentes ao desconhecido e parece trazer maior confiança ao casal por saberem o que irão encontrar e onde irá decorrer o processo de trabalho de parto.

O Serviço de Obstetrícia dispõe, na totalidade, de 22 quartos individuais, podendo passar a duplos nos períodos de maior afluência. O bloco de partos dispõe de 7 salas de partos e 2 salas de cesariana. De salientar que, no bloco de partos, todo o processo de dilatação é realizado num quarto individual, para maior conforto e privacidade da parturiente.

No dia do parto, a grávida seguida no Hospital ou a grávida em situação de urgência será avaliada e caso esteja em trabalho de parto será conduzida para o bloco de partos que fica mesmo junto à neonatologia, reforçando assim a segurança quando há necessidade de assistência ao RN. A parturiente poderá manter o acompanhante ao seu lado, se assim o desejar.

As salas de parto do Hospital estão equipadas com casa de banho, duche, cama articulada e cadeirão para o acompanhante e é neste quarto que a parturiente permanece durante o trabalho de parto, assim como, nos momentos após o nascimento do RN (puerpério imediato que dura 2 horas). O facto de lhe ser atribuído um quarto singular, bem como, o facto de se promover a permanência de um elemento significativo para a grávida promove o respeito pela privacidade e confidencialidade ao longo do trabalho de parto, indo ao encontro do preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para um cuidado de maternidade respeitoso (WHO, 2018). Se houver necessidade de qualquer procedimento cirúrgico, a proximidade às salas de bloco operatório garante a agilidade na resposta, sendo uma mais valia na rápida atuação.

Quando o RN nasce é imediatamente identificado com uma pulseira com o nome da mãe e, como medida extra de segurança, é colocada uma pulseira eletrónica que permite identificar a localização do recém-nascido. Puérpera e RN ficam em observação na sala de parto (cerca de 2h) antes de subirem ao quarto onde permanecerão até à alta.

O programa informático utilizado no hospital de estágio é a *Glintt* e é utilizado o partograma em sistema informático, a passagem para registos completamente informatizados é uma adaptação recente, ainda com alguns constrangimentos, inerentes a qualquer mudança.

Toda esta informação e conhecimento foi útil para garantir o desenvolvimento das competências relativas à responsabilidade profissional e segurança do utente, melhoria contínua da qualidade da prática, ambiente terapêutico seguro, otimização de recursos humanos e materiais (OE, 2019b).

1.2 Integrar a equipa multidisciplinar do bloco de partos

Benner, Tanner & Chesla (2009), preconizam que o desenvolvimento do enfermeiro, de iniciado a perito, se realiza através da progressiva aquisição de competências, onde se articulam o conhecimento teórico e clínico em enfermagem. Neste ensino clínico comecei por me situar no patamar mais básico, o de iniciado e é nesse patamar que parto em busca da aquisição de competências necessárias na aquisição do título de enfermeiro especialista.

Integrar uma equipa é sempre um enorme desafio, onde importa a postura que adotamos e a nossa disponibilidade e motivação para aprender. Sendo já profissional, o desafio trona-se ainda maior – a aquisição do novo estatuto de aluno, que deve estar atento às atitudes e comportamentos face ao outro, com especial enfoque na pessoa que nos orienta e que nos acompanha, que irá definir em muito o nosso percurso.

Considero que a integração na equipa foi fácil, muito pelas características próprias da mesma. Trata-se de uma equipa habituada a receber estudantes e que faz por recebê-los bem, numa instituição preocupada com a formação, o que se concretiza em aspetos como uma reunião inicial de receção e apresentação do hospital e na realização de questionário de avaliação final, onde se pretende que o estudante faça a sua avaliação do local e seus contributos no percurso formativo.

Desde cedo, preocupei-me em revelar que o meu intuito não seria apenas receber da equipa, mostrando que podiam contar com os meus conhecimentos e competências previamente adquiridas, para ajudar no dia-a-dia de trabalho,

tentando que se estabelecesse alguma reciprocidade. Esta atitude foi valorizada pelos vários elementos, cuja disponibilidade foi constante e gratuita.

Também a relação com a equipa multidisciplinar acabou por se verificar bastante positiva, conseguindo uma eficaz integração. Tive o cuidado de acompanhar visitas médicas para perceber concretamente a avaliação feita, divulgando a minha avaliação e plano de cuidados, caso já o tivesse estabelecido, tentando evitar avaliações repetidas e desnecessárias. Participei, sempre que surgiu essa possibilidade, validando com a enfermeira cooperante, todas as iniciativas ou mudanças de estratégia. O trabalho desenvolvido em equipa multidisciplinar, não só com a equipa médica, mas com todos os elementos constituintes tornou-se essencial para alcançar o objetivo comum – que o parto decorresse com o menor número de intercorrências e que consistisse numa experiência positiva para a mulher/casal.

Em suma, consideram-se adquiridas as competências relativas à garantia de um ambiente terapêutico e seguro, de otimização do trabalho de equipa com adequação dos recursos às necessidades dos cuidados (OE, 2019b).

1.3 Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais no acolhimento da grávida / parturiente e acompanhante no bloco de partos

Saber comunicar é uma das ferramentas essenciais da profissão de enfermagem e faz parte de uma das recomendações emanadas pela OMS (2018) acerca dos cuidados intraparto para uma experiência positiva, onde se preconiza a comunicação eficaz entre os profissionais e as mulheres em trabalho de parto, usando métodos simples e culturalmente aceitáveis.

Como previsto no ponto “3.3.1” do Regulamento das competências específicas do EEESMO, este “Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos” (OE, 2019b), adequar a comunicação a cada pessoa torna-se fundamental, ou serão inúteis e supérfluas as intervenções que estabelecemos. O conhecimento prévio da mulher/casal a quem vamos prestar cuidados, sabendo exatamente quais são as suas vontades e expectativas é

preceito fundamental para que consigamos verdadeiramente chegar aos cuidados de qualidade que tanto preconizamos.

Destaco a comunicação porque foi sem dúvida o ponto chave e a ferramenta que mais me preocupei em desenvolver durante a fase de acolhimento aqui evidenciada, mas também, ao longo de todo o internamento. O facto de ter tido a preocupação de realizar um primeiro reconhecimento dos aspetos mais importantes da história já recolhida do casal, de ler com atenção os seus planos de parto e/ou saber questionar quais as suas vontades e expectativas, valores, crenças e todos os fatores que no seu conjunto iriam estar presentes durante o trabalho de parto, permitiu que atendesse especificamente a cada casal, a cada mulher e a cada trabalho de parto. Dando significado às vontades de cada díade, conseguia facilmente obter a confiança necessária para que conduzissem o seu parto. Apresentei-me sempre no meu papel de estudante, mas falando também do meu percurso profissional e esclarecendo que não estava sozinha, que tudo o que fazia era acompanhado ou validado pela enfermeira cooperante. Nenhum casal, solicitou que não os acompanhasse, ou que me abstinisse de realizar algum procedimento.

Para quem, como eu, acredita na fisiologia do trabalho de parto e em contraciclo com uma prática que traduz a “tentação de tratar todas as parturientes de modo rotineiro, com elevado grau de intervenção, mesmo em situações de baixo risco obstétrico” (OE & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras [APEO], 2012, p. 17), a atitude expectante, a calma e tranquilidade perante as diversas situações deve imperar, sabendo naturalmente reconhecer situações urgentes/emergentes, atuando o mais precoce possível face às mesmas. A adoção de uma postura de confiança e uma resposta adequada às questões colocadas, transmite segurança e tranquiliza a parturiente, auxiliando na progressão normal e esperada do trabalho de parto. Este foi sem dúvida uma parte crucial da minha formação e desenvolvimento, e como aprendemos também, por imitação, em muito contribuiu a postura que observei e que muitas vezes repliquei, da enfermeira cooperante. Assim, considero ter desenvolvido competências de proteção, segurança e bem-estar das utentes (OE, 2019b) e de promoção de saúde, diagnóstico precoce e prevenção de complicações (OE, 2019a).

1.4 Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à grávida/parturiente/acompanhante durante o trabalho de parto

Este tópico será subdividido, correspondendo às competências adquiridas em cada estágio do trabalho de parto. Ao longo deste estágio tive a oportunidade e o privilégio de acompanhar parturientes durante o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto, com idades compreendidas entre os 16 e os 44 anos, sendo a média etária aproximadamente de 34 anos. Destas parturientes, aproximadamente metade eram nulíparas. As idades gestacionais variaram entre 37 e 41 semanas. O grau académico predominante era a licenciatura.

O primeiro estágio tem início com o aparecimento das contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa (10cm). Este divide-se em fase latente e fase ativa do trabalho de parto. A fase latente vai até ao apagamento completo do colo uterino e dilatação superior a 3cm (Machado & Graça, 2017) embora a OMS preconize, atualmente, que a fase latente se estenda até aos 5cm (OMS, 2018). Não existe consenso para a duração da fase latente, pois esta poderá ser muito variável de mulher para mulher, no entanto, Machado & Graça (2017) estabelecem que, em média, esta fase pode durar até 20 horas para as nulíparas e até 14h para as múltíparas. A fase ativa do trabalho de parto caracteriza-se pelo aumento da intensidade, duração e frequência do das contrações, ocorrendo assim, uma rápida dilatação cervical, que promove a descida e a rotação do feto, até à dilatação completa (Valera *et.al.*, 2020).

Ao receber uma utente e seu convivente significativo procurei proceder de forma cuidada e sistematizada à realização da anamnese, para que conseguisse obter dados pormenorizados. Para tal, recorri à consulta do processo escrito, do Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e à entrevista, obtendo dados referentes ao histórico médico, ginecológico e obstétrico, dados que orientaram a minha conduta, como por exemplo, o grupo de sangue, índice obstétrico, serologias e outros valores analíticos atualizados, resultado da pesquisa de *Streptococcus* do grupo B no exsudado vaginal e retal, última ecografia realizada e antecedentes pessoais de doença que fossem relevantes para o contexto. Ao entrevistar a

parturiente questionava as suas expectativas e vontades, se tinha realizado preparação para o parto e parentalidade e discutíamos o seu plano de parto, caso existisse. Nas múltiparas importou conhecer as experiências anteriores. Através desta entrevista foi possível perceber que muitas mulheres adotam ainda uma postura passiva em relação ao seu trabalho de parto, não planeiam e não pensaram em sugestões para a condução do mesmo, esperando que os profissionais de saúde se encarreguem disso e façam escolhas. Relativamente a este facto, a MCEESMO (2013a) alerta para o reduzido *empowerment* das grávidas face aos seus direitos no processo do parto. No entanto, e em antítese, percebe-se a existência de um grupo de mulheres que já procuram informação e que nesse sentido elaboram e expressam as suas vontades, ou seja, apresentam uma atitude ativa no seu parto. Numa área tão sensível como a materno-fetal, deve imperar a vontade esclarecida da parturiente e a sua conjugação com a melhor e mais atual evidência científica, tornando seguro o trabalho de parto. Cabe ao EEESMO que acompanha a parturiente, profissional normalmente mais capacitado e concomitantemente mais próximo desta, conseguir que se sinta respeitada e no centro dos cuidados, apesar de não ser possível corresponder sempre à sua vontade, explicando em detalhe os motivos e consequências de se atuar de outro modo. Mais uma vez, a comunicação eficaz ganha relevância, onde importa demonstrar que a sua autonomia não será posta em causa, mantendo o reconhecimento pelo seu corpo, pelos seus valores e pelas suas decisões, informando sempre a parturiente dos procedimentos a realizar e validando a sua compreensão (*World Health Organization [WHO], 2018; International Confederation of Midwives [ICM], 2019*).

Reconheço que, onde estagiei, existe o cuidado de reduzir ao máximo intervenções geradoras de desconforto e rotineiras, como sendo, a restrição de movimentos e confinamento à cama, a restrição da ingesta hídrica, a tricotomia, o microclister e a algaliação. Pude perceber que as técnicas não recomendadas são utilizadas com moderação e após criteriosa avaliação, assim, a manutenção de um acesso venoso periférico permeável a todas as parturientes e a administração de fluídos intravenosos, embora frequente, são práticas que ocorrem apenas quando necessárias; a cardiotocografia é indicada de forma permanente, no entanto, sempre que possível usa-se a tecnologia wireless

permitindo maior liberdade de movimentos da parturiente, e adapta-se o controlo farmacológico da dor, através da analgesia epidural a cada situação específica (OE & APEO, 2012; MCEESMO, 2013a; NICE, 2014; Charles, 2018a; *Royal College of Midwives* [RCM], 2018; WHO, 2018). No patamar de aprendizagem no qual me encontro, é facilitador seguir a perspetiva e filosofia de cuidados da instituição, facilita a aprendizagem e a integração do estudante. Com as rápidas transformações e riscos inerentes a todo o processo de trabalho de parto, um maior controlo e uma maior vigilância são favorecedores de um ambiente seguro. Mesmo envolta nesta necessidade de segurança, julgo poder garantir que os interesses da parturiente são um primado que a equipa do hospital valoriza e se mostrou sempre atenta, adotando todas as estratégias possíveis para corresponder às expectativas da mulher/casal, introduzindo mudanças que consideraram viáveis e perentórias. As diferentes intervenções foram avaliadas caso a caso e realizadas de forma criteriosa, dando o exemplo da amniotomia, que se concretizou em casos de suspeita de sofrimento fetal, ou a introdução de ocitócicos em casos de progressão lenta do trabalho de parto. Foi incentivada a ingestão de líquidos e a obtenção do cateter periférico, otimizando a liberdade de movimentos da parturiente (MCEESMO, 2013a; *National Institute for Health and Care Excellence* [NICE], 2014; WHO, 2014; Chapman, 2018b; Charles, 2018b; WHO, 2018).

Durante este estágio do trabalho de parto, o controlo da dor surge como aspeto central, e está bem presente tanto na nossa prática, como na parturiente que a sente e a teme, “*O trabalho de parto representa um desafio fisiológico e psicológico para a mulher. Quanto mais próximo se encontra (...) maior será o conflito de emoções vivenciadas (...). O medo e a apreensão podem coexistir com a felicidade e excitação.*” (Monteiro *et al.*, 2020, p. 84). É por isso um enorme desafio para o EEESMO conseguir apoiar e intervir de modo adequado, tanto com estratégias farmacológicas, como não farmacológicas. O EEESMO “*coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor*” (OE, 2019, p.13563), assim, este deve estar capacitado para adequar as diversas estratégias, individualizando os cuidados, o que torna as medidas adotadas, eficazes. Como tal, informei a grávida acerca dos recursos existentes no serviço e as suas funções, tendo sido

muito frequente o recurso à bola de parto, ao banho de chuveiro, à massagem e à aromaterapia. Durante as diversas intervenções tive sempre em conta o que cada opção exigia da mulher, envolvendo o acompanhante. O objetivo major consistiu em promover o relaxamento da mulher e dar sentido à dor, ao mesmo tempo que o seu foco de atenção ia mudando e se abstraía de fatores de stress que aumentassem a perceção do estímulo doloroso, importou também que compreendesse o significado da dor durante o trabalho de parto, aprendendo a reconhecer as mensagens do seu próprio corpo. Tendo em conta a subjetividade da dor, valorizei todas as queixas da parturiente, respondendo de forma empática e capacitada. Adicionalmente, Informei a parturiente acerca dos métodos farmacológicos, e assisti o médico anestesista na realização da analgesia loco regional, dando continuidade à analgesia prescrita, administrando-a segundo a minha avaliação e o protocolo do serviço. Destaco ainda que a grande maioria das parturientes que acompanhei optaram por realizar analgesia loco regional, proporcionando-se a *walking epidural* e favorecendo a liberdade de movimentos, de acordo com as recomendações da OMS (WHO, 2018).

Em 2013, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), delineou o *Projeto Maternidade com Qualidade* com o objetivo de garantir a segurança e a qualidade dos cuidados, através da regulação do exercício profissional, definindo entre os indicadores de evidência e de medida do projeto, o estímulo a posições não supinas e a promoção e aplicação de medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto (MCEESMO, 2013b). Por isso, o posicionamento e mobilidade da grávida constitui outro tema fundamental no meu processo de aprendizagem. Historicamente, as posições adotadas pelas mulheres durante o trabalho de parto incluíram sempre a mobilidade e a verticalidade, prática que se foi dissipando à medida que se instrumentalizou o parto (Cardoso *et al.*, 2020; MCEESMO, 2013b; Balaskas, 2017). No entanto, torna-se necessário um regresso às origens, com o incentivo à adoção da mobilidade e de posições verticais durante o primeiro estágio do trabalho de parto, em mulheres de baixo risco, possibilitando uma escolha informada e apoiando-a nessa escolha (WHO, 2018).

O segundo estágio do trabalho de parto começa com a dilatação completa do colo uterino e termina com a expulsão do feto (Machado & Graça, 2017). Neste estágio acompanhei 51 mulheres, participando em 41 partos eutócicos, o que me permitiu atingir o critério “3.2.6 – *Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica*” (OE, 2019b, p.13563). De referir que 10 partos foram distócicos, 1 deles instrumentado por fórceps, 5 instrumentados por ventosa e restantes culminaram em cesariana.

É neste momento que se dá o desfecho de uma gravidez, devendo ocorrer com a menor intervenção possível do EEESMO, “*trata-se, assim, do ajuste de posição, atitude, situação, apresentação, variedade e estática fetal quando o feto entra na pelve (...), contribuindo para a duração e/ou dificuldade do parto/nascimento*” (Fatia & Tinoco, 2016, citado por Amaral *et al.*, 2020, p.116). Segundo a OMS (2018) e o NICE (2014) o parto deve ocorrer ao fim de três horas de fase ativa do segundo estágio em primíparas e ao fim de duas horas em múltiparas, aumentando o risco de asfixia neonatal e infeção materna, não descurando que, sob o efeito da analgesia loco-regional muitas mulheres podem não experienciar o impulso expulsivo (diminuição do reflexo de Ferguson), pelo que este período pode ser acrescido de uma hora. O EEESMO deve encorajar a mulher a ouvir e entender o seu corpo enquanto executa esforços expulsivos e ajudar a promover um ambiente físico tranquilo, reduzindo os estímulos externos, aumentando a focalização da mulher no essencial e promovendo as capacidades individuais que irão facilitar todo o processo, encorajando-a (Amaral *et al.*, 2020). Foi respeitada a necessidade espontânea e involuntária de cada mulher dar início aos esforços expulsivos, conseguindo evoluir significativamente ao longo do estágio na perceção desta necessidade, evitando esforços guiados e períodos de apneia superiores a dez segundos (OE, 2015b; Charles, 2018a; WHO, 2018). Também com melhor reconhecimento desta fase, consegui otimizar e ajustar a dose da medicação analgésica loco-regional administrada, mantendo o conforto da mulher, sem lhe retirar a necessidade de realizar esforços expulsivos.

A adoção de uma posição de parto deve ser uma escolha individual da mulher, podendo incluir posições verticais, em mulheres com ou sem analgesia epidural (WHO, 2018). Recentemente a OMS (2016) reforçou a necessidade de

que a mulher seja autónoma na escolha da posição a adotar durante o seu trabalho de parto, encorajando o uso da posição vertical, com exceção para as situações de rotura prematura de membranas com apresentação não encravada. Por posições verticais entendem-se todas aquelas que proporcionam um ângulo superior a 45° entre o tronco e os membros inferiores da parturiente (cócoras, de pé, sentada e ajoelhada). Por posição horizontal entende-se as posições cujo ângulo será inferior a 45° (supina, litotomia e litotomia modificada) (Mineiro *et al.*, 2016; Charles, 2018a; WHO, 2018).

Assim, como recomendado, estimulei as mulheres a adotarem a postura que consideraram mais confortável, tendo experienciado a concretização de partos nas diversas posições referidas, incluindo a que considerava à partida mais exigente do ponto de vista da técnica do profissional, como por exemplo, na posição de quatro apoios, constatando a veracidade de que esta posição permite uma participação mais ativa da mulher no seu trabalho de parto, tendo sido realizados dois partos nesta posição. Não obstante as recomendações para que se promovam as posições verticais, há que referir que segundo dados apurados pela Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP), cerca de 80,2% das mulheres portuguesas inquiridas no presente estudo, adotaram a posição de litotomia (APDMGP, 2015) o que se pode eventualmente justificar pelo seu reduzido *empowerment* e/ou pela própria experiência do profissional na condução do parto em posições em que terá menos experiência (MCEESMO, 2013b).

A episiotomia ou ferida cirúrgica perineal seletiva foi efetuada apenas nas situações em que após avaliação se percebeu que seria vantajosa para a parturiente, e nunca por rotina, não esquecendo o essencial consentimento da parturiente para a sua realização. Admito ter havido um caso em que não realizei episiotomia e posteriormente considerei que teria sido vantajoso tê-lo feito, isto considerando que poderia ter evitado a laceração mais grave, uma laceração grau II mas já próximo de uma laceração grau III que foi devidamente comunicada ao obstetra. Como refere Carnide *et al.* (2011) citado por Mascarenhas & Rua (2020), o uso da episiotomia por rotina deve ser abandonado, no entanto, a dificuldade estará em definir as situações em que se torna indicada a sua realização.

Por último, importa ainda referir, que foram ajustadas as técnicas de proteção perineal e adotadas as estratégias que fui aprendendo com os diversos enfermeiros, como por exemplo a lubrificação com vaselina, tendo utilizado posteriormente as técnicas e cuidados que me fizeram mais sentido e que trouxeram melhores resultados para a parturiente. Potenciou-se o nascimento lento da cabeça e do corpo fetal encorajando, após o coroamento, respirações suaves e superficiais (Chapman, 2018a).

A reavaliação do plano de cuidados e sua reestruturação mostram-se essenciais durante o trabalho de parto, com múltiplas circunstâncias que variam e se alteram de um momento para o outro. Foram muito importantes os momentos de discussão e de planeamento das intervenções, com o apoio da enfermeira cooperante. Este apoio permitiu-me crescer e tornar-me mais autónoma, mas com a certeza que nunca estaria sozinha nas dificuldades que fossem surgindo. Considero que progressivamente fui capaz de *“identificar e monitorizar desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”* e *“cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto”*, critérios previstos, respetivamente, nos pontos 3.2.3 e 3.3.5, do Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (OE, 2019b, p.13563).

O terceiro estágio do trabalho de parto tem início logo após a expulsão fetal e termina com a dequitação (Machado & Graça, 2017). Em todas as situações foi discutido previamente o desejo de realizar contacto pele a pele, tendo sido sempre promovido esse contacto precoce, tão importante para o estabelecimento da vinculação (NICE, 2014; Charles, 2018a; WHO, 2018). Foi também promovida a clampagem tardia do cordão umbilical, com exceção para as situações em que a clampagem precoce se tornou necessária, como no caso dos RN que apresentavam circulares cervicais apertadas e por isso não redutíveis. Assim, foi efetuada maioritariamente entre o primeiro e o terceiro minutos, tendo em atenção as situações em que o casal trazia *kit* para colheita de células estaminais e, nas restantes, entre o terceiro e o término da pulsação do cordão (NICE, 2014; OE, 2015b; Charles, 2018a; RCM, 2018; WHO 2018;

ICM, 2019). Promoveu-se, conforme desejo do casal, o corte do cordão pela puérpera ou pela pessoa significativa.

Foi promovida a dequitação fisiológica, adotando uma postura expectante face à mesma, tendo em atenção os sinais de separação e descida da placenta, sendo estes a exteriorização do cordão e ausência de retração do mesmo, a pressão supra-púbica, o jato de sangue à vulva e visualização da placenta na vagina (Charles, 2018a). Como previsto, foi identificado o mecanismo de dequitação e realizada a inspeção minuciosa da placenta, conjugando-a para perceção criteriosa da sua completa saída (membranas e cordão). Após verificação do globo de segurança de *Pinard*, iniciou-se a perfusão de ocitocina endovenosa, explicando à mulher a conveniência da sua administração (WHO, 2018).

Outro aspeto muito relevante deste estágio relaciona-se com a correção da ferida perineal, quer cirúrgica, quer traumática. Segundo Kettle *et al.* (2010) citado por Mascarenhas (2020) a sutura perineal serve para manter o encerramento dos tecidos lesados promovendo a cicatrização por primeira intenção, o controlo da hemorragia e a redução do risco de infeção. Ainda segundo o mesmo autor, a maioria das mulheres tem queixas de dor perineal no pós-parto imediato, problemas que podem persistir por muito tempo caso as suturas não tenham sido realizadas de forma adequada. Por isso, avaliar o canal de parto e executar as técnicas de reparação adequadas revelou-se um desafio que requer muita prática com vista à autonomia e perícia pretendidas (OE, 2019b). Ao todo, foi possível obter os seguintes resultados: 15 períneos íntegros, 12 lacerações de grau I, 9 lacerações de grau II e 5 episiotomias. Considero relevante o número de períneos íntegros obtidos e o facto de não ter tido nenhuma laceração mais grave. Julgo que analisando o número de episiotomias é possível corroborar a minha afirmação anterior, de que nenhuma episiotomia é feita por rotina. Após a execução da devida correção perineal, procedi aos cuidados de higiene e conforto da puérpera e disponibilizei crioterapia local.

Relativamente ao RN, sempre que possível tentei assumir os cuidados e a sua avaliação, conseguindo fazê-lo na totalidade no caso dos partos distócicos, correspondendo ao pretendido “3.2.7 – *Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte da adaptação à vida extrauterina*”

(OE, 2019b). Avaliei o Índice de Aparência/Pulso/Gestos/Atividade/Respiração (*Apgar*) ao primeiro, quinto e décimo minuto de vida, realizei exame objetivo do RN, articulando com o pediatra sempre que necessário e promovi o contacto pele-a-pele, com o prévio consentimento e vontade expressa da mãe. Foram colocadas as pulseiras de identificação e anti rapto e administrei a vitamina K intramuscular, de preferências sem interromper o contacto pele-a-pele entre mãe e RN e, sempre que viável, protelei a avaliação do peso, relevando o contacto pele a pele e o início da vinculação entre a díade/tríade.

O quarto estágio do trabalho de parto inicia-se após a dequitação e tem a duração de 2 horas, também denominado de puerpério imediato (Valera *et al.*, 2020). Este estágio tornou-se, para mim, um momento de descompressão, de alívio pelo culminar tranquilo de um momento tão cheio de aprendizagem e de fortes emoções. Todos os trabalhos de parto em que tive o privilégio de participar correram de forma relativamente tranquila, com manutenção do bem-estar fetal e com o nascimento de um RN aparentemente saudável. Partilhei da alegria de cada casal/família que se compunha e acrescentava e foi com a máxima dedicação e com a sensação de dever cumprido que pude chegar até aquele momento e manter o meu contributo. Para mim, enfermeira, profissional e futura especialista/mestre, cada parto foi um marco importante, uma concretização, a consecução de um caminho traçado com esforço e empenho. Para cada mulher aquele foi o seu momento único, que ficará gravado na sua memória, para o bem e para o mal, daí a enorme responsabilidade que senti no trabalho que desenvolvi com cada família.

Este estágio, foi também, aquele em que me senti mais à vontade, visto que me encontrava a trabalhar em contexto de puerpério e por isso, a minha intervenção partia já de uma base mais sólida de conhecimentos, embora reconheça que os cuidados prestados como EEESMO são diferentes dos de um enfermeiro de cuidados gerais. Não obstante o meu à vontade, esta fase requer muita atenção e avaliação criteriosa da puérpera para que se identifiquem situações de risco que exigem atuação urgente/emergente. Assim, realizei a avaliação do bem-estar psicológico e emocional da puérpera, promovendo um ambiente calmo e íntimo, procedi à avaliação dos sinais vitais, do tónus uterino, dos lóquios, detetando eventuais complicações decorrentes do pós-parto.

Aproveitou-se o momento e realizou-se educação para a saúde, introduzindo aspetos relacionados com o autocuidado, sexualidade, prevenção de infeção e aspetos relacionados com os cuidados ao RN (Charles, 2018a). Aproveitei ainda para retirar dúvidas apresentadas pela puérpera, escutando-a, dando a resposta adequada e individualizada às suas necessidades e às inseguranças próprias desta fase.

Outro foco essencial e de especial interesse pessoal, relacionou-se com a intervenção ao nível da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, objetivo da atuação do EEESMO (OE, 2015b). A OMS (2014; 2018) recomenda que todos os bebés mantenham a alimentação materna em exclusivo até aos seis meses de vida, reforçando que as primeiras horas de vida do RN constituem o momento crucial para o estabelecimento posterior da amamentação bem-sucedida, sendo crucial o apoio que a puérpera obtém durante o internamento e as estratégias que aprende e que a capacitam posteriormente (WHO, 2018). Assim, será de prever que a nossa atuação influenciará significativamente todo o processo que se seguirá, não esquecendo a importância da motivação materna para a amamentação, respeitando sempre e em qualquer circunstância a sua decisão, com a convicção de que foi prestada toda a informação necessária para uma decisão consciente.

Por último, procedi à devida transferência da puérpera e RN para o serviço de puerpério, transmitindo toda a informação relevante e útil para a manutenção de cuidados de qualidade e individualizados (tendo prestado cuidados a 52 puérperas e respetivos RN).

Não obstante, o enorme desafio que constituiu atingir os objetivos a que me propus, com vista à aquisição das competências necessárias, ao longo dos quatro estádios do trabalho de parto, julgo que a reflexão que fui tecendo demonstra que terei conseguido ser bem-sucedida. Foram adquiridas as competências ao nível da responsabilidade profissional e segurança do utente, melhoria contínua da qualidade da prática, ambiente terapêutico seguro, otimização de recursos humanos e materiais (OE, 2019b) e, por fim, na promoção da saúde da mulher no período pré-natal, trabalho de parto e parto (OE, 2019a).

Todas as atividades desenvolvidas durante os estágios realizados no âmbito do presente mestrado, encontram-se no Apêndice II.

1.5 Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em enfermagem de saúde materna e obstétrica

O investimento na comunicação eficaz tem como consequência direta um aumento da literacia em saúde que irá traduzir-se em ganhos em saúde. Nem sempre estes ganhos são imediatos e por isso são frequentemente desvalorizados, mas compete aos profissionais saber demonstrar que ferramentas básicas, como esta, sem qualquer custo a não ser provavelmente no investimento em formação e que poderá trazer importantes vantagens. A importância do tema levou a DGS criar um plano de ação para desenvolvimento da literacia em saúde no nosso país, onde segundo dados que constam desse plano, Portugal tem níveis problemáticos de literacia em saúde inquietantes, quando comparado com outros países da Europa (38,1% sendo a média europeia é de 35,2%) como revelam dados do Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal de 2016 (DGS, 2019). O estudo identificou ainda grupos muito vulneráveis no campo da Literacia em Saúde na população portuguesa: grupos em que 60% das pessoas registam níveis de literacia “problemático” ou “inadequado” com representação maior ou igual a 5% na amostra, nos quais se incluem pessoas com doença crónica. Os seus objetivos são reconhecidamente ambiciosos e as abordagens devem contemplar as especificidades de cada estágio de desenvolvimento, sendo a Literacia em Saúde uma oportunidade de promover a saúde ao longo do ciclo de vida (DGS, 2019). O EEESMO terá uma responsabilidade acrescida neste âmbito, devendo munir-se de todas as capacidades e perícia necessárias para a melhor resposta à população de quem cuida.

A temática de investigação à qual me dediquei junta duas áreas que são do meu especial interesse e às quais pretendo dedicar a minha atividade profissional. O tema da *scoping review*, antecede o início do mestrado e especialidade, quando ao ouvir duas colegas de profissão com diabetes *mellitus* tipo1 e ambas utilizadoras de bomba de insulina durante a gravidez, relatarem

as suas experiências de parto, situações que me permitiram perceber o descontentamento e receio que sentiram ao longo de todo o trabalho de parto. A escolha do hospital teve em consideração a confiança que detinham na instituição e no acompanhamento das grávidas de risco, nomeadamente com diabetes *mellitus* tipo1. No entanto, a decepção foi grande ao verificarem a inexperiência relativa à utilização de bomba de insulina, durante o trabalho de parto, tendo-lhes sido retirada e utilizado o protocolo convencional com insulina rápida. Ambas relataram hipoglicemias graves e de difícil reversão. Igualmente, na minha prática de cuidados enquanto enfermeira, verifiquei que este mecanismo não era utilizado, traduzindo-se na insatisfação das mulheres. Por isso, logo me surgiram várias questões às quais tento aqui fornecer respostas através da investigação que realizei e à qual dou seguimento no capítulo seguinte.

Todas as parturientes têm direito a manter a autonomia no seu tratamento e cuidados prestados, capacitamo-las para que sejam independentes na gestão da sua doença e num bom controlo metabólico, como dificilmente realizamos noutros contextos de doença, mas em contraponto, fazemos o que traz segurança ao profissional em contexto hospitalar. Este trabalho surge numa tentativa de encontrar uma justificação para esse facto, tentando perceber se a realidade, neste contexto específico, poderia e deveria ser diferente, ou se não é indicada a manutenção da bomba de insulina durante o trabalho de parto.

Em contexto de estágio, tive oportunidade de realizar uma formação em serviço sobre a minha temática de estudo. A sessão foi bem acolhida no seio da equipa, que demonstrou especial interesse em adquirir conhecimentos básicos acerca da tecnologia em causa. Fui inclusivamente informada de que todas as grávidas que se dirijam ao hospital e sejam utilizadoras de bomba de insulina são transferidas para outra unidade hospitalar. Assim, preconizei os seguintes objetivos específicos para a sessão de formação em serviço realizada: refletir sobre o papel do EEESMO na promoção da gestão da glicemia na parturiente com bomba de insulina; divulgar a evidência científica mapeada através da *Scoping Review* (resultados preliminares); dar a conhecer as recomendações do consenso para a grávida tratada com bomba de insulina e para a sua manutenção – vantagens para grávida/puérpera e recém-nascido-nascido;

definir conceitos básicos para compreensão e utilização da bomba de insulina e capacitar o EEESMO para a utilização segura da bomba de insulina (Apêndice III). No final, aplicou-se um questionário de avaliação de satisfação, a variar entre o insuficiente e o excelente, do qual resultou uma avaliação global de “Muito bom”.

A realização desta atividade foi útil para o desenvolvimento de competências relativas à melhoria contínua da qualidade, avaliação da qualidade das práticas clínicas, à prática baseada em evidência e assunção de um papel facilitador de aprendizagens em contexto de equipa (OE, 2019b). Como referido, a abordagem sobre a temática em estudo constitui matéria dos próximos capítulos, assim como os resultados e discussão dos mesmos.

1.6 Desenvolver competências técnicas e práticas no âmbito da gestão dos cuidados, de recursos humanos e materiais garantindo a qualidade dos cuidados

Ao longo de todo o estágio, recorri à observação e ao questionamento acerca dos aspetos principais relacionados com a gestão de recursos humanos e materiais. Pude perceber, não apenas neste ensino clínico, mas também durante a realização de todos os outros, que a falta crónica de enfermeiros, o cansaço pós pandemia colocou visível muitas das dificuldades de gestão do Serviço Nacional de Saúde, podendo estas, influenciar as rotinas diárias dos serviços.

No âmbito da gestão dos cuidados e de recursos humanos considero que o objetivo foi alcançado, colaborei no planeamento dos cuidados em cada turno, adequando as intervenções de enfermagem às parturientes, aos recursos disponíveis e tendo em atenção o tempo disponível para as intervenções programadas. Considero que me integrei facilmente nas equipas e que me articulei com os seus elementos de forma adequada.

Relativamente à gestão e reposição de material, não tive participação direta nesta atividade, auxiliando apenas na reposição e arrumação do stock de medicação. Por último, referir que conheci os locais de armazenamento de

materiais e equipamentos, adquirindo a autonomia necessária à realização das diferentes tarefas.

1.7 Desenvolver competências reflexivas e de autoavaliação

A prática reflexiva deverá ser uma constante na nossa vida profissional em qualquer contexto e ocasião. A busca incessante pela melhor e mais atual evidência científica, colocam neste momento, o enfermeiro como figura central nos cuidados aos utentes, aumentando a nossa área de atuação autónoma e com isso a nossa responsabilidade. Ao longo do estágio foram vários os momentos de análise e reflexão, quer individual, quer com a respetiva enfermeira cooperante, que me permitiram avaliar as intervenções e necessidade de maior aprendizagem. A meio do estágio foi propiciado um momento de avaliação mais formal, discutindo a minha progressão e aspetos a melhorar. A autoavaliação revelou-se mais difícil, principalmente num contexto de muita novidade, onde o facto de ser iniciante acarreta dúvidas e inseguranças várias. No entanto, foram progressivamente ultrapassadas e ao longo do percurso fui sentindo maior confiança e capacidade para responder adequadamente.

A elaboração de um projeto previamente definido, foi a atividade que mais contribuiu para a análise reflexiva, que fui explanando e avaliando na análise de cada objetivo. As diferentes atividades e estratégias descritas foram úteis para o desenvolvimento de autoconhecimento e assertividade, assim como, para a melhoria contínua da tomada de decisão, baseada em evidência científica (OE, 2019b).

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Para a compreensão da temática em estudo, foi essencial a identificação dos conceitos centrais, sendo estes: enfermeiro obstetra, gravidez e diabetes *mellitus* tipo 1, parto e utilização de bomba de insulina. Os mesmos serão abordados individualmente ao longo do presente capítulo, espelhando a pesquisa bibliográfica efetuada. Será também incluída a descrição do referencial teórico de enfermagem eleito para fundamentar as intervenções implementadas.

2.1 Enfermeiro Obstetra

A figura do Enfermeiro Obstetra, de acordo com a definição da Ordem dos Enfermeiros (2015b) e a Confederação Internacional das Enfermeiras Parteiras (2017), corresponde a um enfermeiro que completou um programa formativo legalmente reconhecido em Portugal, baseado nas *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice* e nos *Global Standards for Midwifery Education* da ICM e que demonstra competências para a prática da profissão. Ressalvo que, no presente relatório, o termo Enfermeiro Obstetra e EEESMO são utilizados com o igual significado, sendo que o primeiro é definido nos descritores de ciências da saúde e o segundo mais utilizado pela OE.

A parteira é reconhecida como um elemento essencial na prestação de cuidados à mulher, garantindo o apoio necessário durante o período da gravidez, parto e pós-parto. É autónoma e responsável pelo seu aconselhamento e implementação de medidas preventivas, que promovam o parto normal, embora vigiando e detetando possíveis complicações quer para a mãe, quer para o recém-nascido que careçam de intervenção do médico (OE, 2015b).

A definição de intervenções autónomas encontra-se devidamente regulamentada no Decreto-Lei n.º.161/96, de 4 de setembro de 1996, do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) onde se lê: “ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais” (Decreto-Lei n.º.161/96, de 4 de setembro, 1996, p.2961). As atividades que este

enfermeiro desenvolve fazem parte do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019b), publicado em Diário da República a fevereiro de 2019, e do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019a) publicado em maio de 2019.

Tendo por base uma perspetiva holística que é característica da enfermagem:

“A mulher alvo dos cuidados do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica 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 perspetiva coletiva como grupo alvo, entendido como o conjunto das mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns” (OE, 2015b, p.13).

2.2 Gravidez e diabetes *mellitus* tipo 1

Estar grávida será para qualquer mulher um marco na sua história de vida e que como tal conduz a uma “crise”, pela vivência de uma situação que irá corresponder a uma reestruturação de si, das suas rotinas, numa perspetiva de mudança em relação ao que conhecia, ao que estava pré-estabelecido na sua vida e rotina diária. Consoante o desejo e as próprias características pessoais de adaptação, resiliência da mulher e sua vontade de experienciar a gravidez, esta adaptação será mais fácil ou mais difícil, tal como expresso por Carvalho *et al.* (2006, p39):

“O processo de transição da gravidez para a maternidade e a consequente adaptação à maternidade obriga quer à realização de uma série de tarefas desenvolvimentais – como seja, durante a gravidez, reavaliar a relação com os pais e com o cônjuge/companheiro e, após o parto, investir na realidade – quer à resolução positiva de uma “crise””.

Para uma mulher saudável, pressupõe inúmeras fases de mudança, para uma grávida com uma doença crónica prévia, como a diabetes *mellitus* tipo1, o

trabalho de adaptação torna-se mais intenso e porque não dizer mesmo, intensivo. Passará a ser um trabalho a tempo inteiro, para um eficiente controlo e uma gravidez com o menor risco e complicações.

A forma mais estruturada de assistência a estas mulheres, remonta aos anos 70 e conta com a colaboração do serviço de obstetrícia e de pediatria (mais concretamente da neonatologia), passando a grávida a ser encaminhada para uma consulta de Alto Risco. A importância da Diabetes *mellitus* com o seu conjunto de riscos é um assunto amplamente debatido e conhecido, com anos de trabalho e desenvolvimento. A existência de hiperglicemia durante o primeiro trimestre aumenta o risco de anomalias e perdas fetais. O risco de malformações fetais é três vezes superior ao risco das mulheres sem diabetes (Odette, 2002).

A diabetes *mellitus* tipo1 é obrigatoriamente insulinotratada, visto que as células produtoras de insulina no pâncreas são destruídas, na maioria dos casos, através de um processo autoimune (Hanas, 2007). Consideram-se várias etapas no seu processo patogénico, que evoluem até a destruição total das células beta pancreáticas dando início à fase clínica da doença, aliando-se a pré-disposição genética a um fator ambiental desencadeante que inicia a sua progressão. O processo de insulite é habitualmente silencioso, ocorrendo secreção adequada de insulina, até ao esgotamento da atividade secretória da insulina e da normoglicemia (Costa, 2010).

A maior parte das pessoas com diabetes *mellitus* tipo1 saberão da existência desta doença antes dos 35 anos, na maioria é diagnosticada na infância sendo, por isso, característica das pessoas mais jovens ou mesmo das crianças. Segundo dados do Observatório Nacional (2019) verificou-se um ligeiro crescimento do número de novos casos de pessoas com Diabetes, diagnosticados anualmente em Portugal. Segundo dados do mesmo relatório, conclui-se que mundialmente, existem 463 milhões de pessoas adultas com diabetes (mais de 1,1 milhões de crianças e jovens têm diabetes tipo 1), valor que subirá para 700 milhões em 2040. A diabetes foi responsável por 10% dos gastos em saúde em 2018, no nosso país e provocou 4,2 milhões de mortes em 2018. Por último, é ainda de relevar que a população parturiente no Serviço Nacional de Saúde (SNS), com Diabetes prévia à gravidez (60.969 partos) tenha representado aproximadamente 71% do volume de partos registados, nesta

população, em 2018, num total de 85.905 partos realizados na população residente em Portugal. Um em cada 6 nascimentos foram afetados, durante o período de gravidez, por hiperglicemia materna em 2018, dados que por si só, podem justificar a pertinência da investigação na área da diabetes materna (Observatório da Diabetes, 2019).

O Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez (2011), que junta um conjunto de associações que conseguiram elaborar um procedimento geral e comum para a atuação nestas mulheres (última atualização data de 2017), refere que nas últimas décadas se tem assistido a importantes progressos ao nível da melhoria da vigilância e tratamento da diabetes nas grávidas, estes progressos têm implicações diretas na melhoria dos resultados na saúde dos recém-nascidos e na redução de complicações maternas. Mesmo com todo o esforço, o objetivo major ainda não foi alcançado – meta definida na declaração de S. Vicente em 1989 – *“conseguir que o resultado da gravidez na mulher com diabetes se aproxime do resultado da gravidez na mulher sem diabetes”* (DGS, 2011, p. 5).

Apesar de todos os progressos, é inegável que as mulheres com diabetes prévias à gravidez têm um risco aumentado de morbilidade materna e de morbilidade neonatais, não obstante que esse risco tenha vindo a diminuir com um seguimento especializado e realizado por equipas multidisciplinares. A hipoglicemia é uma das complicações mais frequentes, principalmente durante o primeiro trimestre, em resposta a um controlo glicémico mais efetivo e necessário, acrescentando a variação da dieta e os enjoos matinais que associados também contribuem para esta complicação (Queirós & Monteiro, 2010).

A vigilância e terapêutica na gravidez de mulheres com diabetes prévia pressupõe um acompanhamento por parte da endocrinologia com enfoque na autovigilância da glicemia, podendo manter uma monitorização contínua/*flash* da mesma, através de dispositivos de avaliação que monitorizam a glicose presente no líquido intersticial. A tecnologia na área da diabetes *mellitus* tipo1 tem tido uma evolução significativa e observamos, à data de hoje, um número crescente de pessoas que fazem uso da mesma para obtenção de um melhor controlo glicémico, com menos complicações agudas como a hipoglicemia e a cetoacidose, conseguindo ainda, redução das complicações crónicas e melhoria

da sua qualidade de vida. A monitorização contínua da glicose (CGM) veio dar uma importante ajuda, permitindo a visualização dos níveis de glicose presentes no líquido intersticial, sendo preditiva, ou seja, informando o utente sobre a tendência de descida ou subida da glicose e através de alarmes que ajudam o utente a proceder de modo a evitar quer hipoglicemia quer hiperglicemia. A CGM torna-se uma ferramenta básica na utilização sinérgica com a bomba de insulina (Neves *et al.*, 2017).

Em suma, a conceção deve acontecer apenas quando as mulheres conseguirem obter uma hemoglobina glicosada (HbA1c) menor do que 6%. A terapêutica da grávida com diabetes inclui duas importantes vertentes que se conjugam em medidas farmacológicas e não farmacológicas, como sejam a nutrição, a educação terapêutica e a programação da atividade física, não esquecendo, como já foi referido que a autovilância glicémica é a base para eleição do tratamento e ajustes no tratamento com insulino terapia, seja ele qual for (Queirós & Monteiro, 2010). Será ainda perentório a avaliação das complicações como nefropatia, retinopatia e neuropatia. As referidas complicações, devem ser avaliadas idealmente no período de preconceção e em intervalos definidos durante o decurso da gravidez (Queirós & Monteiro, 2010). As bombas de perfusão subcutânea de insulina são uma realidade para muitas grávidas e a tendência será para que este número aumente, permitindo uma otimização do controlo glicémico com menos hipoglicemias, pelo que são recomendadas na gravidez (DGS, 2011). De reforçar ainda, que em setembro 2016, foi aprovada o primeiro sistema de circuito fechado híbrido, que pode constituir uma opção válida para os utentes que já usem uma bomba de insulina (Neves *et al.*, 2017).

2.3 O parto e utilização da bomba de insulina

As pessoas a quem se diagnostica diabetes *mellitus* tipo1 necessitam de terapêutica com insulina desde o seu diagnóstico. A insulina é a terapêutica para a diabetes, mais antiga, a que envolve menor risco, e à qual se deve um bom controlo glicémico e consequente redução do valor da HbA1c. Os efeitos secundários mais comuns envolvem a hipoglicemia, o ganho ponderal, as

lipodistrofias e as alergias locais ou sistémicas. O tipo de tratamento e de insulina que se escolhe envolve um profundo conhecimento do perfil farmacocinético da molécula de insulina e das necessidades particulares de cada utente, possibilitando um considerável número de combinações e regimes (Costa, 2010).

Bombas de insulina, também chamadas de Dispositivo de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina (CSII) são pequenos aparelhos computadorizados que injetam insulina de forma contínua em utentes com diabetes. Estes dispositivos fornecem insulina de ação rápida, de forma contínua, durante 24h por dia. A quantidade de insulina injetada deve ser adaptada a cada pessoa e tenta simular o funcionamento do pâncreas. As doses de insulina são inseridas pelo utilizador e ajustadas consoante o seu perfil glicémico, pelo que a monitorização da glicemia é crucial (Medtronic, 2018).

O sistema de perfusão contínua da insulina é constituído por uma bomba infusora e um conjunto de infusão. Existe um tubo de conexão que faz a ligação entre o reservatório de insulina da bomba e o cateter, injetando a insulina, na dose programada, no tecido subcutâneo (Melo, 2010). Cada sistema de infusão apresentará assim, um cateter, inserido debaixo da pele, uma cânula que fica colada à pele e um sistema que liga ao aparelho. Normalmente é colocado na zona abdominal e o cateter deve ser mudado de sítio a cada 2 a 3 dias, para evitar reações na pele. No entanto, as coxas ou os braços são outros locais que pode colocar o sistema de infusão, o que na mulher grávida poderá ser um aspeto relevante (Medtronic, 2018).

Para uma melhor compreensão do seu funcionamento, existem conceitos básicos que importam especificar, tal como, taxa basal e o bólus de insulina. A bomba infusora permite a programação de um determinado débito basal, que está constantemente a ser perfundido. Quando o utente realiza a sua refeição ou apresenta um valor de glicemia acima do recomendado, deve proceder à administração de um bólus. O débito basal tem como referência a dose diária total de insulina que o utente já fazia, sendo recomendado o seu ajuste consoante a frequência de hipoglicemias e o prévio controlo glicémico. Este tratamento permite a instituição de um ou de vários débitos basais, favorecendo a adequação a várias fases da vida do utente e tendo em conta a

sua variabilidade constante ao longo do dia, admitindo a sua personalização e um estilo de vida com maior flexibilidade. Para além desta vantagem, outra ferramenta útil assenta na possibilidade de aumentar ou reduzir temporariamente o débito basal, numa determinada percentagem, sem ser necessário alterar o padrão que está definido. Tal, é importante, pois traz a possibilidade de reduzir o débito basal por algumas horas, por exemplo, durante a prática de exercício físico, em situações de doença aguda, ou mesmo durante variações inerentes ao ciclo menstrual (Melo, 2010). Este aspeto poderá também constituir uma grande vantagem durante o trabalho de parto em que a mulher não ingere hidratos de carbono e a gestão do esforço é muito variável, bem como, a necessidade de administração de insulina durante todo este processo.

Ainda, segundo Melo (2010), o cálculo da dose de insulina a administrar sob a forma de bólus deve corresponder às regras gerais da insulino terapia funcional, assentando na correta contagem de hidratos de carbono. Assim, importa aferir que o utente adquira essa capacidade, antes de se instituir este tipo de tratamento. Há ainda que ter em conta que alguns utentes apresentam variações importantes da sensibilidade da insulina ao longo do dia e nessas situações será necessário utilizar relações diferentes (rácio de fator de sensibilidade à insulina (FSI) por porção de hidratos de carbono).

As bombas de insulina são fornecidas em centros especializados, e que trabalham com este tipo de dispositivos. As indicações para o seu uso podem variar de centro para centro, mas incluem essencialmente: crianças e pessoas com diabetes *mellitus* tipo 1; grávidas ou mulheres que pretendam engravidar; pessoas com controlo metabólico difícil com mais de 4 injeções de insulina por dia; quem tenha capacidade para medir continuamente a glicemia e capacidade para trabalhar com o dispositivo (Minicucci, 2008). Segundo a perspectiva da Associação Norte-Americana de Diabetes (ADA), todas as pessoas motivadas, que desejem ter um controlo eficaz da diabetes, devem ser propostas para a colocação de bomba de insulina, desde que sejam capazes de a utilizar em segurança (pelos próprios ou com ajuda de um cuidador). A escolha do dispositivo deve ser feita com base nas circunstâncias do paciente, desejos e necessidades (ADA, 2022).

A bomba de insulina, assume-se como a forma mais eficaz de melhorar o controlo da glicemia ao mesmo tempo que minimiza o risco de hipoglicemia, visto que, a mesma permite que a insulina seja administrada de uma forma que imita a administração normal de insulina do pâncreas. A bomba fornece quantidades precisas de insulina de ação rápida a cada minuto (insulina basal), permitindo um ajuste fácil das necessidades de insulina para atender às necessidades variáveis. Também oferece a vantagem de poder administrar insulina após a refeição, atrasando ou omitindo refeições e lanches com segurança, o que na grávida, com as alterações hormonais e enjoos habituais assume especial relevância (Bett, 2020).

2.4 Teoria de Enfermagem - Teoria dos Sistemas de Betty Neuman

O modelo teórico de Betty Neuman, assenta numa perspetiva holística da pessoa, que mais concretamente designa de sistema-cliente, podendo referir-se a uma pessoa singular, a um grupo, família ou comunidade. Trata-se de um sistema aberto que permanece em constante interação com o seu exterior. Define cinco variáveis que interagem entre si de forma constante e dinâmica: variável fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimento e espiritual. Estas cinco variáveis encontram-se expostas a fatores de stress, que podem condicionar o modo harmonioso como idealmente se relacionam, afetando a estrutura do sistema-cliente. Estes fatores de stress ou “stressores”, fazem parte do ambiente e podem ser de natureza intra, inter ou extra pessoal, têm a capacidade de produzir tensão e afetar negativamente ou positivamente as linhas de defesa do sistema-cliente. Estes podem ser considerados positivos ou negativos, conforme a capacidade da pessoa para lidar com o stress e com o significado que lhes atribui (Neuman & Fawcett, 2011).

Esquemáticamente, esta teoria delinea três linhas de defesa que protegem um núcleo denominado core/ estrutura básica. A rodear esse núcleo encontramos, de fora para dentro, a linha flexível de defesa, a linha normal de defesa e a linha de resistência. A linha flexível de defesa consiste na primeira linha e a mais externa de proteção do sistema, esta pode expandir-se ou contrair-

se em presença dos fatores de stress, tem como missão proteger a linha normal de defesa. Por sua vez a linha normal de defesa representa o estado de bem-estar possível do sistema-cliente ou o estado de adaptação do mesmo, aquilo que para ele é considerado como estado normal ou habitual, servindo como padrão e por isso permitindo avaliar os desvios à dita “normalidade” e do seu bem-estar. Por fim, a linha mais próxima do core chama-se linha de resistência, e serve como proteção ao core quando um stressor consegue quebrar a linha normal de defesa, normalmente, com consequências diretas no mesmo, podendo conduzir a grande instabilidade/ doença. No centro do esquema encontra-se a estrutura básica, no qual se incluem fatores básicos de sobrevivência, comuns a qualquer ser humano. Estas linhas comportam em si recursos internos e externos que dão suporte à estrutura básica e permitem a relativa homeostasia, mantendo a integridade da linha normal de defesa. Quanto mais recursos o sistema-cliente possuir, maior será a sua capacidade de enfrentar os stressores que vão surgindo e que comprometem a sua homeostasia. (Neuman & Fawcett, 2011).

Neuman (2011), permite a conceção de saúde não como um estado, mas como uma complexa organização e otimização de recursos e de energia que permite o melhor bem-estar possível da pessoa, num dado momento. Existe uma interação constante com o ambiente tanto externo como interno e o fluxo de energia é contínuo, assim o sistema-cliente tenderá para o bem-estar quando a energia produzida é superior à usada (sinergia) ou para a doença quando a energia gasta é superior à produzida (negargia). Tal, presume que o sistema-cliente possa efetivamente ser detentor de doença, mas sentir-se bem e adaptado, convivendo de forma harmoniosa com a sua doença ou incapacidade, excluindo totalmente o pressuposto que saúde é ausência de doença.

Na perspetiva desta teórica, Enfermagem resulta do conjunto de intervenções que permitam trazer a menor vulnerabilidade possível ao sistema-cliente, instituindo ações que recaiam sob os três níveis de prevenção – primária, secundária e terciária. As intervenções de enfermagem, podem incidir em um nível de prevenção/intervenção específico ou conjugar os três níveis em simultâneo, por forma a dar ferramentas ao sistema-cliente para que se mantenha protegido contra os stressores. Em caso de afeção do sistema, a sua

capacitação, permitirá uma reação mais rápida e uma reestruturação mais eficaz do sistema e das suas linhas de defesa. Por outras palavras, esta teoria faz uso do *empowerment* como estratégia crucial, na qual a enfermagem, assume especial destaque. De forma sucinta, os três níveis de prevenção, correspondem diretamente ao fortalecimento ou reestruturação de uma linha de defesa em concreto. A prevenção primária permite que sejam fornecidas ferramentas antes do fator de stress atingir o sistema, fortalecendo a linha flexível de defesa, através da promoção de saúde e da profilaxia; a prevenção secundária surge após o fator de stress já ter atingido o sistema e ter ultrapassado a linha normal de defesa e a linha de resistência; e na terciária, após o tratamento, incidindo sob a reabilitação e adaptação do sistema às novas condições que possam ter resultado da afeção do sistema, resultando na reconstituição do sistema-cliente. Este processo é dinâmico e circular, ou seja, somos dadores e recetores contantes de energia de e para o ambiente, e após a reconstituição do sistema retornamos à prevenção primária como forma de prevenir outras complicações.

Este modelo, foge ao modelo clássico de saúde, onde qualquer pessoa doente deve seguir a preceito as recomendações do profissional de saúde. Tem em conta a pessoa de forma holística e com a influência inerente ao ambiente que a envolve. A perceção da pessoa em relação à sua doença e o modo subjetivo com que lida com a mesma são fatores cruciais na adesão ao tratamento, de tal modo, que pode ter uma doença, mas não se sentir doente. Esta perspetiva é o ponto chave para a integração deste modelo teórico de enfermagem, na abordagem que pretendo fazer à temática em estudo. A pessoa com diabetes traz consigo um conjunto de crenças, valores, ideias sobre a diabetes e o seu tratamento, que aliados a características pessoais como sejam a personalidade, os medos, os preconceitos, experiências anteriores e os estilos de vida, a tornam singular. A mudança de comportamento surge apenas quando a pessoa se envolve e se torna responsável pelo seu tratamento. Para que tal aconteça, é necessário que o profissional de saúde sirva como guia e apoio neste caminho – *“O doente não pode ser só o objecto de tratamento, em vez disso deve tomar parte no processo. Ele ou ela tornam-se parte da equipa e parte da solução”* (Boavida, 2010, p.176).

A eficiência do tratamento depende da educação, e esta educação depende de um seguimento especializado, sendo o *empowerment* um meio terapêutico, onde as pessoas, assumem responsabilidades e ajudam a definir objetivos terapêuticos, dispondo da informação e ferramentas necessárias para os atingir. Os enfermeiros, com especial enfoque nos enfermeiros especialistas, que acarretam maior responsabilidade e conhecimento, necessitam repensar a sua prática de assistência em relação a este grupo de pessoas, tendo em conta a complexidade da pessoa humana e promovendo a adequação à sua singularidade. Assim, o enfermeiro deverá ser capaz de: motivar para a mudança necessária; propor e negociar objetivos realistas; apoiar e reforçar mudanças positivas; assegurar uma rede de suporte para descompensações da doença; escutar ativamente e com atitude empática os seus medos, expetativas e dúvidas; tendo em consideração crenças e perceções; ajudar as pessoas a adquirirem conhecimento suficiente acerca da doença, para que se tornem autónomos na gestão e autocontrolo da diabetes (Boavida, 2010).

Feita a exposição detalhada do modelo teórico e a sua adaptação à pessoa com doença crónica, importa agora tentar adequá-lo à grávida com doença crónica. A pessoa com diabetes *mellitus tipo 1*, na nova condição de mulher grávida, pode estar perante um fator intrapessoal que irá ter repercussões ao nível de todo o seu sistema, podendo contribuir para uma quebra do seu equilíbrio e da dinâmica habitual. Idealmente, a mulher estará numa fase de excelente compensação metabólica e terá conseguido estabelecer uma harmonia com a sua doença crónica, adaptando-se à mesma e às condições inerentes. Apesar deste convívio, que se pretende harmonioso, a pessoa com diabetes *mellitus tipo 1*, vai mantendo uma volubilidade constante entre os três níveis de prevenção, gerindo também todos os fatores externos e internos que vão influenciando positiva ou negativamente a sua homeostasia. A capacitação da mulher para um ótimo controlo começa muito antes da conceção, onde o enfermeiro adquire uma importância extrema ao longo de todo este processo, sempre em relação com a restante equipa multidisciplinar, reforçando-se que o apoio fornecido deverá manter-se ao longo de toda a gravidez, com disponibilidade aumentada, com consultas mais frequentes, com otimização do tratamento e com uma rápida resposta a fatores críticos que poderão

comprometer o bem-estar do sistema-cliente. Os cuidados deverão ser individualizados, pois só assim será possível providenciar uma resposta útil. Deste modo, o conhecimento detalhado de como se interligam, em cada caso, as cinco variáveis, o conhecimento dos seus recursos internos como a resiliência e mecanismos de *coping*, bem como, da sua rede de apoio, são fundamentais para delinear um plano de cuidados que possa fazer sentido à singularidade de cada mulher.

A promoção da sua autonomia deve ser um objetivo norteador da conduta do enfermeiro, potenciando-a e desenvolvendo-a no tempo e ritmo necessários, para que a grávida seja capaz de desenvolver estratégias e de mobilizar os recursos necessários para proteção do seu núcleo, evitando novas complicações e doenças, quer para si, quer para o seu futuro RN. Ao capacitá-la, estaremos a reforçar as linhas de defesa, que nesta fase necessitarão desse apoio extra, pois apesar da mulher poder até sentir-se bem e saudável, sabe-se que os riscos são uma realidade inerente à gestação, que devem ser controlados, possibilitando uma vivência o mais semelhante possível à de qualquer grávida.

O momento do parto, previsivelmente, poderá acarretar grande vulnerabilidade, pelo que importa prever complicações e estabelecer rápidas soluções perante as intercorrências, mantendo mais uma vez a homeostasia possível. A preparação da grávida para o momento, conhecer os seus medos e anseios, expectativas, experiências anteriores e estabelecer previamente o plano terapêutico mais adequado, são fundamentais para que tudo ocorra de forma mais natural e tranquila, onde mais uma vez, se reforça o *empowerment* como a melhor e mais adequada estratégia para fortalecimento do sistema.

3 PERCURSO METODOLÓGICO: PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

O presente capítulo pretende mostrar como se desenvolveu o percurso metodológico que dará resposta à pergunta de investigação formulada. A prática baseada na evidência (PBE) surge como pilar fundamental para o desenvolvimento da profissão de enfermagem, sendo crucial que os enfermeiros sejam capazes de descobrir e integrar na prática a melhor e mais atual evidência científica disponível (*International Council of Nurses [ICN], 2012*). Como tal, foram definidas competências específicas, que o enfermeiro detentor do título de especialista e mestre, deverá adquirir. As mesmas, estão contempladas nos *Domínios de Competência B e D*, do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019b).

3.1 Scoping Review

A *scoping review* surge como um meio para dar resposta a uma crescente e rápida produção de conhecimento, permitindo face a isso, uma eficiente mobilização do mesmo, fazendo uma síntese da evidência, ao mesmo tempo que mantém o seu rigor (Peters et al., 2020). Assim, para aceder à melhor e mais atual evidência disponível e poder transferir esse conhecimento para a prática de cuidados, elaborei uma *SR*, instrumento de revisão da literatura concebido pelo *The Joanna Briggs Institute (JBI)*. A aplicação deste instrumento pressupõe a construção de um protocolo onde se definem objetivos e metodologia.

A *scoping review* que delineei e proponho apresentar intitula-se “Gestão da glicemia na parturiente com bomba de insulina: uma *scoping review*”. O correspondente ao seu *background* encontra-se nos subcapítulos 2.2 e 2.3 do presente relatório, que correspondem à pesquisa bibliográfica realizada previamente, pesquisa essa efetuada na literatura cinzenta.

3.1.1 Objetivo e questão de pesquisa

Esta revisão tem como objetivo mapear a evidência existente acerca das vantagens para a parturiente com *diabetes mellitus* tipo I, na gestão da glicémia, através da utilização da bomba de insulina. Para tal, considerando a mnemónica de referência PCC (população, conceito e contexto) (Peters *et al.*, 2020), foi elaborada a seguinte questão de pesquisa: - “Quais as vantagens, para a parturiente com diabetes *mellitus* tipo1, do uso da bomba de insulina, na gestão da glicemia”. Como elemento deste estudo temos: (C)onceito – bomba de insulina; diabetes *mellitus* tipo 1; trabalho de parto. (P)opulação Mulher grávida; parturiente; (C)ontexto locais onde ocorrerem os trabalhos de parto/parto. No entanto, apesar de devidamente identificados, não se incluem, na expressão de pesquisa, os elementos (P)opulação e (C)ontexto, uma vez que estão implícitos.

3.1.2 Critérios de inclusão

Definidos como critérios de inclusão do estudo: a) Todo os tipos de desenho de estudo; b) mulheres grávidas e parturientes com diabetes *mellitus* tipo1 que utilizem bomba de insulina durante o trabalho de parto. Que tenham experienciado um parto em meio hospitalar, independentemente da sua idade; c) estudos realizados nos últimos seis anos; d) *full-text* e) português, inglês ou espanhol; f) raça humana.

3.1.3 Estratégia de pesquisa

Tendo por base as recomendações do *JBIR*® (Peters *et al.*, 2020), a estratégia de pesquisa foi desenvolvida em três fases, decorrendo entre março de 2022 e dezembro de 2022. De referir que a segunda e terceira fases da pesquisa foram atualizadas até à finalização do relatório, de forma a incluir a mais atual evidência científica.

Primariamente, procedeu-se a uma pesquisa limitada nas bases de dados *CINAHL*® *Complete* e *MEDLINE Complete*, da plataforma *EBSCOhost Integrated Search*, tecendo a análise dos descritores e das palavras presentes no título e no resumo dos artigos apreciados. Tal, permitiu a obtenção dos termos

de linguagem natural associados à questão e posteriormente ter acesso aos termos indexados das respetivas bases de dados. Numa segunda fase da pesquisa, procedeu-se à aplicação de todos os termos naturais e de todos os termos indexados, nas bases de dados *CINAHL complete®*, *MEDLINE complete®* e *MEDICLATINA®* (Apêndice IV), combinando-os da forma indicada nas recomendações do *JBIR®* (Peters *et al.*, 2020), através da conjugação dos operadores booleanos “OR” e “AND”. Desta conjugação, obtiveram-se 5 artigos na base de dados *CINAHL®*, 1 artigo na base de dados *MEDLINE®* e 0 artigos na base de dados *MEDICLATINA®* (a estratégia de pesquisa completa, aplicada em cada uma das bases de dados, encontra-se representada nos anexos I, II e III, respetivamente, comprovando a expressão de pesquisa utilizada). Procedeu-se à leitura dos títulos dos artigos e posteriormente à leitura dos seus resumos, aplicando os critérios de inclusão definidos. Foram retirados 2 artigos por não corresponderem à temática em estudo, e 1 artigo por não apresentar rigor metodológico. Assim, elegeram-se 3 artigos para análise. O respetivo fluxograma referente à estratégia de pesquisa está representado no Apêndice V, correspondendo à adaptação do fluxograma PRISMA, sugerido pelo *JBIR®* (Peters *et al.*, 2020).

3.1.4 Extração e apresentação dos dados

Para respetivo registo da informação, que nos é fornecida em cada um dos artigos selecionados, com o intuito de fornecer resposta à questão de investigação, foi realizada a referente tabela de extração de dados, de acordo com as orientações da *JBIR®* (Peters *et al.*, 2020), aplicada a cada um dos artigos (Apêndice VI). A extração de dados foi revista e discutida por dois revisores para maior concordância e rigor dos resultados obtidos.

Da pesquisa realizada, emergiram 3 estudos, entre 2016 e 2018. Um estudo desenvolvido no Canadá e dois no Reino Unido, onde o primeiro foi elaborado com o objetivo de avaliar a segurança e eficácia da terapia com bomba de insulina durante o trabalho de parto em mulheres com diabetes *mellitus* tipo 1, o segundo estudo pretendeu avaliar a adaptabilidade do sistema de circuito fechado durante o trabalho de parto e pós-parto, e o terceiro estudo, decorreu da necessidade de integrar resultados biomédicos e avaliações psicossociais,

permitindo conhecer as experiências das mulheres e as relações entre a experiência tecnológica e os níveis de confiança na terapia de circuito fechado. Nenhum dos estudos refere intervenções específicas de enfermagem, mencionando de forma generalizada os profissionais de saúde, no entanto, revelam informações importantes, para numa segunda fase, facilitar o reconhecimento das intervenções passíveis de ser introduzidas para facilitar a gestão da glicemia da mulher com diabetes *mellitus* tipo1, durante o trabalho de parto, usando a sua bomba de insulina.

O primeiro estudo (Drever *et al.*, 2016), de coorte observacional retrospectivo do controle glicémico peri-parto no diabetes *mellitus* tipo1, realizou-se no Mount Sinai Hospital, Toronto, Canadá, onde foram avaliadas 161 gestações com diabetes tipo 1 que ocorreram entre os anos 2000 e 2010. Compararam-se os níveis de glicose no sangue capilar durante o trabalho de parto e parto e o tempo dentro e fora do alvo estabelecido, assim como, os resultados neonatais para três grupos: (1) mulheres com bombas que permaneceram com as bombas durante o trabalho de parto (bomba/ bomba n = 31), (2) mulheres com bomba que mudaram para infusão de insulina intravenosa (IV) durante o trabalho de parto (bomba/IV n = 25) e (3) mulheres tratadas com múltiplas injeções diárias de insulina (MDII) que mudaram para infusão de insulina intravenosa durante o trabalho de parto (MDII n = 105). Não houve diferenças significativas entre os valores médios ou medianos de glicose durante o trabalho de parto e parto em todos os três grupos, e nenhuma diferença significativa na ocorrência de hipoglicemia. No entanto, as mulheres inseridas no grupo bomba/bomba tiveram um controlo glicémico significativamente melhor (Drever, *et al.*, 2016).

Outro estudo (Stewart *et al.*, 2018), realizado no Reino Unido, recrutou mulheres grávidas de 18 a 45 anos de idade com diabetes *mellitus* tipo 1 há pelo menos 12 meses e HbA1c a variar entre 6,5% a 10%. As mulheres foram randomizadas por 4 semanas utilizando o circuito fechado e 4 semanas de utilização de terapia de bomba aumentada por sensor (SAP), separadas por um período de 1 a 2 semanas. Posteriormente, puderam optar por continuar a usar a terapia SAP, circuito fechado ou sua combinação preferida de CGM/ CSII/ MDII. Vinte e sete (84,4%) participantes do estudo usaram circuito fechado

durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Estas últimas, passaram mais de 80% do tempo dentro do intervalo alvo com hipoglicemia mínima. O circuito fechado manteve o controle glicémico rigoroso durante partos vaginais e cesarianas sob anestesia regional e geral. O sistema também se adaptou rapidamente à rápida mudança nas necessidades de insulina após o parto, com as mulheres a passar mais de 80% na glicose alvo, no período pós-parto imediato (Stewart *et al.*, 2018).

Por ultimo, um terceiro estudo (Farrington *et al.*, 2018), pretendeu conhecer a percepção das mulheres em relação à confiança depositada na tecnologia (sistema de circuito fechado). Para tal, recrutaram-se 16 participantes entre 18 e 45 anos de idade com nível de HbA1c entre 6,5 e 10%, e entre 8 e 24 semanas de gestação, de três locais do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido. Todas estavam a usar a terapia intensiva de múltiplas injeções diárias (n = 8) ou terapia com bomba de insulina (n = 8), antes da gravidez. Realizaram-se entrevistas qualitativas semiestruturadas, durante o uso do sistema de circuito fechado, onde foram descritos sentimentos favoráveis relacionados com melhor controle da glicose, sentimentos de excitação e paz de espírito. Em contraponto, foram relatados sentimentos desfavoráveis relacionados com preocupações ao nível de falhas técnicas, imprecisão do CGM e os encargos com os requisitos de manutenção. (Farrington *et al.*, 2018).

3.1.5 Discussão

O primeiro estudo (Drever *et al.* 2016), demonstra que o uso da terapia com bomba de insulina durante o trabalho de parto parece seguro e eficaz, já que não ocorreu nenhum evento adverso, como cetoacidose diabética ou hipoglicemia grave, em mulheres que continuaram a terapia com bomba de insulina no período do parto. O controlo glicémico tanto materno, como neonatal, não foram significativamente diferentes entre os três grupos, no entanto, há a referir que, as mulheres em terapia com bomba, que assim permaneceram, durante o trabalho de parto, tiveram os melhores resultados. Como tal, fica demonstrada a superioridade do uso da terapia com bomba de insulina em detrimento da mudança tradicional para infusão IV de insulina. A utilização deste

dispositivo eletrónico é também recomendada pela DGS (2019), no seu relatório de consenso sobre a diabetes e gravidez.

O estudo realizado por Stewart *et al.* (2018), demonstra que administração de insulina através do sistema de circuito fechado permite alcançar o controlo glicémico ideal, podendo reduzir a necessidade de transição para infusão intravenosa de insulina de taxa variável (VRIII), que segundo estes autores, é cara, invasiva, limita a mobilidade e pode ser angustiante para as mulheres em trabalho de parto. Além das evidências limitadas em relação à sua eficácia clínica, o VRIII representa um aumento da carga de trabalho para os profissionais de saúde da equipa obstétrica, que podem ter uma experiência limitada no controlo do diabetes. A rápida redução nas necessidades de insulina pós-parto é difícil de prever e altamente variável, portanto, o circuito fechado pode ser particularmente útil no ajuste das doses de insulina no período pós-parto. Também Bett (2020), acredita que a bomba de insulina corresponde à forma mais eficaz de melhorar o controlo da glicemia, ao mesmo tempo que minimiza o risco de hipoglicemia, justificando que a bomba fornece quantidades precisas de insulina de ação rápida a cada minuto (insulina basal), permitindo um ajuste fácil das necessidades de insulina para atender às necessidades variáveis, tão comuns ao longo da gravidez. Acresce, que a segurança do uso dos sistemas híbridos em circuito fechado tem sido confirmada na literatura (Neves *et al.*, 2017).

No que concerne à perceção das mulheres em relação ao uso desta nova tecnologia, Farrington *et al.*, (2018) dão um importante contributo, já que, numa perspetiva holística do tratamento, o sentimento da grávida em relação ao mesmo será sempre crucial, com vista ao estabelecimento da relação terapêutica e parceria de cuidados. A mudança de comportamento surge apenas quando a pessoa se envolve e se torna responsável pelo seu tratamento. E para que tal aconteça, é necessário que o profissional de saúde sirva como guia e apoio neste caminho, sendo a grávida, parte ativa em todo o processo (Boavida, 2010). As mulheres expressaram confiança na terapia de circuito fechado, no entanto, percebe-se que há igualmente um nível importante de sobrecarga relacionada com o uso destes dispositivos, por exemplo, todas as participantes destacaram preocupação com as falhas técnicas com o sistema de circuito

fechado, problemas de conectividade e reversão para “circuito aberto”. Deste modo, há a destacar, que, as novas tecnologias na área da diabetes, por muito úteis e inovadoras que possam parecer, não devem ser introduzidas sem as medidas apropriadas em termos de cuidados clínicos envolventes, tornando-se essencial o treino clínico dos profissionais, o empenho e o investimento inerentes à necessidade de minimizar os encargos e maximizar os benefícios dos futuros sistemas de circuito fechado no tratamento convencional do diabetes (Farrington *et al.*, 2018). Todas as pessoas motivadas, que desejem ter um controlo eficaz da diabetes, devem ser propostas para a colocação de bomba de insulina, desde que sejam capazes de a utilizar em segurança (pelos próprios ou com ajuda de um cuidador). A escolha do dispositivo deve ser feita com base nas circunstâncias do paciente, desejos e necessidades (ADA, 2022).

3.1.6 Conclusões

A melhor e mais atual evidência científica demonstrou que a manutenção da terapia com bomba de insulina durante o trabalho de parto permite um melhor controlo da glicose, sem que tal represente risco acrescido para a parturiente e RN. Sugere-se, por isso, que, nestes casos, a opção pela manutenção da bomba de insulina durante o trabalho de parto seja a prática-padrão.

Assim, seria importante formar o EEESMO para que consiga trabalhar com a bomba de insulina, permitindo a sua utilização em segurança, sendo essencial a elaboração de protocolos adequados ao momento do parto. O trabalho em equipa multi e interdisciplinar adquire uma relevância extrema, e torna-se elementar o apoio da especialidade de endocrinologia, capaz de atuar em qualquer intercorrência e falhas do sistema. É importante ter presente que se trata de um aparelho eletrónico cujo funcionamento não é intuitivo, por isso, o seu uso deve ser sempre acompanhado por uma equipa profissional preparada.

O respeito pela autonomia da parturiente é primordial, a decisão em relação ao seu tratamento carece de consideração e deverão ser proporcionadas as condições para que, num momento tão especial, se sinta confiante e bem cuidada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório permitiu-me refletir de forma crítica como decorreram as atividades que propus realizar e de que modo as consegui concretizar. Permitiu-me avaliar a minha atuação e desenvolver a capacidade de autoavaliação, de descobrir novas formas de pensar e de perspetivar situações com as quais me fui confrontando. O plano que estabeleci previamente, era mutável e deveria adaptar-se às circunstâncias próprias do local de estágio, bem como, às necessidades de formação identificadas. Embora não tenha tido contacto direto com nenhuma parturiente com bomba de insulina, durante o estágio, pude promover a sensibilização deste tema com os EEESMO. De um modo geral, considero que os objetivos foram atingidos com sucesso e que estarei em condições de dar início a esta nova etapa na minha vida profissional, com vocação, conhecimento e responsabilidade.

As atividades desenvolvidas nos contextos clínicos permitiram-me dar resposta ao que estava previsto no plano de atividades, mostrando-se adequados. Para tal, contribuíram decisivamente fatores inerentes ao contexto de estágio, muito propícios à aprendizagem e o apoio da enfermeira cooperante que com a partilha de conhecimentos e vastas experiência foi fundamental para o meu progresso.

Considero ser inegável a importância deste e de todos os ensinamentos clínicos para a melhor compreensão e atuação na globalidade da experiência de parto e de nascimento vivenciada pela mulher e pela família. Enquanto futura EEESMO, procurarei continuar a desenvolver conhecimentos, saberes e competências para maximizar a saúde sexual e reprodutiva, de modo a contribuir para que todas as mulheres, RN e famílias com quem trabalharei, atinjam o seu potencial de saúde e vida. Relativamente à grávida com diabetes *mellitus* tipo1, trabalharei para uma melhor resposta, mais adequada às suas necessidades reais, tanto ao longo da gravidez, como durante o seu trabalho de parto, momento de grande ansiedade por todas as complicações que podem advir. Importa por isso, minimizá-las através de boas práticas, baseadas na melhor e mais atual evidência científica. Pretendo dar continuidade a este trabalho, eventualmente seguindo com o tema para doutoramento, com divulgação destes resultados dos

resultados da *scoping review*, através da publicação de um artigo e divulgação em eventos científicos.

A tecnologia na área da diabetes tem tido um grande desenvolvimento e é neste momento muito relevante que os profissionais se atualizem e saibam adequar a sua resposta de cuidados ao que a pessoa utiliza na compensação metabólica. O desenvolvimento tecnológico exponencial poderá trazer a questão: será que a máquina poderá substituir gradualmente o papel do profissional de saúde? Não podendo dar uma resposta concreta e simples, julgo que a máquina, garantindo um apoio essencial no tratamento, não pode nunca substituir o profissional. A tecnologia traz maior liberdade ao utente e uma multiplicidade de dados que nos ajudam a compreender a doença, mas requer o apoio especializado quer à sua compreensão, quer à instituição e manutenção do melhor e mais adequado tratamento. A mudança no contexto do bloco de partos será possível e eventualmente necessária, para tal, importa que se capacitem os profissionais, que estes sejam treinados e que se garanta o apoio da especialidade em caso de falhas do sistema. Importa ainda a elaboração de um protocolo ajustado e que traga segurança aos profissionais e utentes. A relação de confiança que se cria deve ser um percurso feito com tempo e cuidado, de preferência ao longo da gravidez e não apenas no momento do parto. Poderia ser pertinente aproveitar o momento da preparação para o parto e parentalidade e da elaboração e discussão do plano de parto para estabelecer as melhores e mais adequadas estratégias. Este poderá ser um momento privilegiado para o EEESMO conhecer em detalhe o “sistema-cliente”, otimizando e personalizando o tratamento em função do que poderá ser sinérgico para o trabalho de parto desejado.

A constante adequação das intervenções ajustadas aos três níveis de prevenção deve ser uma realidade, onde o *empowerment* se torna fulcral em todo o processo de cuidados. O conhecimento integral do “sistema-cliente” favorece a adequação das intervenções, dá sentido às mesmas e torna-as eficazes e eficientes no tratamento, gestão da doença e em momentos de crise para o sistema como a gravidez e o trabalho de parto. No final, é estar presente e dar suporte para a concretização das verdadeiras mudanças ao longo de todo o ciclo de vida.

Para finalizar, gostaria apenas de realçar a dificuldade que senti em conseguir conciliar o horário de estágio, com o horário de trabalho e com a vida privada e familiar. Seria de extrema relevância que os profissionais de enfermagem pudessem usufruir da sua experiência de aprendizagem com tempo e disponibilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, C. F., Ferreira, N., Monteiro, M. J., Bulcão, E. (2020). Assistir parto vaginal. In A. Sequeira, O. Pousa, C.F. Amaral (Eds), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 115-122). Lisboa: Lidel.
- American Diabetes Association [ADA] (2022). Standards of Medical Care in Diabetes – 2022. *Diabetes Care*, 45(1), 1-264.
- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto [APDMGP] (2015). *Experiências de Parto em Portugal. Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto*. Lisboa: APDMGP. Acedido a 29-08-2022. Disponível em: http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experiências_Partos_Portugal_2012-2015.pdf
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portuga [APDP]. (2012). Viver com a Diabetes (3.ª Edição). In Correia, L., Raposo, J. & Boavida, M. (Coord.), *Gravidez e diabetes* (p. 17-20). Lisboa: Lidel
- Balaskas, J. (2017). *Parto Ativo – Guia Prático para o Parto Natural*. São Pedro do Estoril: 4Estações – Editora, Lda.
- Benner, P., Tanner, C. e Chelsa, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice – Caring, Clinical Judgment & Ethics* (Second Edition). New York: Springer Publishing Company.
- Bett, D. (2020). Insulin Pump Therapy during Pregnancy and Birth. *Buckinghamshire, NHS trust*, 1-11.
- Boavida, J. M. (SPEDM). (2010). Educação terapêutica do doente com diabetes mellitus. In Nunes, J. S. (Coord.), *Diabetes uma abordagem global* (p. 173-178). Lisboa: Euromédice, Edições médicas, Lda.

- C. Farrington, Z. Stewart, R. Hovorka, H. Murphy (2018). Women's Experiences of Day-and-Night Closed-Loop Insulin Delivery During Type 1 Diabetes Pregnancy. *Diabetes Technology Society*, 12(6) 1125–1131. **DOI:** 10.1177/193229681880006
- Cardoso, V., Mineiro, A. L., Carracha. S., Varela, V., Monteiro, M. J., Santos, M., Carneiro, E., Sequeira. A., Santos, M. E. (2020). Posicionamentos e mobilidade da grávida. In A. Sequeira, O. Pousa, C.F. Amaral (Eds), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 92-100). Lisboa: Lidel.
- Carvalho, P., S., Loureiro, M., Simões, M. R. (2006). Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade. *Psicologia e Educação*, 5(2), 39-49.
- Chapman, V. (2018a). *Perineal trauma and suturing*. In: Chapman, V. & Charles, C.. *The Midwife's Labour and Birth Handbook* (4th ed.) (p.75-101). Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
- Chapman, V. (2018b). Slow progress in labor. In: Chapman, V. & Charles, C.. *The Midwife's Labour and Birth Handbook* (4th ed.) (p.171-187). Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
- Charles, C. (2018a). Labour and normal birth. In: Chapman, V. & Charles, C.. *The Midwife's Labour and Birth Handbook* (4th ed.) (p.1-48). Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
- Charles, C. (2018b). Vaginal examinations and amniotomy. In: Chapman, V. & Charles, C.. *The Midwife's Labour and Birth Handbook* (4th ed.) (p.49-60). Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
- Costa, J. (SPEDM). (2010). Fisiopatologia da diabetes mellitus tipo 1. In Nunes,

J. S. (Coord.), *Diabetes uma abordagem global* (p. 17-20). Lisboa: Euromédice, Edições médicas, Lda.

Decreto-Lei nº. 161/96, de 4 de setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República, Série I-A, N.º 205 (04-09-1996). 2959-2962. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude2019-2021-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde [DGS] (2011). *Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez. 2011*. Lisboa: DGS.

DGS (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021*. Lisboa: DGS.

Drever, E., Tomlinson, G., Bai, A. D., Feig D. S. (2016). Insulin pump use compared with intravenous insulin during labour and delivery: the INSPIRED observational cohort study. *Diabetic Medicine*, 33(9),1253–1259. **DOI:** 10.1111/dme.13106

Guia orientador para o desenvolvimento das atividades da Ficha da Unidade Curricular Estágio IV – Anexo I – Estágio e Relatório em ESMO na Sala de Partos, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Hanas, R. (2007). *Diabetes tipo 1 em crianças, adolescentes e jovens adultos*. (3ª edição). Lisboa: Lidel.

International Confederation of Midwives [ICM] (2017). *ICM International Definition of the Midwife*. The Netherlands: ICM. Acedido a 24-08-2022. Disponível em: https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ENG%20Definition_of_the_Midwife%202017.pdf

ICM (2019). *Essential competencies for basic midwifery practice 2018 UPDATE*.

[s.l]: ICM. Acedido a 24-08-2022. Disponível em:
<https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>.

Levy, L e Bértolo, H (2012). *Manual de Aleitamento Materno* (Edição revista).

Lisboa: Calouste Gulbenkian. Acedido a 24-03-2022. Disponível em:
<https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

Machado, M. H. & Graça, L. M. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In: Graça, L. M. *Medicina Materno Fetal* (5ª ed.) (p. 220-228). Lisboa: Lidel.

Mascarenhas, C. (2020). Correção da ferida perineal (cirúrgica – episiotomia/traumática – laceração 1.º e 2.º graus). In A. Sequeira, O. Pousa, C.F. Amaral (Eds), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 142-144). Lisboa: Lidel.

Mascarenhas, C., Rua, M. (2020). Ferida cirúrgica perineal seletiva (episiotomia). In A. Sequeira, O. Pousa, C.F. Amaral (Eds), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 137-141). Lisboa: Lidel.

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MCEESMO] (2013a). *Projeto Maternidade com Qualidade – Efetivar a ingestão ao longo do trabalho de parto*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 02-05-2022. Disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>

MCEESMO (2013b). *Projeto Maternidade com Qualidade – Influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 22-07-2022. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>

Medtronic (2018). *Diabetes Sua Saúde – sobre os dispositivos para o controlo da diabetes*. Acedido a 02.06.2022. Disponível em <https://www.medtronic.com/br-pt/your-health/treatments-therapies/diabetes/therapy.html>

Melo, M. (SPEDM). (2010). Terapêutica com sistemas de perfusão contínua de insulina. In Nunes, J. S. (Coord.), *Diabetes uma abordagem global* (pp. 59-66). Lisboa: Euromédice, Edições médicas, Lda.

Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V. e Sousa, C. (2016). A Posição da Mulher no Trabalho de Parto. In: Néné, M., Marques, R. e Batista, M. A. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.

Minicucci, J. W. (2008). Uso de Bomba de Infusão Subcutânea de Insulina e suas Indicações. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 52(2), 340-348.

Monteiro, M.J., Santos, M., Prata, A.P., Sequeira, A. (2020). Utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto. In A. Sequeira, O. Pousa, C.F. Amaral (Eds), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 84-91). Lisboa: Lidel.

National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies* (CG190). London: NICE.

Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5ª edição). USA: Pearson.

Neves, C. Neves, J. Castro, S. Oliveira, Oliveira, A. D. Carvalho (2017). Diabetes Mellitus Tipo 1. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12 (4), 159-167.

Observatório Nacional da Diabetes. Diabetes: Factos e Números - 2016, 2017, 2018. 2019.

Ordem dos Enfermeiros [OE] & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras [APEO] (2012). Documento de Consenso “Pelo Direito ao Parto Normal – Uma visão Partilhada”. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

OE (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OE (2015b). *Livro de bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2016). *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.

Peters, M.D.J, Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A.C., Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIManual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>.

PORTUGAL (2001). Direção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes Saúde Materno-Infantil. *Rede de Referenciação Materno-Infantil*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Queirós, J., Monteiro, L. P. (SPEDM). (2010). Diabetes mellitus e gravidez. In Nunes, J. S. (Coord.), *Diabetes uma abordagem global* (pp. 295-304). Lisboa: Euromédice, Edições médicas, Lda.

Royal College of Midwives [RCM] (2018). *Midwifery care in labour guidance for all women in all settings*. London: Royal College of Midwives. Acedido a 24-08-2022. Disponível em:

<https://www.rcm.org.uk/media/2539/professionals-blue-top-guidance.pdf>.

Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, N.º 26 (06-02-2019). 4744-4750.

Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio (2019b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República, 2.ª série, N.º 85 (03-05-2019). 13560-13565.

Stewart, S., Yamamoto, M., Wilinska, E., Hartnell, S., Farrington, C., Hovorka, R., Murphy, R. (2018). Adaptability of Closed Loop During Labor, Delivery, and Postpartum: A Secondary Analysis of Data from Two Randomized Crossover Trials in Type 1 Diabetes Pregnancy. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 20(7), 501-505. DOI: 10.1089/dia.2018.0060

Varela, V., Amaral, Santos, M., Madruga, C., Ferreira, N., Ferreira, S. (2020). Diagnóstico de início de trabalho de parto. In A. Sequeira, O. Pousa, C.F. Amaral (Eds), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 75-78). Lisboa: Lidel.

World Health Organization [WHO] (2014). *WHO recommendations for augmentation of labor*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

Anexo I – Estratégia de pesquisa na base de dados *CINAHL® Complete*

#	Busca	Limitadores/expansores	Última execução via	Resultados
S13	S11 AND S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	5
S12	S9 AND S10	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,507
S11	S6 OR S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	9,163
S10	S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	81,734
S9	S1 OR S2 OR S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	5,493
S8	"Work labor"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	0
S7	(MH "Labor Stages")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	307
S6	(MH "Labor")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	8,909
S5	"type 1 diabetes"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	78,864
S4	(MH "Diabetes Mellitus, Type 1")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	28,287
S3	(MH "Insulin Infusion Systems")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	3,179
S2	"Insulin pump therapy"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	0
S1	(MH "Infusion Pumps")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,332

Anexo II – Estratégia de pesquisa na base de dados *MEDLINE® Complete*

#	Busca	Limitadores/expansores	Última execução via	Resultados
S12	(S8 AND S9) AND (S10 AND S11)	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1
S11	S8 AND S9	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	117
S10	S5 OR S6 OR S7	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	144,410
S9	S3 OR S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	189,232
S8	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	5,528
S7	(MH "Labor, Obstetric")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	30,523
S6	"Work labor"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	20
S5	"Labor"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	144,410
S4	"Type 1 diabetes"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	179,528
S3	(MH "Diabetes Mellitus, Type 1")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	83,598
S2	"Insulin pump therapy"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	0
S1	(MH "Infusion Pumps")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	5,528

Anexo III – Estratégia de pesquisa na base de dados *MEDICLATINA*®

#	Busca	Limitadores/expansores	Última execução via	Resultados
S12	S9 AND S10 AND S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	0
S11	S5 OR S6 OR S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	1,876
S10	S3 OR S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	181
S9	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	31
S8	Labor stages	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	5
S7	Work labor	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	0
S6	Labor	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	1,876
S5	Labor, obstetric	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	122
S4	Diabetes Mellitus, Type 1	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	38
S3	Type 1 diabetes	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	159
S2	Infusion Pumps	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	31
S1	insulin pump therapy	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	0

APÊNDICES

Apêndice I - Projeto de estágio



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
7.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO IV – ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA
SALA DE PARTOS**

Ana Rita Perre dos Santos Moita

Santarém, março 2022



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

7.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO IV – ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA
SALA DE PARTOS**

Ana Rita Perre dos Santos Moita nº 200400007

Professora Responsável:

Professora Sara Palma

Santarém, março 2022

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de saúde da grávida

CTG – cardiotocografia

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FC – Frequência Cardíaca

RN – Recém-nascido

RPM – Rotura prematura de membranas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TP – Trabalho de parto

VHB – Vacina da hepatite B

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	8
PLANO DE ATIVIDADES.....	11
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	39

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular do estágio IV, Estágio e relatório em enfermagem de saúde materna e obstétrica na sala de partos, inserido do 7º curso de mestrado de enfermagem de saúde materna e obstétrica, orientado pela Professora Sara Palma, foi elaborado o presente projeto individual de estágio. O estágio IV irá decorrer no bloco de partos (BP) num hospital de apoio perinatal da região de Lisboa e vale do Tejo e contempla no total 700 horas distribuídas pela prestação de cuidados (560h) e elaboração de relatório para discussão pública (200h). Iniciou-se no dia 2 de março de 2021 e tem término previsto a 22 de julho de 2022.

O presente ensino clínico tem como objetivo geral a prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente e recém-nascido. Pretende-se a aquisição de competências que permitam prestar cuidados especializados de enfermagem à grávida, puérpera e família integrando agora a globalidade das atividades que foram realizadas em cada contexto de estágio. Em simultâneo, prevê-se ainda a mobilização de metodologias de investigação e o apuramento de competências na área da formação e da gestão.

Ao longo deste documento serão definidos os objetivos específicos que decorrerão de forma faseada, não sendo possível discriminar em que momento específico conseguirei atingi-los, visto que este processo de aprendizagem é especialmente dinâmico e estará dependente da minha capacidade de aprendizagem e maior necessidade de formação em cada momento e em cada fase do ensino clínico. Para cada objetivo serão sistematizadas atividades que permitam a consecução dos mesmos, identificando os recursos necessários. Neste documento preconiza-se ainda o estudo de uma situação/problema de enfermagem de saúde materna e obstétrica, de acordo com a necessidade e realidade do contexto de estágio, assim como, as motivações pessoais.

As atividades a desenvolver no âmbito deste estágio irão ao encontro do plano de estudos do CMESMO, do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019b), publicado em Diário da República a fevereiro de 2019, e do

Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019a) publicado em maio de 2019.

Assim e tendo por base o objetivo geral previamente identificado, foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a estrutura física do local de estágio, assim como a dinâmica de trabalho multidisciplinar, de forma a integrar a prestação de cuidados da equipa de enfermagem do bloco de partos;
- Integrar a equipa multidisciplinar do Bloco de Partos;
- Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais no acolhimento da grávida / parturiente e acompanhante no Bloco de Partos;
- Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à grávida/parturiente/accompanhante no primeiro, segundo, terceiro e quarto estádios do Trabalho de Parto;
- Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem imediatos ao recém-nascido na adaptação à vida extrauterina;
- Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em enfermagem de saúde materna e obstétrica;
- Desenvolver competências técnicas e práticas no âmbito da gestão dos cuidados, de recursos humanos e materiais garantindo a qualidade dos cuidados;
- Desenvolver competências reflexivas e de autoavaliação.

Na elaboração deste projeto de estágio pretende-se que o mestrando mostre capacidade de mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso, quer em contexto de sala de aula, quer em contexto de ensino clínico. Os cuidados prestados devem caminhar para uma perspectiva cada vez mais especializada e individualizada, mostrando capacidade de antecipar problemas e resolvê-los com garantia de qualidade e segurança. O seu desenvolvimento deve refletir-se de igual modo em áreas como metodologias de investigação, formação e gestão.

Os objetivos específicos deverão ser delineados faseadamente, de modo a serem atingidos em 3 momentos distintos, nomeadamente na 5ª, 12ª e 20ª semanas de estágio. Ou seja, pretende-se que até à 5ª semana os objetivos delineados no projeto

sejam concretizados ainda com significativo apoio e supervisão da enfermeira cooperante, na 12ª semana este apoio deve ser progressivamente menos ativo, mantendo ainda confirmação e supervisão na análise e atuação realizadas pela estudante e a partir da 20ª semana pretende-se que a estudante já mostre autonomia na maioria dos objetivos estabelecidos e que possa aprimorar os seus conhecimentos e práticas. Julgo, no entanto, que é difícil estabelecer um plano tão estanque para delinear a progressão da nossa aprendizagem, para mais numa área de tanta responsabilidade e novidade, na minha situação concreta. Apesar disso, compreendo a importância do estabelecimento de metas concretas para que seja possível avaliar a progressão da estudante e perceber as áreas em que necessitarei de maior enfoque com vista à autonomização necessária e desejada.

Reitero ainda que a disponibilidade dos enfermeiros cooperantes na nossa aprendizagem tem enorme valor, e que por isso, a nossa postura enquanto estudantes deve ser o mais correta e adequada possível. Apesar de profissionais, o estatuto adquirido nesta fase muda radicalmente e isso deve refletir-se, numa aceitação e reflexão da crítica, que serve de construção para a melhoria dos futuros EEESMO que estão agora a ser “concebidos” e que ainda terão um longo percurso após o término da especialidade. Por isso, tentarei aproveitar da melhor forma os momentos positivos e os menos positivos para reflexão e crítica construtiva da minha prestação.

A realização deste estágio contempla o estudo de uma situação / problema de enfermagem de saúde materna e obstétrica, escolhido de acordo com a necessidade e a realidade existente no respetivo contexto de estágio e/ou com as motivações pessoais e profissionais da mestranda. No caso, o tema estará relacionado com as vantagens da utilização da bomba de insulina, para a gestão da glicemia, na parturiente com diabetes *mellitus* tipo1.

Ao longo do estágio deverá ser elaborado o respetivo relatório, que terá por base o projeto agora idealizado, contemplando as aprendizagens adquiridas, com base numa prática reflexiva, numa perspetiva de enfermagem avançada. Este relatório será alvo de discussão pública para obtenção do grau de mestre.

Seguidamente apresentarei uma pequena caracterização do Hospital onde irei realizar o ensino clínico, mais especificamente acerca do serviço onde estarei nas

próximas 20 semanas, o Bloco de Partos do [REDACTED]. Segue-se o plano de atividades onde constam os objetivos específicos e as correspondentes atividades que permitirão dar resposta aos mesmos, terminando com as considerações finais e a devida Bibliografia.

gestação, por referência através dos Cuidados de Saúde Primários. Antes da pandemia, qualquer grávida seguida na consulta do hospital poderia inscrever-se para visita à maternidade, sendo esta a forma ideal de conhecer previamente os diferentes espaços que acolhem a futura mãe antes e após o parto. No entanto, estas visitas foram canceladas por questões de maior segurança e proteção das grávidas e profissionais. Assim, está disponível um vídeo no site oficial do Hospital, que mostra os espaços e explica alguns aspetos essenciais que capacitam e preparam a grávida.

Os cuidados prestados à parturiente e ao bebé são assegurados por uma equipa de médicos especializados em Ginecologia e Obstetrícia, bem como por enfermeiros experientes e com formação específica nesta área. O Serviço de Obstetrícia dispõe, na totalidade, de 22 quartos individuais (podendo passar a duplos nos períodos de maior afluência). O Bloco de Partos dispõe de 8 salas de partos e 2 salas de cesariana. De salientar que, no Bloco de Partos, todo o processo de dilatação é realizado num quarto individual, para maior conforto e privacidade da mulher.

Não há nenhum parto igual. Todos são momentos irrepetíveis para os pais e um momento especial para as equipas. Assim, neste hospital, pretende-se envolver este momento num ambiente de segurança, tranquilidade e felicidade

No dia do parto, a grávida seguida no Hospital ou a grávida em situação de urgência será encaminhada para o piso 3, onde será avaliada por uma equipa de médicos e enfermeiros na Urgência Obstétrica, que funciona 24h (os enfermeiros da Urgência Obstétrica e do Bloco de Partos fazem parte de uma única equipa e são escalados para os vários postos). Se tiver chegado o momento do parto será levada para o bloco de partos, que fica mesmo ao lado da neonatologia, reforçando assim a segurança em caso de necessidade de assistência ao bebé no nascimento. Caso seja do desejo da grávida poderá manter o acompanhante ao seu lado, desde que as condições de saúde da mãe e do bebé e os procedimentos clínicos a realizar assim o permitam.

As salas de parto estão equipadas com casa de banho, duche, cama articulada e cadeira para o acompanhante. A grávida permanecerá durante o trabalho de parto e nos momentos após o nascimento do recém-nascido (puerpério imediato que dura 2 horas). Se houver necessidade de qualquer procedimento cirúrgico, a proximidade às salas de bloco operatório garante a agilidade na resposta, sendo uma mais valia na rápida atuação.

À nascença, o recém-nascido é imediatamente identificado com uma pulseira com o nome da mãe e, como medida extra de segurança, é colocada uma pulseira eletrónica que

permite identificar a localização do recém-nascido. Puérpera e recém-nascido ficam em observação na sala de parto antes de subirem ao quarto onde permanecerão até à alta.

O programa informático utilizado no hospital de estágio é a Glintt e é utilizado o partograma em sistema informático, a passagem para registos completamente informatizados é uma adaptação recente, ainda com alguns constrangimentos inerentes a qualquer mudança.

Para partilha do momento de felicidade que é o nascimento de um bebé, o horário de visitas é alargado – das 12h às 20h. Tendo em conta a situação pandémica que se vivencia e de acordo com Orientação nº 018/2020 da DGS, atualizada a 05/06/2020, é permitido a presença de acompanhante durante o parto, desde que cumpra os seguintes requisitos: não deve ter qualquer sintoma sugestivo de COVID-19 ou contacto com doentes com infeção por SARS-CoV-2 (quer sintomáticos quer assintomáticos), nos últimos 14 dias; um teste rápido COVID-19, efetuado no Hospital, com resultado negativo; será apenas um, sem troca de acompanhantes; deve cumprir as regras de higienização de mãos, etiqueta respiratória, distanciamento físico, utilização de máscara cirúrgica, e as demais regras em vigor no Hospital e orientações dos profissionais de saúde; deve evitar o contato com todos os outros utentes internados.

PLANO DE ATIVIDADES

	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	COMPETÊNCIAS	RECURSOS
1ª semana de estágio	<p>1. Conhecer a estrutura física do local de estágio, assim como a dinâmica de trabalho multidisciplinar, de forma a integrar a prestação de cuidados da equipa de enfermagem do bloco de partos.</p>	<p>-Apresentação à enfermeira chefe, enfermeira cooperante e restante equipa multidisciplinar;</p> <p>- Visita às instalações do Bloco de Partos e Urgência Obstétrica;</p> <p>- Integração no funcionamento da equipa multidisciplinar;</p> <p>- Compreensão da dinâmica da unidade e rotinas diárias;</p> <p>-Leitura dos protocolos existentes nas unidades e método de trabalho;</p> <p>-Conhecimento acerca dos projetos implementados;</p> <p>- Identificação e conhecimento do programa informático de cada unidade;</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p>	<p>Humanos:</p> <p>-Enfermeira cooperante</p> <p>-Estudante</p> <p>-Equipa multidisciplinar</p> <p>Materiais:</p> <p>- Mesa de reanimação neonatal</p> <p>- Material de reanimação do RN</p> <p>- Material utilizado em sala de partos</p>

	<ul style="list-style-type: none">- Análise da estrutura funcional e orgânica do serviço relativamente a recursos humanos e materiais;- Análise da estrutura e dinâmica do serviço, relativamente à promoção de segurança, privacidade e dignidade da grávida, puérpera, do RN e família;- Identificação das normas de visitas não esquecendo o contexto de pandemia;- Conhecimento do critério de distribuição de utentes pelo EEESMO;- Observação e identificação de papéis para colaboração e participação na gestão recursos humanos dentro de uma sala de parto;- Conhecimento de todo o material existente na sala de parto;- Participação na passagem de turno e de informação entre profissionais, utilizando uma comunicação eficaz e segura;		
--	--	--	--

		- Identificação das possíveis necessidades (formação/educação para a saúde) da unidade de estágio, que permitam a colaboração da estudante, tendo como finalidade a resolução ou minimização das mesmas.		
Ao longo do estágio	2. Integrar a equipa multidisciplinar do Bloco de Partos.	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação à restante equipa multidisciplinar - pediatra, anestesista, obstetra, enfermeira da neonatologia; - Conhecimento do serviço de urgência, obstetrícia e neonatologia; - Participação ativa e demonstração de interesse na colaboração com o trabalho desenvolvido pela equipa multidisciplinar; - Colaboração na visita médica às utentes e posterior passagem de informação segura à restante equipa de enfermagem, garantindo a 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista:</p> <p>A1.1, A1.3, A2, B2.1, B2.3, B3, C1, D2.2</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermeira cooperante -Estudante - Equipa multidisciplinar -Utentes

		<p>privacidade e dignidade dos utentes na prestação de cuidados multidisciplinares;</p> <ul style="list-style-type: none">- Sempre que possível e adequado, participação ativa na tomada de decisão, com recurso à melhor e mais atual evidência científica, assegurando valores e normas deontológicas- Observação dos diferentes métodos de trabalho na prestação de cuidados e reflexão crítica inerente às diferentes formas de realizar os mesmos procedimentos, promovendo a discussão com a enfermeira cooperante.		
--	--	--	--	--

<p>Ao longo do estágio</p>	<p>3. Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais no acolhimento da grávida / parturiente e acompanhante no Bloco de Partos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da enfermeira e equipa presente; - Apresentação do espaço físico do bloco de partos e sala de partos e identificação dos recursos à sua disposição; - Identificação da grávida e motivo de internamento no Bloco de Partos; - Promoção de um ambiente securizante e tranquilizador, mostrando desde logo empatia e promovendo a relação de confiança; - Esclarecimento de dúvidas em ambiente adequado que proporcione privacidade e dignidade (a parturiente é mantida em quartos individuais). - Demonstração de respeito pela individualidade étnica e cultura e pelas preferências de cada pessoa como um ser único e holístico; - Utilização de linguagem adequada ao nível sociocultural da grávida / parturiente / 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira cooperante - Estudante - Equipa multidisciplinar - Utentes <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necessários à prestação de cuidados e ajustados ao objetivo dos mesmo
-----------------------------------	---	--	---	--

		<p>acompanhante, de modo a estabelecer uma comunicação eficaz e assertiva, recorrendo a estratégias de comunicação possíveis e alternativas quando esta se mostra dificultada pela língua ou outro fator;</p> <p>-Realização da avaliação inicial e colheita de dados através da informação transmitida pela equipa de enfermagem e médica do serviço de urgência de obstetrícia / consulta de obstetrícia /Unidade Materno-fetal; entrevista à grávida / parturiente / acompanhante; consulta dos dados clínicos em formato digital e/ou em formato de papel, consulta do Boletim de Saúde da Grávida (BSG).</p> <p>-Informação sobre: antecedentes pessoais, familiares, obstétricos e ginecológicos, idade gestacional, vigilância e intercorrências da gravidez atual, observação e interpretação de resultado de exames, planeamento e desejo da</p>		
--	--	---	--	--

	<p>gravidez, existência ou não de plano de parto, expectativas e dúvidas relativamente ao parto;</p> <ul style="list-style-type: none">-Observação física da grávida / parturiente incluindo o exame vaginal, a avaliação da estrutura pélvica e estática fetal;-Avaliação do bem-estar materno-fetal;-Monitorização e interpretação da cardiotocografia (CTG), quanto à frequência cardíaca fetal e contrações uterinas, correlação entre contratilidade/frequência cardio-fetal e alterações na resposta materna e cardio-fetal.-Conhecimento prévio das expectativas da grávida, tentando corresponder ao seu plano caso exista:<ul style="list-style-type: none">- Distinção entre verdadeiro e falso trabalho de parto;-Identificação da evolução do trabalho de parto;- Fazer sempre uso da comunicação eficaz para negociação ajuste do seu plano sempre que		
--	--	--	--

		necessário, numa perspetiva de capacitação da mulher para um parto eutócico.		
--	--	--	--	--

<p>Ao longo do estágio</p>	<p>4. Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à grávida/parturiente/acompanhante no primeiro estágio do Trabalho de Parto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dar continuidade às atividades planejadas nos objetivos anteriores; - Informação e esclarecimento sobre todos os procedimentos e evolução do trabalho de parto, envolvendo a participação ativa da grávida e acompanhante; - Informação e esclarecimento sobre todos os procedimentos e evolução do trabalho de parto, envolvendo a participação ativa da grávida e acompanhante; - Identificação das fases do 1º estágio do trabalho de Parto: fase latente e fase ativa; - Promoção e colaboração na implementação de técnicas não farmacológicas existente no Bloco de Partos para alívio do desconforto, se a grávida / parturiente desejar, como por exemplo a bola de pilates, andar pelo quarto, etc; 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira cooperante - Estudante - Equipa multidisciplinar - Utentes <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necessários à prestação de cuidados e ajustados ao objetivo dos mesmo
-----------------------------------	---	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">- Informação e colaboração na execução de técnicas farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: administração sistêmica de fármacos analgésicos, analgesia epidural / sequencial. Dar informação acerca dos efeitos secundários, seguir protocolos instituídos e manter vigilância hemodinâmica adequada e validação do efeito;-Administração de terapêutica inerente ao trabalho de parto e gravidez (soroterapia, antibioterapia, uterotônicos, analgésicos, etc);-Incentivo e apoio na liberdade de movimentos que possibilitem a posição vertical, favorecedora da evolução do trabalho de parto (dilatação e progressão da apresentação) e parto normal.- Respeito pelo ritmo do Trabalho de Parto.- Evitar prestar cuidados por rotina, sem indicação clínica e explicar sempre a necessidade de realização dos mesmos.		
--	--	--	--

	<p>-Promoção da ingestão de líquidos claros e gelatina, durante o trabalho de parto;</p> <p>-Incentivo à micção frequente para evitar a distensão vesical que impede a descida da apresentação e realização de esvaziamento vesical quando necessário. -Avaliação do bem-estar materno-fetal: avaliação de sinais vitais; realização de Manobras de Leopold; monitorização, vigilância e interpretação cardiotocográfica externa e interna (necessidade de um registo rigoroso do bem-estar fetal ou quando a monitorização externa é ineficaz);</p> <p>-Vigilância do progresso do Trabalho de parto, promovendo o bem-estar materno-fetal: avaliação do padrão de contratilidade uterina (amplitude, duração, frequência, regularidade); padrão dos batimentos cardio-fetais; observação e interpretação das características do colo uterino (dilatação, apagamento, consistência, posição);</p>		
--	--	--	--

	<p>identificação da apresentação fetal, altura da apresentação, variedade, encravamento; observação da integridade das membranas (se rotura de membranas - caracterização do líquido amniótico: cor, viscosidade, cheiro e quantidade), realização de amniotomia quando indicado;</p> <p>Registo e interpretação da evolução do Trabalho de Parto no partograma, após início da fase ativa;</p> <p>-Interpretação e reconhecimentos precoces de complicações inerentes a este 1º estágio (adequada interpretação dos três componentes do Trabalho de Parto – canal de parto, contrações e feto);</p> <p>-Identificação dos sinais iminentes de instalação do 2º estágio de Trabalho de Parto;</p> <p>Registo das intervenções realizadas, colheita de dados, educação para a saúde, validação da educação para a saúde que foi efetuada, registos no programa informático Glintt.</p>		
--	---	--	--

<p>Ao longo do estágio</p>	<p>5. Desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à parturiente no segundo estágio do Trabalho de Parto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação contínua do bem-estar materno e fetal - Identificação precoce de complicações inerentes ao segundo estágio do TP e articular com equipa médica - Realização do toque vaginal de forma a validar as características da bacia e variedade da apresentação; - Observação da eficácia da contratilidade uterina; - Identificação do momento em que a parturiente deve iniciar esforços expulsivos e ir conduzindo a parturiente para os mesmos para realização de esforços expulsivos eficazes; - Manutenção do acompanhante ativo neste processo e mostrar como pode ajudar - Avaliação da dor e necessidade de repicagem segundo protocolo; 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermeira cooperante -Estudante <p style="text-align: center;">- Equipa multidisciplinar</p> <p>-Utentes</p> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Necessários à prestação de cuidados e ajustados ao objetivo dos mesmo
-----------------------------------	---	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none">- Promoção do conforto e confiança da parturiente/casal – reforço positivo e foco no seu trabalho;- Avaliação da progressão da apresentação fetal, com o auxílio da enfermeira cooperante, eventualmente no final do estágio seja possível realizar estas intervenções com autonomia;- Avaliação de sinais de proximidade da expulsão fetal (aumento do introito vaginal, abaulamento do períneo e coroamento do polo cefálico);-Administração de ocitocina conforme protocolo do BP;- Posicionamento da parturiente para a expulsão fetal, que deve ter sido previamente discutido e equacionado;- Preparação da mesa de apoio ao parto com todo o material necessário;- Realização de educação para a saúde sobre esforços respiratórios;		
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none">- Realização de manobras de proteção do períneo (controlo de lacerações);- Avaliação da presença de circulares cervicais após extração da cabeça- Realização de manobras de extração do corpo fetal- Prestação de cuidados imediatos ao RN, com auxílio da restante equipa;- Análise do cordão umbilical (presença de 2 artérias e 1 veia, inserção, comprimento);- Avaliação/Execução de colheita de sangue para análises do RN, tipagem sanguínea, ou para colheita de células estaminais;- Laqueação do cordão, avaliando necessidade de laqueação precoce em situações de risco;- Questionamento prévio do desejo acompanhante ou da parturiente cortar o cordão umbilical;		
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">- Participação em partos distócicos (ventosa, fórceps, cesariana);- Determinação da hora de nascimento;- Felicitação aos recentes pais pelo nascimento;		
--	--	---	--	--

<p>Ao longo do estágio</p>	<p>6. Desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à parturiente no terceiro estágio do Trabalho de parto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção do contacto pele a pele com a parturiente e iniciar a amamentação precoce se for do seu desejo; - Promoção da vinculação precoce entre a díade ou tríade; - Identificação e vigilância de sinais de descolamento de placenta (contração uterina, mudança da forma uterina de discoide para ovoide, saída súbita de sangue à vulva, descida do cordão, aumento do volume vaginal observável) - Realização da dequitação numa atitude expectante, realizando tração controlada do cordão; - Identificação do mecanismo de expulsão da placenta (Schultz ou Duncan); -Revisão placentar detalhada: verificação da sua forma e integridade, garantindo que não houve retenção de nenhum fragmento ou membrana na cavidade uterina ou se falta algum lóbulo 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermeira cooperante -Estudante - Equipa multidisciplinar -Utentes <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Necessários à prestação de cuidados e ajustados ao objetivo dos mesmo
----------------------------	--	--	--	--

	<p>(cotilédone); observação das duas membranas: o córion e o âmnios; análise do cordão umbilical (presença de 2 artérias e 1 veia, inserção, comprimento);</p> <p>-Em caso de retenção placentar: informar obstetra, avaliar perdas sanguíneas, avaliação de sinais vitais, explicar todos os procedimentos, transmitindo calma e segurança, soroterapia (Lactato de Ringer), administração de antibioterapia, analgesia e uterotônicos prescritos, promoção do esvaziamento vesical se necessário, massajar o útero.</p> <p>- Verificação da contratilidade uterina e presença do globo de segurança de <i>Pinard</i>;</p> <p>- Avaliação da quantidade de perdas hemáticas/risco de hemorragia;</p> <p>-Revisão do canal de parto, avaliando a integridade dos tecidos e necessidade de sutura;</p>		
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none">- Preparação do material de sutura, caso necessário-Avaliação da necessidade/administração de analgésico perineal (via cateter epidural ou anestesia local);-Identificação dos tecidos a suturar e classificar o grau de laceração;- Realização de episiorrafia e/ou perineorrafia (em lacerações de grau I e II) e de educação para a saúde acerca do autocuidado para a ferida cirúrgica ou traumática;- Promoção de cuidados de higiene e conforto à parturiente- Aplicação de gelo na perineorrafia como medida de prevenção de hemorragia e edema;- Auxílio na transferência para outra cama e incentivo ao posicionamento em decúbito dorsal para promoção da vinculação precoce;		
--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Realização de educação para a saúde sobre autocuidado: higiene perineal, características e cuidados a ter com sutura perineal, lóquios, entre outros. - Realização de registos sobre os dados do parto e do RN. 		
Ao longo do estágio	<p>7. Desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à puérpera / recém-nascido / acompanhante no quarto estágio do Trabalho de Parto.</p>	<p>Promoção de um ambiente calmo e tranquilo e acolhedor;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Transferência da sala de partos para o recobro de puérperas, se necessário; - Informação sobre todos os procedimentos nesta fase e esclarecimento de dúvidas, envolvendo a participação ativa da puérpera e acompanhante, promovendo o autocuidado. 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermeira cooperante -Estudante <p>- Equipa multidisciplinar</p> <p>-Utentes</p>

		<ul style="list-style-type: none"> -Respeito pela necessidade de repouso e de adaptação da díade/tríade, dando-lhes tempo a sós para essa adaptação e privacidade possível; - Vigilância e detecção precoce de sinais e causas de complicações, atuando de imediato; -Realização de expressão uterina cerca de duas horas após o parto: pedir à puérpera que se posicione em decúbito dorsal; verificar se existe globo vesical e incentivar a urinar ou se necessário proceder ao esvaziamento vesical; - Vigiar a altura de fundo do útero/involução uterina/consistência e a presença de coágulos na cavidade uterina; - Vigiar as características dos lóquios; observação do períneo e sutura perineal para despiste de hematomas, lacerações, edema, presença de hemorroidal, hemorragia; - Realização de cuidados de higiene e conforto. -Avaliação hemodinâmica; 	<p>ESMO: 3.1, 3.2, 3.3</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Necessários à prestação de cuidados e ajustados ao objetivo dos mesmo
--	--	--	----------------------------	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar alimentação à puérpera; -Remoção do cateter epidural; -Vigilância e manutenção do cateter venoso periférico. -Prestação de cuidados ao recém-nascido; - Realização de registos no sistema informático Glintt; - Realização dos procedimentos de transferência; - Sempre que possível, realizar visita à puérpera no serviço de obstetrícia, podendo perceber situação clínica e emocional da mesma e conhecer a avaliação que faz da sua experiência de parto. 		
Ao longo do	8. Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem imediatos ao recém-	- Avaliação do registo cardiotocográfico durante o TP e identificação de fatores de risco, de forma a providenciar cuidados adequados e antecipatórios no momento do nascimento;	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1,	Humanos: -Enfermeira cooperante -Estudante

	<p>nascido na adaptação à vida extrauterina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verificação do material de reanimação neonatal antes do nascimento; - Preparação da vitamina K e posterior administração; - Aquecimento prévio da mesa de reanimação neonatal e pano para receber RN; - Avaliação da necessidade de chamar pediatra à sala de partos; - Identificação de sinais de alarme no momento de nascimento e adaptação à vida extrauterina; - Colaboração com o pediatra na reanimação cardiorrespiratória do RN; - Conhecimento de procedimentos em filhos de mães portadoras de HIV ou hepatite B; - Estimulação do RN no momento do nascimento e prestação de cuidados imediatos; - Colocação de pulseira eletrônica de detecção da localização do RN da pulseira de identificação, confirmando sempre com a mãe o seu nome; 	<p>A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa multidisciplinar - Utentes <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necessários à prestação de cuidados e ajustados ao objetivo dos mesmo
--	--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none">- Avaliação do índice de Apgar até aos 10 minutos de vida;- Observação física cefalocaudal do do RN;- Avaliação do peso do RN;- Realização de contacto pele a pele, caso o RN demonstre estabilidade clínica que o permita;- Promoção do aleitamento materno precoce;- Inclusão do pai, ou acompanhante significativo, na prestação de cuidados ao RN (ex.: vestir e trocar a fralda);- Início da educação para a saúde sobre os diversos temas – cuidados à puérpera e RN e sinais de alarme, não esquecendo de avaliar primeiro os conhecimentos já adquiridos sobre os vários temas;- Conhecimento do funcionamento da incubadora existente na sala de trabalho e monitorização do RN na mesma, para rápida mobilização em caso de necessidade;		
--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração/Participação na decisão de transferir RN para a neonatologia ou unidade do puerpério; -Prestação de cuidados que permitam a transferência em segurança; - Realização de registos no sistema informático, no Boletim de Saúde Infantil e juvenil, Boletim de Vacinas, preenchimento da notícia de nascimento. 		
Ao longo do estágio	9. Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em enfermagem de saúde materna e obstétrica.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de uma situação/problema a desenvolver no relatório de estágio com discussão pública e abordagem da temática com a professora orientadora e enfermeira cooperante. No caso, o tema escolhido, embora provisório e ainda sujeito à devida aprovação, tem como título: “Gestão da glicemia, na parturiente com diabetes <i>mellitus</i> tipo1, com bomba de insulina”; 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: B1.1, B2.1, D2.1, D2.2.</p> <p>Competências específicas do</p>	<p>Humanos: -Enfermeira cooperante -Estudante -Professora Orientadora</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre a temática de modo a conhecer o estado da arte acerca da temática a desenvolver, interpretação e discussão de resultados; - Realização de uma scoping review; - Elaboração e discussão de relatório de estágio que evidencie a articulação entre os conhecimentos teóricos e reflexão sobre a prática e qualidade de cuidados; - Discussão com a equipa do bloco de partos sobre a temática e divulgação dos resultados de investigação obtidos. - Reuniões de orientação e análise com a enfermeira cooperante e professora orientadora. 	ESMO: 2.1.10, 3.1., 3.2, 3.3	
Ao longo do	10. Desenvolver competências técnicas e práticas no âmbito da gestão dos cuidados, de recursos humanos e	- Observação da metodologia e organização de recursos humanos e materiais nos locais de estágio;	Competências comuns do enfermeiro	Humanos: -Enfermeira cooperante -Estudante

	<p>materiais garantindo a qualidade dos cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração na reposição de materiais e medicação; - Rentabilização de recursos materiais durante a prestação de cuidados; - Planeamento e priorização de atividades, de forma a gerir o tempo e recursos com eficácia e eficiência. 	<p>especialista: B1, C2</p>	<p>- Utentes</p>
<p>Ao longo do estágio</p>	<p>11. Desenvolver competências reflexivas e de autoavaliação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção de momentos reflexivos com a enfermeira cooperante e professora orientadora e eventual discussão e apresentação do plano de atividades em seminário; - Prestação de cuidados de enfermagem tendo por base a melhor e mais atual evidência científica; - Discussão com a enfermeira cooperante sobre pertinência das atividades do projeto de estágio para a concretização dos objetivos; 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: B2, C1, D1, D2</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermeira cooperante -Estudante -Professora Orientadora

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste projeto permite tecer uma linha orientadora para o que irá ser o trabalho a desenvolver nas próximas vinte semanas. Pretende-se que este ensino clínico decorra de modo a alcançar os objetivos propostos, no entanto, este plano não é estanque e deverá adaptar-se às circunstâncias próprias do local de estágio, bem como, às necessidades de formação que se vão identificando.

BIBLIOGRAFIA

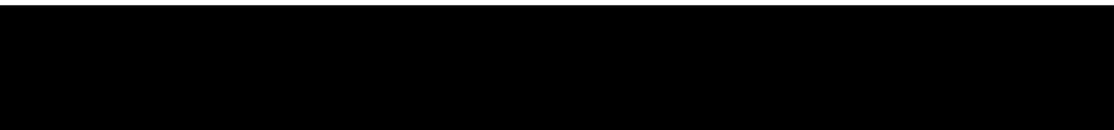
Guia orientador para o desenvolvimento das atividades da Ficha da Unidade Curricular Estágio IV – Anexo I – Estágio e Relatório em ESMO na Sala de Partos, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Saúde de Santarém.



Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). *Livro de bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento nº 391/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03. Lisboa.

Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. Lisboa.



Apêndice II – Registo de atividades práticas

Síntese de Registo de Atividades Práticas/*Registration of Practice Activities*

Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family Counseling and health promotion</i>	Nº
Vigilância e prestação de cuidados à gravida/ <i>Supervision and care to the pregnant women:</i>	229
• Exames pré-natais/ <i>Prenatal Examinations (100)</i>	
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor:</i>	101
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries (40)</i>	41
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	—
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiples births</i>	—
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	10
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	5
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	26
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at the risk</i>	145
• Gravidez/ <i>Pregnancy</i>	
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	10
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	5
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period (100)</i>	115
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/ <i>Supervision and care to the healthy new-born (100)</i>	115
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	28
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/ <i>Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology</i>	12
Prática simulada/ <i>Simulated practice</i>	X
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/ <i>Practice on episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	

Santarém, dezembro de 2022

Estudante/*Student* Ana Rita Rêgo Faria

Professor/*Teacher* Sora Palma

Coordenador do Curso/*The course coordinator* Helena

Apêndice III – Plano de sessão em serviço e apresentação

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Gestão da glicemia na parturiente com bomba de insulina: Como pode o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) promover a gestão da glicemia, através da manutenção da bomba de insulina, na parturiente?

Data: a combinar

Hora:16h30?

Duração: 20 minutos

Tema: Gestão da glicemia na parturiente com bomba de insulina

Formadores: AEESMO Rita Moita

(Sob a orientação da EEESMO XXXX e Professora Sara Palma)

Local: Sala de passagem de turno

Destinatários: Equipa de Enfermagem do Bloco de Partos

Objetivo Geral:

1. Promover a gestão da glicemia através da manutenção da bomba de insulina na parturiente.

Objetivos específicos:

1. Refletir sobre o papel do EEESMO na promoção da gestão da glicemia na parturiente com bomba de insulina;
2. Divulgar a evidência científica mapeada através da *scoping review* preliminar;
3. Dar a conhecer as recomendações do consenso para a grávida tratada com bomba de insulina e para a sua manutenção – vantagens para grávida/puérpera e recém-nascido-nascido;
4. Definir conceitos básicos para compreensão e utilização da bomba de insulina;
5. Capacitar o EEESMO para a utilização segura da bomba de insulina.

Etapas	Conteúdos	Recursos	Método	Duração
<u>Introdução</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação ✓ Sumário da sessão 	Computador/ Projektor	Expositivo	1 min
<u>Desenvolvimento</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Divulgação da evidência científica mapeada através da <i>scoping review</i>; ✓ Divulgação das <i>guidelines</i> (Relatório de consenso sobre a Diabetes e Gravidez (2011), para a gestão da glicemia na mulher com Diabetes tipo 1; ✓ Bomba de insulina e seu funcionamento (com recurso a uma plataforma informática que permite a simulação da bomba de insulina; visualização de um vídeo de um utilizador que inicia a colocação da bomba e explica/demonstra as suas funções básicas). 	Computador/ Projektor	Expositivo Demonstrativo	15 min
<u>Conclusão</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Discussão ✓ Considerações finais 	Computador/ Projektor	Ativo	4 min

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

Com vista à melhoria da qualidade da formação, agradeço que preencha o seguinte instrumento de avaliação relativo à ação de formação apresentada e intitulada: “Gestão da glicemia na parturiente com bomba de insulina”.

Obrigada pela sua colaboração!

Para efeitos de avaliação, queira, por favor, considerar a seguinte escala:

1- Insuficiente	2- Suficiente	3 - Bom	4 – Muito Bom	5 - Excelente
-----------------	---------------	---------	---------------	---------------

	1	2	3	4	5
Como classifica os seus conhecimentos prévios face à temática abordada?					
Como classifica a pertinência da temática?					
Como classifica a sessão de formação de acordo com as suas expectativas?					
Como classifica a formação, quanto à clareza da informação transmitida?					
Como classifica a adequação dos recursos de apoio utilizados?					
Como classifica a forma como o formador envolveu os formandos no decurso da sessão?					

Sugestões/Observações:

GESTÃO DA GLICEMIA NA PARTURIENTE COM BOMBA DE INSULINA

Bomba de Insulina – Funções básicas

7º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA
ESTÁGIO IV – BLOCO DE PARTOS

Ana Rita Moita - 200400007

A GRÁVIDA E A DIABETES

- ❑ A assistência mais estruturada de mulheres com Diabetes remonta aos anos 70, com a colaboração dos serviços de obstetrícia e de Pediatria, dando início ao encaminhamento para a consulta de Alto Risco.
- ❑ A importância da Diabetes Mellitus e o seu conjunto de riscos é um assunto amplamente debatido e conhecido, com anos de trabalho e desenvolvimento. A hiperglicemia, portanto um mau controlo da glicemia, durante o primeiro trimestre, aumenta o risco de anomalias e perdas fetais. O risco de mal formações fetais é três vezes superior ao risco das mulheres sem diabetes.

(Odette, 2002).

A GRÁVIDA E A DIABETES

□ O Relatório de consenso sobre a Diabetes e Gravidez (2011), que junta um conjunto de associações que conseguiram elaborar um procedimento geral e comum para atuação nestas mulheres (tendo vindo a ser atualizado), diz-nos que nas últimas décadas temos assistido a importantes progressos na melhoria da vigilância e tratamento da diabetes nas grávidas, estes progressos trazem implicações diretas na melhoria dos resultados nos recém-nascidos e redução de complicações maternas.

□ Apesar de todo este esforço, o objetivo major ainda não foi alcançado – meta definida na declaração de S. Vicente em 1989 – ***“conseguir que o resultado da gravidez na mulher com diabetes se aproxime do resultado da gravidez na mulher sem diabetes”***

(DGS, 2011, p. 5).

A GRÁVIDA E A DIABETES

□ A vigilância e terapêutica na gravidez de mulheres com diabetes prévia pressupõe um acompanhamento por parte da endocrinologia com enfoque na auto-vigilância da glicemia, podendo manter uma monitorização contínua da mesma. Será ainda perentório a avaliação de complicações, tais como: nefropatia; retinopatia; neuropatia.

□ **As bombas de perfusão subcutânea de insulina são uma realidade para muitas grávidas e a tendência será para que este número aumente, permitindo uma otimização do controlo glicémico com menos hipoglicemias, pelo que são altamente recomendadas na gravidez.**

(DGS, 2011)

SCOPING REVIEW

Título: Gestão da glicemia na parturiente com bomba de insulina: uma *scoping review*

Objetivo: Mapear a evidência existente acerca as vantagens da utilização da bomba de insulina na gestão da glicemia, para a parturiente com *diabetes mellitus* tipo I

SCOPING REVIEW

Questão de investigação:

- Quais as vantagens da utilização da bomba de insulina na gestão da glicemia, para a parturiente com *diabetes mellitus* tipo I

População /Contexto/ Conceito

SCOPING REVIEW

Conclusões preliminares:

- ❑ A bomba de insulina é uma forma eficaz de melhorar o controle da glicemia ao mesmo tempo que minimiza o risco de hipoglicemia. A terapia com bomba permite que a insulina seja administrada de uma forma que imita a administração normal de insulina do pâncreas. A bomba fornece quantidades precisas de insulina de ação rápida a cada minuto - insulina basal. A insulina adicional, conhecida como insulina em bôlus, é necessária para cobrir as refeições e lanches e para corrigir os níveis elevados de glicose no sangue.
- ❑ A bomba permite um ajuste fácil das necessidades de insulina para atender a essas necessidades variáveis. Também oferece a vantagem de poder administrar insulina após a refeição, atrasando ou omitindo refeições e lanches com segurança.

(Drever, *et al.*, 2016)

SCOPING REVIEW

Foi encontrada evidência científica que permite demonstrar que a continuação da terapia através bomba de insulina durante o trabalho de parto parece segura e eficaz. Além disso, as mulheres que optam por continuar com a bomba de insulina têm melhor controle de glicose durante o parto do que aquelas que mudam para insulina intra-venosa, sugerindo que deve ser uma prática padrão permitir às mulheres a opção de continuar com a bomba durante o trabalho de parto.

(Drever, *et al.*, 2016)

BOMBA DE INSULINA



BOMBA DE INSULINA

- ❑ **Bombas de insulina**, também chamadas de **Dispositivo de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina** são pequenos aparelhos computadorizados que injetam insulina de forma contínua em utentes com diabetes. Estes dispositivos fornecem insulina de ação rápida, de forma contínua, durante 24h por dia. A quantidade de insulina injetada deve ser adaptada a cada pessoa e tenta simular o funcionamento do pâncreas.
- ❑ As doses de insulina são inseridas pelo utilizador e ajustadas consoante o seu perfil glicémico, pelo que a monitorização da glicemia ou glicose é fundamental.

(Melo, 2010)

BOMBA DE INSULINA

- ❑ Taxa Basal: taxa de insulina que é fornecida automaticamente e sem interrupções, controla a glicemia entre as refeições e durante o sono.
- ❑ Bólus de insulina: Dose de insulina infundida de para compensar alimentos ingeridos. A dose de insulina é calculada com base na quantidade de hidratos de carbono presente na refeição. Da mesma forma, quando fazemos exercício, podemos ajustar a insulina de maneira a evitar uma hipoglicémia.
- ❑ Cada sistema de infusão consiste em: um cateter, inserido debaixo da pele, uma cânula que fica colada à pele e um sistema que liga ao aparelho. Normalmente é colocado na zona abdominal e o cateter deve ser mudado de sítio a cada 2 a 3 dias, para evitar reações na pele. No entanto, as coxas ou os braços são outros locais que pode colocar o sistema de infusão.

(Melo, 2010)

BOMBA DE INSULINA

- ❑ As indicações para o seu uso podem variar de centro para centro, mas incluem:
 - Crianças e pessoas com diabetes tipo 1;
 - **Grávidas;**
 - Pessoas com controlo metabólico difícil com mais de 4 injeções de insulina por dia;
 - **Quem tenha capacidade para medir continuamente os níveis de açúcar e capacidade para trabalhar com o dispositivo.**

· (Minicucci, 2008)

BOMBA DE INSULINA

- Link da demonstração virtual: DEMONSTRAÇÃO V

https://hcp.medtronic-diabetes.com/en_GB/MiniMed780G-virtual-demo-pump/

BOMBA DE INSULINA

Considerações Finais

O uso da bomba está associado a um controlo glicémico mais rigoroso, o que confere indiscutíveis vantagens durante a gravidez e trabalho de parto. O facto de poder definir as doses de insulina durante as várias horas do dia, permite-lhe ter um maior domínio sobre o exercício que faz e os hidratos que come, por exemplo. No entanto, não deixa de ser um aparelho que está continuamente ligado ao utente e cuja utilização não é a mais fácil ou intuitiva. Além disso, o início do seu uso deve ser sempre bem acompanhado pela equipa médica e de enfermagem e o seguimento deve ser rigoroso em consulta.

BIBLIOGRAFIA

Bett, D (2020, February). Insulin Pump Therapy during Pregnancy and Birth. *Buckinghamshire, NHS trust*, 1-11.

Drever, E., Tomlinson, G., Bai, A. D., Feig D. S. (2016). Insulin pump use compared with intravenous insulin during labour and delivery: the INSPIRED observational cohort study. *Diabetes Medicine*, 33(9),1253–1259. DOI: 10.1111/dme.13106

DGS. Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez – *Diabetes e Gravidez* – janeiro 2011.

Hanas, R. (2007). *Diabetes tipo 1 em crianças, adolescentes e jovens adultos*. (3ª edição). Lidel.

BIBLIOGRAFIA

Medtronic (2018). *Diabetes Sua Saúde – sobre os dispositivos para o controlo da diabetes*. Consultado em 11 julho 2022. Disponível em <https://www.medtronic.com/br-pt/your-health/treatments-therapies/diabetes/therapy.html>

Melo, M. (SPEDM). (2010). Terapêutica com sistemas de perfusão contínua de insulina. In Nunes, J. S. (Coord.), *Diabetes uma abordagem global* (pp. 59-66). Lisboa: Euromédice, Edições médicas, Lda.

Minicucci, J. W. (2008). Uso de Bomba de Infusão Subcutânea de Insulina e suas Indicações. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 52(2), 340-348.

Peters, M.D.J, Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A.C., Khalil, H. (2020). Chapter 11:

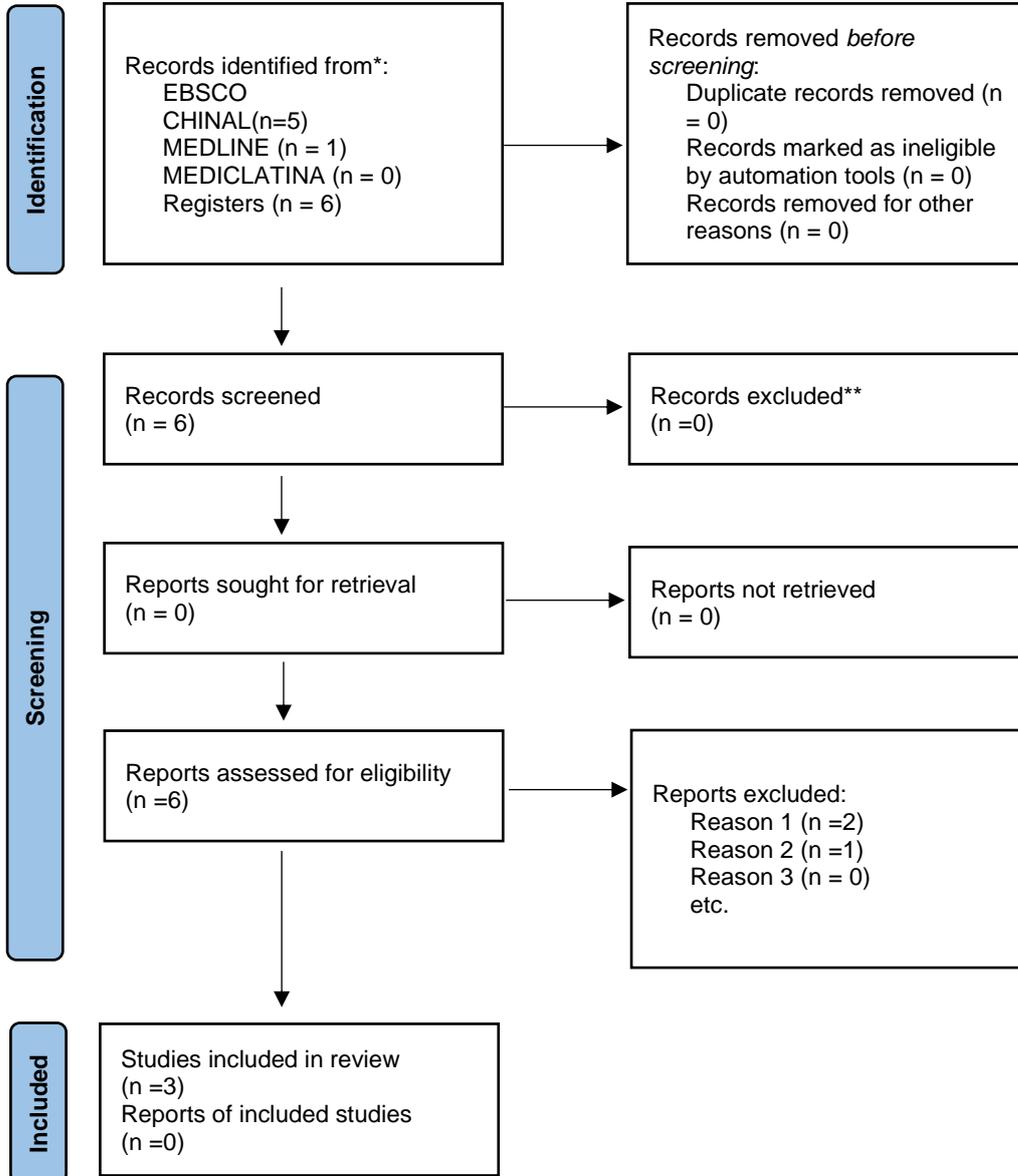
Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>.

Apêndice IV - Termos de pesquisa aplicados às bases de dados

Termos de Pesquisa	Linguagem Natural	Linguagem indexada	
		CINAHL Headings	MeSH 2022
Conceito			
Bomba de insulina	Insulin pump therapy	Infusion Pumps	Infusion Pumps
Diabetes <i>mellitus</i> tipo I	Type 1 diabetes	Diabetes Mellitus, Type 1	Diabetes Mellitus, Type 1
Trabalho de parto	Labor	Labor	Labor, obstetric
	Work labor	Labor stages	

Apêndice V – Fluxograma da *scoping review*

Identification of studies via databases and registers



Apêndice VI – Tabelas de extração de dados da *scoping review*

Nº do artigo	Autores, ano de publicação e o país de origem	Nome do artigo e Base de dados	Objetivos e questão de pesquisa	População e tamanho da amostra dentro da fonte de evidência	Metodologia/Métodos	Caracterização da Intervenção	Resultados	Principais descobertas relacionadas à(s) pergunta(s) da SR
Nº 1	Drever, E., Tomlinson, G., Bai, A. D., Feig D. S. 2016 Canada	Research: Pregnancy Insulin pump use compared with intravenous insulin during labour and delivery: the INSPIRED observational cohort study <i>CINAHL®</i>	Avaliar a segurança e eficácia da terapia com bomba (infusão subcutânea contínua de insulina; CSII) durante o trabalho de parto e parto em mulheres com diabetes tipo 1.	161 gestações em mulheres com diabetes tipo 1 que ocorreram entre os anos 2000-2010, no Mount Sinai Hospital	Estudo de coorte retrospectivo – divisão em 3 grupos para comparar resultados médios e medianos de glicose	Os níveis de glicose no sangue capilar durante o trabalho de parto e parto e o tempo dentro/fora do alvo (alvo: 4–6 mmol/l) foram avaliados e comparados, juntamente com os resultados neonatais para três grupos: (1) mulheres com bombas que permaneceram com as bombas durante o trabalho de parto (bomba/ bomba n = 31), (2) mulheres em bombas que mudaram para infusão de insulina intravenosa (IV) durante o trabalho de parto (bomba/IV n = 25) e (3) mulheres em múltiplas injeções diárias que mudaram para infusão de insulina IV durante o trabalho de parto (MDI n = 105)	Não houve diferenças significativas entre os valores médios ou medianos de glicose durante o trabalho de parto e parto em todos os três grupos, e nenhuma diferença significativa no passado em hipoglicemia. No entanto, as mulheres no grupo bomba/bomba tiveram um controle glicêmico significativamente melhor, conforme definido pela glicose média (5,5 vs. 6,4 mmol/l; P = 0,01), glicose mediana (5,4 vs. 6,3 mmol/l; P = 0,02) e mais tempo passado no alvo (60,9% vs. 39,2%; P = 0,06) em comparação com mulheres no grupo de bomba/IV (após a remoção de um valor discrepante).	Este estudo demonstra que a continuação da terapia com CSII durante o trabalho de parto e parto parece segura e eficaz. Além disso, as mulheres que optam por continuar com o CSII têm melhor controle da glicose durante o parto do que aquelas que mudam para insulina IV, sugerindo que deve ser uma prática padrão permitir às mulheres a opção de continuar com o CSII durante o trabalho de parto e o parto. Este estudo revela ainda que a concentração média de glicose materna durante o parto não está relacionada com maus resultados neonatais, incluindo hipoglicemia neonatal.

<p>Nº 2</p>	<p>Stewart, S., Yamamoto, M., Wilinska, E., Hartnell, S., Farrington, C., Hovorka, R., Murphy, R.</p> <p>2018</p> <p>Reino Unido</p>	<p>Adaptability of Closed Loop During Labor, Delivery, and Postpartum: A Secondary Analysis of Data from Two Randomized Crossover Trials in Type 1 Diabetes Pregnancy</p> <p>CINAHL®</p>	<p>Avaliar a adaptabilidade do sistema de circuito fechado durante o trabalho de parto, parto e pós-parto</p>	<p>Mulheres grávidas de 18 a 45 anos de idade com duração de DM1 de pelo menos 12 meses e HbA1c de 6,5% a 10% - das 32 mulheres inscritas – 27 optaram por usar o sistema de circuito fechado durante o trabalho de parto e parto</p>	<p>Estudo observacional de todas as mulheres incluídas nos estudos descritos (dois ensaios cruzados randomizados) que escolheram usar o sistema de circuito fechado durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato</p>	<p>O controle da glicose foi medido por CGM, a administração de insulina foi feita por meio de uma bomba DANA-R e os sistemas de circuito fechado usados foram o Florence D2W e Florence D2A. As faixas alvo de glicose foram adaptadas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. O controle glicêmico foi avaliado pelo tipo de parto (parto vaginal, emergência ou cesariana eletiva)</p>	<p>As mulheres que usaram sistema de circuito fechado durante o trabalho de parto e parto estavam na faixa alvo de glicose 82,0 (IQR 49,3, 93,0), com uma concentração média de glicose de 6,9 (1,4) mmol/L (124 [25] mg/dL). O número mediano (IQR) de eventos hipoglicêmicos foi 0 (0, 1,0), embora sete mulheres (26,9%) tivessem pelo menos 1 evento hipoglicêmico. Não houve incidentes de hipoglicemia grave durante o trabalho de parto, parto ou pós-parto imediato, nem eventos adversos graves relacionados ao dispositivo durante esse período. Não houve diferença na glicose média em mães de bebês com hipoglicemia neonatal e naqueles sem (média [DP] glicose materna de 6,9 [1,6] mmol/L e 6,8 [1,1] mmol/L [124 (29) e 122 (20) mg/dL], respectivamente; P = 0,84). Também não houve diferença na porcentagem de tempo no alvo (P = 0,88) (Fig. 1) ou tempo acima do alvo (P = 0,76)</p>	<p>Nesta coorte de mulheres com DM1 de longa duração, o circuito fechado teve um bom desempenho durante o trabalho de parto e o parto. As mulheres passaram mais de 80% do tempo dentro do intervalo alvo com hipoglicemia mínima. O circuito fechado manteve o controle glicêmico rigoroso durante partos vaginais e cesarianas sob anestesia regional e geral. O sistema também se adaptou à rápida mudança nas necessidades de insulina após o parto, com as mulheres a passar mais de 80% do tempo na faixa-alvo no período pós-parto imediato</p>

<p>Nº 3</p>	<p>C. Farrington, Z. Stewart, R. Hovorka, H. Murphy 2018 Reino Unido</p>	<p>Women's Experiences of Day-and-Night Closed-Loop Insulin Delivery During Type 1 Diabetes Pregnancy <i>CINAHL</i>®</p>	<p>Explorar as experiências das mulheres e as relações entre a experiência tecnológica e os níveis de confiança na terapia de circuito fechado.</p>	<p>Participantes entre 18 e 45 anos de idade com nível de HbA1c entre 6,5 e 10% e entre 8 e 24 semanas de gestação de três locais do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido. Com experiência em tecnologia variada, educação em diabetes e controle glicêmico anterior avaliado através da medição da HbA1c. -16 participantes completaram o estudo</p>	<p>Estudo de análise qualitativa, em mulheres que usaram o sistema de circuito fechado, incorporando resultados biomédicos e avaliações psicossociais</p>	<p>Realizaram-se entrevistas qualitativas semiestruturadas na linha de base e no acompanhamento.</p>	<p>Foram realizadas entrevistas semiestruturadas de acordo com um guia de tópicos desenvolvido a partir da revisão da literatura relevante). Entrevistamos mulheres duas vezes, na linha de base durante o período de treino do dispositivo e após a conclusão do estudo.</p>	<p>As grávidas descreveram os benefícios e os encargos dos sistemas de circuito fechado durante a gravidez. Sentimentos de melhor controle da glicose, excitação e paz de espírito foram contrabalançados por preocupações sobre falhas técnicas, imprecisão do CGM e os encargos com requisitos de manutenção</p>
--------------------	--	---	---	---	---	--	---	--