

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

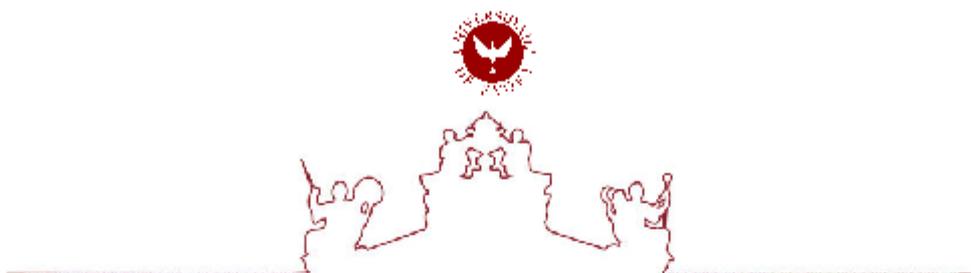
Relatório de Estágio

**Melhoria da Qualidade nos Cuidados: Ingesta durante o
trabalho de parto para o conforto da mulher**

Ana Filipa Silva Ressurreição

Orientador(es) | A. Frias

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

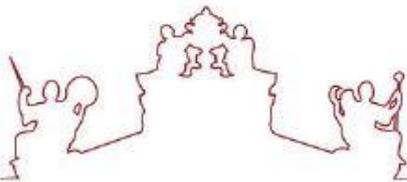
Relatório de Estágio

**Melhoria da Qualidade nos Cuidados: Ingesta durante o
trabalho de parto para o conforto da mulher**

Ana Filipa Silva Ressurreição

Orientador(es) | A. Frias

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Maria Otilia Brites Zangão (Universidade de Évora)

Vogais | A. Frias (Universidade de Évora) (Orientador)
Rosália Marques (Hospital Garcia de Orta) (Arguente)

Agradecimentos

À Professora Ana Frias pela orientação e apoio nesta caminhada;

À minha família e agora esposo por terem compreendido o meu período de ausência e no entanto estiveram sempre a apoiar-me;

Às minhas colegas da especialidade, pelo pilar de ânimo quando estávamos a desmotivar;

Às minhas orientadoras nos ensinamentos clínicos que tanto me ajudaram na minha formação;

Aos colegas do serviço, pela compreensão dos dias mais difíceis durante esta caminhada!

Um Grande Obrigada

RESUMO

Título: Melhoria dos cuidados: Ingesta durante o trabalho de parto para o conforto da mulher

Introdução: A humanização dos cuidados será sempre a prioridade do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica baseando as suas fundamentações com prática baseada na evidência. Este relatório é um reflexo da mobilização das competências contribuindo com melhores cuidados em relação à ingestão durante o trabalho de Parto.

Objetivo: Refletir sobre aquisição das competências específicas e assegurar contributos para uma melhoria dos cuidados. **Metodologia:** Revisão da literatura e reflexão sobre os registos adquiridos em contexto de estágio. **Resultados:** Toda a trajetória contribuiu para a aquisição das competências comuns e específicas bem como a revisão sustentada evidenciou que as grávidas de baixo risco podem ingerir líquidos durante o trabalho de parto. **Conclusão:** Os estudos que abordam a problemática são raros, apelando então para mais investigação. A aquisição das competências permitiu um maior desenvolvimento tanto pessoal como profissional, assegurando que os cuidados prestados no futuro serão com muito mais saber.

Descritores DeCS: Comer; Beber; Trabalho de Parto

ABSTRACT

Title: Improved care: Ingestion during labor for the woman's comfort

Introduction: The humanization of care will always be the priority of nurses who are specialists in maternal and obstetric health, basing their foundations on evidence-based practice. This report is a reflection of the mobilization of skills, contributing with better care in relation to intake during labor. **Objective:** Reflect on the acquisition of specific skills and ensure contributions to an improvement in care. **Methodology:** Literature Review and reflection on the records acquired in the internship context. **Results:** The entire trajectory contributed to the acquisition of common and specific skills, as well as the sustained review showed that low-risk pregnant women can drink fluids during labor. **Conclusion:** Studies that address the issue are rare, calling for further investigation.

The acquisition of skills allowed for greater personal and professional development, ensuring that the care provided in the future will be much more knowledgeable.

Descriptors DeCS: Drinking; Eating; Labor, Obstetric

ÍNDICE

1. Introdução	11
2. Contexto Clínico do Estágio de Natureza Profissional	14
2.1. Caracterização do Contexto da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizado de Lagoa	15
2.1.1. Caracterização do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade Portimão	18
2.1.2. Caracterização do Serviço de Urgência Obstetrícia/Ginecologia/Bloco de Partos	21
2.1.3. Caracterização do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia	24
2.2. Metodologia	28
3. Contributos para a Melhoria da Assistência em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.....	30
3.1. Concetualização.....	32
3.2. Metodologia	35
3.3. Resultados/Discussão.....	38
4. Análise Reflexiva sobre o Processo de Mobilização de Competências	45
4.1. Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas	47
4.2. Competências Especificas dos Enfermeiros em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	50
4.2.1. Competência: Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional	51
4.2.2. Competência: Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	53
4.2.3. Competência: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	57
4.2.4. Competência: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	60
4.2.5. Competência: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.....	63
4.2.6. Competência: Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica	64
4.2.7. Competência: Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.....	65
5. Considerações finais	67
Referências Bibliográficas	69
ANEXOS	80
ANEXO A. Escala de classificação de nível de evidência de Stetler	81
APÊNDICES	83

APÊNDICE A. Visita virtual à maternidade	84
APÊNDICE B. Sessão de sensibilização do tema “Ingesta de Líquidos durante o trabalho de parto para o conforto da mulher”	95
APÊNDICE C. Panfleto Sinais de alerta durante a gravidez - Quando ir para a maternidade?	107
APÊNDICE D. Panfleto Gravidez Saudável - Nutrição da Grávida.....	110
APÊNDICE E. Artigo Preparação para o Parto: Análise de conceito.....	112
APÊNDICE F. Resumo, plano e cronograma.....	114

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Nacionalidades	23
Tabela 2. Número de nascimentos.....	23
Tabela 3. Número de Partos / Tipos de Partos.....	24
Tabela 4. Cesariana - Tipo de Anestesia.....	43
Tabela 5. Ingesta de Líquidos durante a fase ativa do trabalho de parto.....	44
Tabela 6. Grelha de registo das experiências realizadas em contexto clínico	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Quadro com a caracterização física da UCSP.....	16
Figura 2. Quadro com a caracterização da estrutura física do CHUA.....	20
Figura 3. Categorização dos profissionais de saúde	25
Figura 4. Número de registos de atendimentos no CAM e RAM.....	26
Figura 5. Gráfico circular sobre motivos de internamento de grávidas.....	28
Figura 6. Gráfico de Barras sobre a avaliação do risco na gravidez	31
Figura 7. Gráfico de barras sobre a ingestão na fase ativa.....	32
Figura 8 .Gráfico de barras sobre a ingestão na fase latente	32
Figura 9. Quadro da Metodologia PICO	35
Figura 10. Fluxograma de PRISMA.....	37
Figura 11. Análise do Artigo 1: Restricting oral fluid and food intake during labour.....	39
Figura 12. Análise do Artigo 2: Eating and drinking in Labor	39
Figura 13. Análise do Artigo 3: Literature review: Eating and drinking in labour.....	40
Figura 14. Análise do Artigo 4: Restricting Oral Fluid and Food Intake during Labour: A Qualitative Analysis of Women's Views	41
Figura 15. Gráfico de barras da sintomatologia de vômitos em cesariana eletiva.....	42
Figura 16. Gráfico de barras das consultas de enfermagem	51
Figura 17. Gráfico circular com a vigilância das gravidezes por trimestres.....	53

1. Introdução

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Universidade de Évora preconiza-se a realização Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final para cumprir os requisitos da Lei n.º 9/2009, com as alterações previstas no Despacho n.º 11051/2018. O estágio profissional é considerado uma unidade curricular do MESMO, sendo que o objetivo da sua realização passa por consolidar os conhecimentos adquiridos em instituições hospitalares de forma a garantir que a mestranda consiga adquirir competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO). De acordo com o Despacho n.º 11051/2018, o estágio curricular tem a durabilidade de um ano letivo e neste percurso, o estudante será acompanhado pelo supervisor clínico e orientador pedagógico,

Relativamente à estrutura do relatório, vai ser organizado em cinco capítulos: introdução, contexto clínico do estágio de natureza profissional, contributos para a melhoria da assistência em enfermagem de saúde materna e obstétrica, análise reflexiva sobre o processo de mobilização de competências e considerações finais. Para a concretização deste relatório, foram utilizadas as normas American Psychological Association (APA), 7.^a edição (2020), está de acordo com o regulamento implícito para o Estágio de Natureza Profissional com Relatório final e em concordância com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

O plano curricular do segundo ano letivo distribui-se em dois semestres, permitindo assim uma distribuição equitativa dos estágios nas diferentes valências. A experiência clínica iniciou-se na sala de partos do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) – unidade de Portimão, seguindo para os cuidados de saúde primários, realizado na Unidade de Cuidados Saúde Personalizados de Lagoa (UCSP) e para finalizar no serviço de ginecologia/grávidas do CHUA – unidade de Portimão. Por sua vez, no segundo semestre, realizou-se na sala de partos e puerpério/neonatologia, no CHUA – unidade de Portimão.

A pandemia da covid 19 causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 que se vivência no presente, originou uma série de limitações no decurso dos estágios, impossibilitando de conhecer outras instituições de saúde de forma a expandir os conhecimentos e experiências. Mesmo assim, cada momento de estágio proporcionou que se desenvolvessem competências inerentes à especialidade de saúde materna e obstétrica, permitindo personalizar os cuidados à saúde da mulher. Preconiza-se assim que o conteúdo do relatório final inclua uma reflexão e exposição fundamentada de acordo com as atividades desenvolvidas durante o estágio de

natureza profissional inseridas nos objetivos desta unidade curricular (UC) descritos no planeamento da mesma e publicitado no Sistema de Informação Integrado da Universidade de Évora (SIUE), em que visam que o estudante desenvolva capacidades de prestar cuidados à mulher/companheiro(a) inseridos na família/comunidade no âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional, período pré-natal, saúde sexual e reprodutiva, no trabalho de parto em saúde/desvio de saúde, período pós-natal, vivenciar processos de saúde/doença ginecológica com responsabilidade ética-deontológica, empenha na qualidade, gestão de cuidados e aprendizagem. Bem como adquirir conhecimentos e competências nas vertentes teóricas-práticas dos cuidados especializados.

Quando se fala em competências, depreende-se que ao desenvolvê-las se possa contribuir para mudar ideais que há muito se encontram de “pedra e cal”, nomeadamente a ingesta de líquidos claros durante o trabalho de parto. Considera-se prioritário, centrar e personalizar os cuidados à grávida garantido a manutenção das necessidades da parturiente sendo que a alimentação/hidratação é uma das necessidades essenciais à vida (Néné et al, 2016).

Atualmente, é recorrente ouvir falar em “experiência de parto positiva”, defendida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) perspetivando uma experiência desejável no nascimento, de acordo com as expectativas e crenças da mulher. Os autores Pinto et al. (2017) e Silva et al. (2019) referem também que a experiência é influenciada por diversos fatores: fisiológicos e emocionais que, traduzindo relaciona com ansiedade, medo e insegurança. Desde então tem-se lutado pela humanização do parto, favorecendo a participação ativa da mulher/casal perspetivando uma experiência positiva. Na humanização do parto está incluída as questões relacionadas com a nutrição/hidratação, remetendo então, a necessidade de se estudar a temática sobre a ingestão de líquidos durante o trabalho de parto.

De acordo com as recomendações da OMS (2018) as grávidas de baixo risco devem ser incentivadas a ingerir líquidos durante o trabalho de parto. Relembrando a história da medicina, o Síndrome de Mendelson foi o grande impulsionador para a restrição da ingesta de líquidos claros durante o trabalho de parto, justificando-se sempre que poderia existir a possibilidade de uma cesariana emergente com anestesia geral e desta forma comprometer-se-ia a via aérea por aspiração gástrica (Singata et al., 2013; Urbanova, 2015; Wei et al., 2011). Substituindo-se assim a ingesta de líquidos por fluidos intravenosos de forma a corrigir desequilíbrios hidroelectrolíticos. No entanto, o jejum tem também algumas consequências, com elas, aumenta a concentração de ácido clorídrico e consecutivamente maior refluxo,

aumento da acidez no sangue da materno/fetal e não tão menos importante o mau estar referido pela grávida (Pinto et al., 2017; Singata et al., 2013).

A literatura mais antiga como o estudo comparativo de O'Sullivan e Scrutton (2003) analisaram as consequências e benefícios da ingestão de líquidos na grávida e concluíram que o risco de aspiração do conteúdo do estômago para os pulmões durante uma cirurgia obstétrica é grave, apostando na prevenção e diminuindo assim o risco de morte materna.

No entanto, a Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA, 2016) referem que o jejum não garante a inexistência de volume gástrico, desencadeando o aumento do ácido clorídrico e conseqüentemente reduz o pH. A restrição de líquidos/alimentos também está associada a uma desidratação, cetose e perda de energia e é neste sentido que se deve proporcionar e incentivar a ingestão em grávidas de baixo risco.

Durante o trabalho de parto, a grávida tem um elevado consumo de energia pelo que rapidamente chega a exaustão sem contar com um trabalho de parto prolongado (Sharts-Hopko, 2010; Wei et al., 2011). O Projeto da MCEEESMO-OE e Maternidade com Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2012a) veio incentivar os EEESMO's a serem promotores da ingestão de líquidos claros durante o trabalho de parto, seguindo as recomendações da OMS, contribuindo para a melhoria nos cuidados e permitir à mulher uma experiência de parto positiva.

Apostando e direcionando nos cuidados de conforto à grávida, pressupõe-se a necessidade de compreender o que significa o termo conforto na enfermagem, em que Oliveira et al (2017) descreve que este conceito – *conforto*, que deriva de “experiência subjetiva que transcende a dimensão física. Incluindo componentes psicológicos, sociais, espirituais e ambientais, podendo ser considerado um estado de equilíbrio pessoal e ambiental” (Oliveira et al, 2017, p.2). Todo o processo de cuidar, é direcionado para uma abordagem holística, adaptando um modelo teórico com consequência de promover “harmonia, equilíbrio e interação” (Neto & Nóbrega, 1999, p.235) e neste sentido que se relaciona a Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba. Segundo Cardoso et al. (2019) a teoria de Kolcaba foca o conforto para uma experiência com sensações de alívio e tranquilidade.

Nesta perspectiva do relatório, em que o intuito passa por refletir sobre as atividades desenvolvidas na aquisição de competências e contribuir para uma melhoria dos cuidados à mulher, foca-se a necessidade de compreender a nossa prestação indo de encontro à promoção de conforto.

2. Contexto Clínico do Estágio de Natureza Profissional

Este capítulo destina-se à descrição do contexto clínico, pretendendo-se que o estudante seja capaz de traduzir a sua realidade enquanto estágio para o relatório final, traçando as diversas componentes do contexto clínico. Realizando uma abordagem sobre as suas características em relação aos recursos humanos e materiais, estrutura física e dados estatísticos.

Segundo os autores Cunha et al. (2010) e Veiga et al. (2020) referem que a aprendizagem em contexto clínico é considerada como um processo dinâmico onde as estratégias desenvolvidas mudam de acordo com a circunstância. O processo de aprendizagem é fundamental para o crescimento e consequentemente para a aquisição de competências, direcionando para os estágios como uma fonte de enriquecimento no que toca ao desenvolvimento das capacidades práticas dos estudantes (Silva & Silva, 2004). O olhar atento é desenvolvido durante a prestação dos cuidados e só estando próximo do utente, é possível aprimorar estas competências, tratando de modo individual, focando nas suas necessidades e fragilidades, adotando medidas que possam melhorar o estado de saúde do utente.

Os autores Cunha et al. (2017) e Guedes et al. (2009) corroboram que a supervisão do estágio, assume um papel fundamental fazendo a ponte entre dois momentos: teórica e prática, levando à construção dos saberes do estudante. Os conhecimentos adquiridos em momento teórico, marcam a diferença quando se exige um nível de conhecimento de qualidade.

É fundamental o contacto com as instituições hospitalares com o propósito de aproximar o profissional do doente, permitindo a interação e ganhando sensibilidade para as novas competências em aprendizagem (Guedes et al., 2009; Silva & Silva, 2004). De forma mais fácil e sucinta, as contextualizações dos locais de estágio serão descritas em dois subcapítulos: UCSP de Lagoa e CHUA-Unidade de Portimão.

2.1. Caracterização do Contexto da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizado de Lagoa

A unidade de cuidados saúde personalizados (UCSP) de Lagoa encontra-se inserida no ACES (Agrupamento Central de Centros de Saúde Barlavento) sendo constituída por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde personalizados a todos os cidadãos que se encontrem inscritos nesta unidade. O concelho de Lagoa estende-se por um total de área de 88,25 km², constituído por 6 freguesias: Parchal, Ferragudo, Estômbar, Lagoa e Porches.

Segundo o PORDATA (2020a), os dados populacionais residentes registados são de 22743 e inscritos na UCSP são de 22530. Sendo que a sede desta unidade se situa em Lagoa e conta com 12992 inscritos e tem cinco extensões no concelho: Carvoeiro (2485), Estômbar (3304), Ferragudo (1798), Parchal (2760) e Porches (1745) utentes, respetivamente. Existem outras unidades funcionais na sede: Unidade de cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP) e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), articulando entre elas de forma que consigam colmatar todas as necessidades existentes. A USP tem como elementos: delegada de saúde pública e uma técnica superior de saúde e diagnóstico; a URAP conta com uma psicóloga, assistente social e fisioterapeuta. Em parceria, com a UCC, existem projetos com intervenção a nível da saúde escolar; aleitamento materno, curso da preparação para o nascimento e parentalidade, intervenção precoce na infância, unidade móvel e na equipa de cuidados continuados integrados.

A estrutura física da unidade de saúde é composta por dois pisos, sendo elas descritas no quadro abaixo (Figura 1).

Piso 0		
Receção	Gabinetes Médicos (7)	Sala de Vacinação (1)
Salas de Enfermagem (5)	Sala de Tratamento (1)	Gabinetes de Enfermagem de apoio à consulta recurso do dia (2)
Sala de Planeamento Familiar (1)	Gabinete Médico de apoio à consulta de recurso do dia (1)	Gabinete de Enfermagem: Infecções associadas aos cuidados de saúde (1)
Copa (1)	Gabinete de apoio à manutenção e material	Lavandaria
Farmácia	Sala de Sujos (1)	Balneários - Feminino/Masculino (2)
WC - Feminino/Masculino (2)	Sala de arrumos (1)	

Piso 1		
Sala de reuniões (1)	Copa	WC para funcionários (1)
UCC	Salas de apoio aos Cuidados Paliativos (5)	WC para utentes (2)

Figura 1. Quadro com a caracterização física da UCSP

A equipa de enfermagem da UCSP é constituída por 16 Enfermeiros, dos quais 5 detêm o título de enfermeiro especialista: saúde materna e obstétrica (1), saúde infantil (2), reabilitação (1) e saúde comunitária (1). No momento, estão a exercer funções (15) enfermeiros, um deles acumula funções de chefia e prestação de cuidados. Na prestação de cuidados, a divisão sucede-se por (2) enfermeiros na sala de vacinação, (1) enfermeiro na sala de tratamentos, (1) enfermeiro em consulta de recurso do dia (CRD), (3 a 5) enfermeiros nos módulos existentes e nas extensões estão destinados (5) enfermeiros. O horário de funcionamento decorre de segunda-feira a domingo, com o complemento da consulta de recurso do dia que funciona até as 20h. O período de atendimento contínuo rege-se pelo agendamento de consultas à semelhança no que acontece nas unidades de saúde familiares. A vacinação tem um horário previsto das 8h às 15horas, onde todos os utentes do concelho são vacinados na sede. A informação clínica do utente é colocada no SCLINIC®, onde ficam todos os dados subjacentes ao utente conseguindo estabelecer ligação com o *evacinas*. Desta forma, o enfermeiro de família consegue assegurar a manutenção das consultas do utente bem como a atualização do plano nacional de vacinação. De acordo com as necessidades existentes, é possível agendar cuidados no domicílio facilitando as limitações dos utentes.

A dinâmica de trabalho na UCSP rege-se por enfermeiro e médico de família, onde seguem uma lista de utentes, com o objetivo de conseguir agilizar uma dinâmica entre as famílias. Este modelo de trabalho, não permite que o EEESMO exerça apenas as suas competências específicas, dando apoio também às diferentes consultas: diabéticos, hipocoagulados, saúde infantil e vacinação. À semelhança da dinâmica das unidades de saúde familiar (USF), esta UCSP funciona com o mesmo método, no entanto, segundo o observatório português dos sistemas de saúde (2019), todas as UCSP deveriam passar a USF para que houvesse um maior equilíbrio trazendo também uma maior segurança aos utentes na continuação dos cuidados.

No seguimento da vigilância da Saúde, a UCSP em parceria a UCC elaborou um curso de preparação para o nascimento e parentalidade (PNP) promovendo um maior empoderamento da grávida para que se sinta mais confiante e segura com os conhecimentos adquiridos. Todo o processo de gravidez gera ansiedade no casal, desde a sua concepção

ao momento do nascimento, e nesta fragilidade, vários autores como Frias et al. (2021) e Medinas et al. (2009) defendem a necessidade de realizar cursos de preparação para o parto e nascimento, promovendo o conhecimento dos cuidados nesta nova etapa. A Ordem dos Enfermeiros (OE) apoia e descreve a importância do curso PNP com o objetivo de esclarecer dúvidas e desmistificar crenças existentes, promovendo assim uma gravidez mais saudável e pais mais confiantes na prestação de cuidados ao seu filho (Frias et al., 2021; OE, 2012b;).

Na UCSP, o curso de preparação para o nascimento e parentalidade é da responsabilidade do EEESMO, mas conta com a colaboração de uma equipa multidisciplinar: enfermeira de cuidados gerais, higienista oral, fisioterapeuta e assistente social. O curso PNP apresenta duas componentes: teórica e prática, com o intuito que os pais possam treinar aquilo que lhes foi transmitido nas aulas teóricas e vai ao encontro do que a OE preconiza, no sentido em que os assuntos lecionados abrangem os vários temas inerentes ao processo de gravidez: trabalho de parto, analgesia do trabalho de parto, aleitamento materno, puerpério, cuidados ao recém-nascido, recolha de células estaminais e sexualidade na gravidez e puerpério (OE, 2012b). Fornecendo também a informação do programa “Janela Aberta à Família”, encontrando-se disponível no site oficial da ARS Algarve (2007). O mesmo foi gerado pela ARS Algarve onde todos os pais podem fazer o seu registo, conseguindo obter informações sobre os cuidados ao seu RN.

Para além do curso de PNP, a EEESMO tem um papel fundamental na formação da equipa, onde elabora formações em serviço com a expectativa de que a equipa se sinta mais apoiada e com mais conhecimentos sobre a saúde da mulher. O papel do EEESMO é fundamental desde a fase pré-concepcional, vigilância da grávida, detetando problemas com encaminhamento para cuidados diferenciados. Promove uma vigilância da gravidez durante o período pré-natal, onde são avaliados diversos parâmetros: tensão arterial, peso, urinálise, altura do fundo uterino, auscultação dos batimentos cardíacos fetais e ensinamentos relativos à gravidez. Realiza a consulta de puerpério e colabora nas consultas de vigilância do recém-nascido e aconselha para o planeamento familiar.

Muitas vezes, a saúde da mulher na fase de climatério acaba por não ser tão valorizada e é neste sentido que a enfermeira especialista revela uma melhor compreensão e consegue aconselhar a mulher nas suas fragilidades. Toda esta dinâmica de enfermeiro de família é fundamental no sentido em que se segue uma pessoa individual com a vertente de crescer em família, conseguindo estabelecer uma relação empática e de confiança.

Relativamente à prestação de cuidados no UCSP, direcionando os cuidados para a vertente de saúde materna e obstétrica, constatou-se que as 43 mulheres a quem prestei

cuidados foram todas de nacionalidade portuguesa que se encontravam no intervalo de idades entre os 16 e os 50 anos.

É importante também valorizar que os estágios integrados no MESMO têm um papel fundamental no enriquecimento pessoal e profissional, e já Sousa et al. (2021) referia que o estágio é uma ferramenta essencial para adquirir competências, permitindo a transferência dos conhecimentos teóricos ao momento de prática com a aquisição de novas aptidões. Os autores Andrade et al. (2018) e Rodrigues et al. (2020) corroboram, também, que para além do desenvolvimento de competências específicas, o estudante aperfeiçoa técnicas de comunicação, assistência e gestão à realidade experienciada. O registo das atividades bem como as características da população que prestou cuidados é fundamental para compreender as necessidades, indo ao encontro dos objetivos que foram preconizados para o estágio. Após esta descrição da UCSP, também é de valorizar a importância de reconhecer as dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Sendo que, a ordem dos enfermeiros elabora um documento - Regulamento nº. 743/2019, com base nas dotações seguras em que discrimina que a UCSP deverá estabelecer um rácio de um enfermeiro para 1500 clientes. Sabendo isto e de acordo com os dados adquiridos através do sistema informático, a UCSP apresenta 22530 inscritos, calcula-se assim de acordo com o rácio de enfermeiro nos cuidados de enfermagem que deverá ser um total de 15,02. E de facto, a UCSP apresenta este número, no entanto um dos enfermeiros que se encontra na prestação de cuidados também exerce funções de chefia.

No que se refere à vertente da Preparação para o Parto, adaptação à parentalidade e adaptação ao pós-parto, o Regulamento nº. 743/2019 preconiza que seja um enfermeiro por cada 500 nascimentos ao ano. Relacionando com o número de nascimentos no concelho de Lagoa, segundo o PORDATA (2020b), auferiu um total de 202 nascimentos no ano de 2020, sendo que este rácio se enquadra dentro do pressuposto.

2.1.1. Caracterização do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade Portimão

No seguimento da caracterização dos campos de estágio, a escolha focalizou-se numa única unidade hospitalar, como sendo o Centro Hospitalar Universitário do Algarve – CHUA, composta por três unidades hospitalares: Faro, Portimão e Lagos. Em 2017, foram transferidas as competências da Administração Regional de Saúde do Algarve IP relativas ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul (CMFRS) e colabora no desenvolvimento

de atividades de formação e ensino pré, pós-graduado e de investigação. Prestando assim cuidados de internamento e ambulatório à população dos distritos de Faro e Beja, podendo também prestar a outros distritos desde que haja disponibilidade e não prejudiquem as listas de espera. Os dados discriminados foram retirados do site oficial do CHUA (2021).

O CHUA abrange um total de 16 concelhos e segundo o PORDATA (2020c) apresenta um total de 437.970 indivíduos. Por necessidades da instituição foram implementadas novas medidas para que se conseguisse privilegiar o utente e desta forma, estabelece-se que a unidade hospitalar de Portimão focalize a prestações de cuidados aos residentes da região do barlavento algarvio, considerando os concelhos: Monchique, Silves, Lagoa, Portimão, Lagos, Vila do Bispo e Aljezur, ficando com um total de 160.566 indivíduos (PORDATA, 2020d). Por sua vez, os concelhos do sotavento serão referenciados para a unidade hospitalar de Faro. Na necessidade de outras especialidades não existentes nesta unidade, os utentes são encaminhados para as outras unidades da instituição.

Pormenorizando, o município de Portimão conta um total de área de 182,06 km², incluindo 3 freguesias: Alvor, Mexilhoeira Grande e Portimão. De acordo com o PORDATA (2020c), a cidade de Portimão tem uma densidade populacional de 55.599 habitantes residentes. Importante salientar, que esta cidade bem como todo o algarve triplica a sua população no verão por ser uma região tipicamente sazonal pelas suas características balneares. Prevendo-se assim uma sobrecarga nas unidades de saúde neste período e não havendo um reforço dos profissionais de saúde. Por si só, a região do Algarve carece de profissionais de saúde bem como de estruturas físicas que possam garantir os melhores cuidados que os seus utentes merecem. O CHUA - Unidade de Portimão encontra-se junto à entrada principal da cidade, favorecendo o seu fácil acesso. O edifício é constituído por 8 pisos e a organização dos serviços foi realizada de acordo com as especialidades, de acordo a figura 2.

Piso - 2	Hospital de Dia de Oncologia
Instituto de Medicina Legal	Serviço de Sangue
Morgue	Laboratório
Centro de resíduos	Imagiologia/Radiologia
Aprovisionamento	Cirurgia do Ambulatório
Piso - 1	Bloco Operatório Central
Central de Esterilização	Anatomia Patológica
Farmácia	Urgência Geral e Gabinete VMER
Refeitório e Bar	Piso 2
Lavandaria	Urgência Obstetrícia/Ginecologia/Bloco de Partos
Piso 0	Ginecologia
Consultas Externas	Obstetrícia
Psiquiatria	Hospital de Dia de Pediatria
Hospital de Dia Psiquiatria	Pediatria/Neonatologia
Central de Colheitas	Cantinho da Amamentação
Informática	Gabinete “Nascer Cidadão”
Saúde Ocupacional	Piso 3
Auditório e Biblioteca	Ortopedia
Medicina Física e Reabilitação	Medicina 4C
Recurso Humanos	Piso 4
Conselho Administrativo	Cirurgia 2A e 2B
Exames Especiais	Piso 5
Piso 1	Medicina 4A e 4B
Urgência Pediátrica	Piso 6
Unidade de internamento de Doentes Agudos	Especialidades Médicas
Unidade de Cuidados Intensivos	Cuidados Paliativos

Figura 2. Quadro com a caracterização da estrutura física do CHUA

De acordo com a informação disponível no *site* da instituição CHUA (2021) tem uma capacidade total de 298 camas e 21 berços. Em relação ao número de funcionários, conta com (1035) assistentes operacionais, (494) assistentes técnicos, (1464) enfermeiros, (22) informáticos, (222) pessoal em formação pré-carreira, (384) médicos, (278) técnico de diagnóstico e terapêutica, (64) técnico superior de saúde, (90) técnicos superiores e (26) outros funcionários. Esta informação anteriormente descrita está disponível em página oficial do CHUA (2021).

2.1.2. Caracterização do Serviço de Urgência Obstetrícia/Ginecologia/Bloco de Partos

Relativamente ao Departamento Materno-Infantil, inclui os serviços: obstetrícia; ginecologia; urgência de obstetrícia/ginecologia/bloco de partos; pediatria/neonatologia e hospital de dia de pediatria, situados no segundo piso. A urgência de obstetrícia/ginecologia é constituída pela receção, onde no período diurno encontra-se uma administrativa que organiza a chegada das utentes, sejam elas provenientes do serviço de urgência geral/consulta externa materno-fetal/ consulta de diagnóstico para outro tipo de observação. A Urgência é composta por (2) salas de observação médica que possuem (2) ecógrafos, (1) sala de observação, (1) sala de cardiocografia, (4) sanitários sendo que (2) deles são destinados aos funcionários, rouparia e por fim uma zona de duches para a grávida. Na fase de pandemia, por necessidade de realização das colheitas de amostras para testes SARS CoV-2, foi traçado um “Circuito Covid”, determinando que o sanitário com duche ficou como zona de colheita. No entanto, é sempre possível a toma de duche de acordo com a necessidade de utilização da sala.

Relativamente ao Bloco de Partos, é composto por cinco salas de parto monitorizadas com um cardiocógrafa com ligação em rede. E conseqüentemente, duas salas de vigilância: recobro de partos vaginais e unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA). A sala de partos é individual permitindo à mulher/casal uma experiência mais positiva, uma vez que possibilita a presença de um acompanhante durante todo o processo de indução e trabalho de parto. O serviço apresenta uma disposição em U, com um corredor que no período pré-pandemia possibilitava às parturientes caminharem livremente e partilhar experiências entre elas.

O bloco de partos tem também uma sala operatória apoiada de uma sala de reanimação para o recém-nascido. Em período anterior à pandemia covid 19, era possível o acompanhamento do pai durante a cesariana, em que foi gerado um circuito para que os acompanhantes pudessem assistir e partilhar o momento com a grávida. Contudo, na fase em que nos encontramos deixou de ser permitida a entrada, possibilitando apenas a presença do pai/pessoa significativa na UCPA. Ainda relativamente à descrição física do serviço, este inclui (1) sala de enfermagem onde se encontra a central de cardiocografia com o programa Omniview, copa, sala de acondicionamento de produtos para anatomia patológica, armazém de consumíveis e (5) sanitários em que (2) são destinados às utentes. Cada sala de parto aúfere de uma bancada de reanimação para o recém-nascido, fonte de calor e banheira. Sendo disponibilizado todo o material na sala, arrumado em local próprio. O serviço

proporciona à grávida, a possibilidade da utilização de bolas de pilates e bola amendoim, uma caixa de massagem e musicoterapia.

Tendo em conta os contratempos de pandemia, o serviço necessitou de se ajustar para que mantivesse a mesma qualidade dos cuidados e foi nesse sentido que se preparou uma sala de parto destinada à utente com suspeita de covid 19, mantendo as restantes utentes e profissionais em segurança. Designa-se por momentos mais difíceis de gerir, em que o foco é garantir os mesmos cuidados à grávida “covid”, sendo que umas das estratégias para facilitar a comunicação entre a grávida e os profissionais de saúde foi o uso de um intercomunicador.

Em relação aos recursos humanos, a equipa médica é constituída por (15) médicos e (3) internos da especialidade. Por sua vez, a equipa de enfermagem é constituída por (34) enfermeiras, sendo que (22) são EEESMO’s, (12) enfermeiras generalistas e (12) assistentes operacionais. Contemplando que a equipa desempenha funções em horário “*roulement*”, distribuídas por diferentes postos de trabalho. De acordo com as necessidades do serviço, no turno da manhã e tarde estarão escaladas (3) EEESMO’s e (1) enfermeira generalista, em que são alocadas, (2) EEESMO’s em sala de parto; serviço de urgência – (1) EEESMO e (1) enfermeira generalista. Por sua vez, no turno da noite, são assegurados os limites mínimos em que estão escaladas (2) EEESMO’s e (1) enfermeira generalista, distribuídas da seguinte forma: (1) EEESMO na admissão da urgência ginecologia/obstetrícia e (1) EEESMO em sala de parto com apoio da enfermeira generalista. A sala operatória funciona de segunda a sexta-feira no horário das 8 horas às 20 horas, pelo que fica uma equipa de três enfermeiras que ocupam os postos de anestesia, circulação e cuidados pós-anestésicos. Em relação à restante equipa, estão sempre escalados dois médicos e dois assistentes operacionais, destacando mais um assistente operacional para o Bloco Operatório.

A atividade cirúrgica é categorizada como eletiva ou urgente/emergentes tanto do foro obstétrico como ginecológico. Primeiramente, as situações de emergência serão sempre do foro da obstetrícia, no entanto, se o serviço permitir, é possível fazer outro tipo de atividade, nomeadamente afeções do foro ginecológico.

Relativamente à caracterização da população-alvo direciona-se para mulheres grávidas com uma média de idade de 30 anos. Outro fator relevante no que toca à adaptação dos cuidados é a sua nacionalidade, constatando que existe uma grande multiculturalidade. De acordo com os registos obtidos durante o estágio, no período de setembro de 2020 a maio de 2021, foi possível descrever as nacionalidades das mulheres a que prestei cuidados sendo que podem ser observados na tabela 1. A maioria refere-se à nacionalidade portuguesa, no entanto de 165 mulheres, 47 são de diferentes nacionalidades. Estes dados foram obtidos

através do sistema estatístico implementado no serviço, com a designação de “*Livro de Nascimentos*”.

Tabela 1. Nacionalidades

Nacionalidades	Número de Utentes
Brasileira	11
Espanhola	1
Francesa	1
Holandesa	3
Indiana	9
Inglesa	4
Marroquina	1
Portuguesa	118
Romena	1
Russa	1
Ucraniana	15
TOTAL	165

Relativamente ao número de nascimentos na instituição, notou-se um ligeiro decréscimo no ano de 2020, colmatando com a enorme carência de pediatras. Verificando-se num aumento de transferências de grávidas para o CHUA-Faro. De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2020) referente aos anos de 2018/2019 nasceram 87020/86579 nados vivos, respetivamente. Relativamente a 2020 e 2021 ainda não existem dados disponíveis. Contudo, foi possível consultar e disponibilizar dados relativos aos nascimentos no CHUA – Portimão, abaixo descritos na tabela 2.

Tabela 2. Número de nascimentos

Anos	2018	2019	2020	1.ºSemestre 2021
Nº Nascimentos	1362	1351	1253	644

De acordo com os dados obtidos na tabela 3, admite-se que a maior percentagem de partos corresponde a partos eutócicos. No entanto, continua a existir um grande número de cesarianas, destacando que um dos motivos é pela carência de pediatras no período da noite, em que se abrevia os trabalhos de parto para a realização de uma cesariana. Relativamente à designação dos partos, apresentados abaixo na tabela 3, contempla-se o 1.º semestre de 2021, uma vez que o ensino clínico ocorreu de 8 de fevereiro até ao dia 8 de maio de 2021.

Tabela 3. Número de Partos / Tipos de Partos

Tipo de Parto	Eutócico	Ventosa	Fórceps	Cesariana	Total/Ano
2018	792	111	52	407	1362
2019	714	109	50	478	1351
2020	706	101	33	413	1253
1ºSemestre de 2021	378	50	14	202	644

De acordo com a dotação segura nos cuidados de enfermagem descrita no Regulamento (n.º. 743/2019), é preconizada que estejam escalados dois enfermeiros EEESMO por cada mil partos/ano, conseguindo assim desta forma atingir o rácio de segurança, uma vez que o número de partos neste serviço ronda os 1000 partos/ano.

2.1.3. Caracterização do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia

No serviço de obstetrícia presta-se cuidados a puérperas e grávidas com idade gestacional superior a 22 semanas, com uma média de idade nos 30 anos e a maioria das utentes são de nacionalidade portuguesa. Continuando na descrição da população-alvo, as grávidas com idade gestacional inferior a 22 semanas ficam a cargo da equipa de ginecologia e as grávidas de risco com o diagnóstico de ameaça de parto pré-termo são transferidas para a unidade de Faro devido ao serviço de neonatologia de Portimão prestar cuidados neonatais especiais a RN com idade gestacional superior a 35 semanas. A unidade de cuidados intensivos neonatais da unidade de Faro é considerada como unidade de apoio perinatal diferenciado, de acordo com as recomendações descritas em Ordem dos Médicos (OM) (2013). Eventualmente, se ocorrer um parto pré-termo, o recém-nascido é estabilizado e

consequentemente transferido pelo transporte inter-hospitalar pediátrico (TIP) para a unidade de Faro.

Atualmente, por necessidade de adaptar os serviços à pandemia, o serviço de ginecologia encontra-se conjunto com o serviço de obstetrícia, o que faz com que diminua a o número de camas para cada uma das valências. Este serviço é composto por (21) camas com (1) berço associado, distribuídas por (7) enfermarias incluindo (1) sanitário por cada quarto. Composto ainda por (1) sala de tratamento, copa, (1) sanitário para funcionários, sala de enfermagem e gabinete da enfermeira chefe. Após as modificações do serviço, foram atribuídas (6) camas à valência de ginecologia e (15) camas à obstetrícia, ajustando de acordo com as necessidades de cada serviço. Apesar de toda a situação atual, a equipa de enfermagem não foi reforçada, mantendo o mesmo número de elementos.

Equipa de Enfermagem	Nº de Profissionais
Enfermeiras generalistas	19
Enfermeira especialista em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1
Enfermeira especialista em Saúde Comunitária	1
Enfermeira especialista em Reabilitação	1
Enfermeira especialista em Médico-cirúrgica	1

Figura 3. Categorização dos profissionais de saúde

Uma vez que o serviço de Ginecologia/Grávidas não carece de um EEESMO fixo na prestação de cuidados, a equipa dos EEESMO do bloco de partos assegura o turno da manhã e sempre que necessário são solicitados para observação das grávidas. A distribuição dos elementos de enfermagem é feita por turnos em “roulement”, sendo que no turno da manhã é composto por (5) elementos sendo (4) deles generalistas e (1) EEESMO, destacando (1) enfermeira para o cantinho de amamentação e (1) para a vacinação/exame de otoemissões acústicas /teste de diagnóstico precoce e no turno da tarde e noite contam com (2) elementos.

O serviço de obstetrícia está preparado com um sistema de segurança com colocação de pulseira eletrónica nos recém-nascidos, sendo que para a entrada no serviço é necessário a utilização de código. Após o nascimento, é colocado a pulseira eletrónica ativando-a de seguida ainda no bloco de partos e na mudança do serviço é suspensa a sua atividade para que não haja o fecho das portas dos serviços contemplados com o sistema.

O CHUA - unidade de Portimão direciona os seus cuidados baseando-se no bem-estar da mulher praticando o alojamento conjunto. Prospeta sobre os cuidados primordiais favorecendo o aleitamento materno. Desde 2008, que a unidade hospitalar recebe a certificação como hospital amigo dos bebés e com mais de uma década de renovações do título, foram realizadas mudanças desde a criação do cantinho de amamentação (CAM) bem como a formação de promotoras de aleitamento materno a todos os elementos que colaboram no serviço de obstetrícia, bloco de partos e neonatologia. Todas as puérperas com alta clínica são encaminhadas para o cantinho da amamentação para que se sintam mais seguras e confiantes na amamentação dos seus bebés. No dia da alta, a enfermeira que fica responsável pelo registo do aleitamento materno (RAM), elaborará uma colheita de dados sobre a díade relativamente ao aleitamento materno e agenda uma data para o contacto que pode ser feito presencial, telefónico ou por videochamada com recurso a um tablet. Estes contactos precoces favorecem a adaptação da díade nesta nova fase de vida. De acordo com os dados estatísticos adquiridos pelo sistema informático da própria unidade hospitalar é possível perceber que se conseguiu manter este tipo de cuidado, proporcionando apoio à mulher mantendo o aleitamento materno exclusivo.

	Período (1/1/2020 a 30/6/2021)
Nº Atendimentos Cantinho Amamentação	7182
Nº Registo do Aleitamento Materno	1447

Figura 4. Número de registos de atendimentos no CAM e RAM

A instituição tem um gabinete de registo do recém-nascido “Nascer Cidadão”, promovendo uma maior comodidade aos pais e zelando pelo bem-estar do seu bebé. Durante largos meses este gabinete esteve fechado pela situação pandémica, mas recentemente voltou a iniciar funções.

De acordo com os objetivos descritos no planeamento curricular, prevê-se que necessidade de realizar estágio de observação no serviço de neonatologia. Este foi concretizado no serviço de neonatologia – cuidados especiais, unidade de Portimão. Como já foi referido anteriormente, o serviço de neonatologia recebe recém-nascidos de idade gestacional superior a 35 semanas e 6 dias ou recém-nascidos com um máximo de idade de 28 dias. É uma unidade que presta cuidados especiais a recém-nascidos que já se encontram estáveis ou se encontram para manutenção dos cuidados após internamento em unidade de cuidados intensivos neonatais. Este serviço tem um quarto disponível para as mães ficarem

próximos dos seus filhos, favorecendo assim o alojamento conjunto, maior proximidade com o seu bebé, diminui a ansiedade, promove a participação da mãe nos cuidados e facilita no aleitamento materno.

Durante o período de observação, foi possível colaborar nos cuidados a recém-nascidos, com a supervisão de uma enfermeira especialista em saúde infantil. Relativamente aos motivos de internamento, admite-se que a causa com maior predominância é a prematuridade.

Para finalizar, o serviço de serviço de ginecologia é a especialidade que trata de doenças do sistema reprodutor feminino e da mulher enquanto grávida até às 22 semanas de gestação. Pela situação da pandemia, foi necessário reajustar os serviços pelo que neste momento encontra-se no serviço de obstetrícia. A equipa de enfermagem, no momento é a mesma que exerce funções no serviço de obstetrícia, foram destacadas (2) enfermeiras da equipa do serviço de ginecologia, sendo (1) EEESMO e (1) enfermeira especialista em médico-cirúrgica que exercia funções de subchefe. A experiência de ambas foi fundamental junto da equipa de obstetrícia na medida em que tiveram de planear e instruir as colegas para os procedimentos do foro ginecológico bem como de todos os encaminhamentos das utentes nos cuidados pós-alta.

São inúmeros os diagnósticos que ficam registados para internamento, tanto cirúrgicos como patologias não cirúrgicas e grávidas. A população-alvo centra-se nas utentes do foro ginecológico e grávidas até às 22 semanas, com um intervalo de idades entre os 20 e os 74 anos. Prevalendo a nacionalidade portuguesa, tanto nas utentes do foro ginecológico como grávidas.

De carácter ginecológico, os motivos de internamento mais predominantes salientam-se para estadiamento de doenças neoplásicas, doença inflamatória pélvica e abortos retidos. Relativamente ao foro cirúrgico: histerectomias abdominais/anexectomia bilateral, reparação de incontinência urinária por stress e metrorragias pós-menopausa. Durante a realização do ensino clínico foi possível constatar que existe um elevado número de abortos espontâneos, no entanto não é possível demonstrar o número de abortos espontâneos uma vez que o diagnóstico médico para internamento se designa por aborto retido, podendo ele ter sido um status pós interrupção voluntária da gravidez (IVG) e desta forma não se consegue obter um número correto de abortos espontâneos com efetiva “perda gestacional”. Em relação ao internamento de grávidas, apesar do serviço de ginecologia só prestar cuidados às grávidas com idade gestacional inferior às 22 semanas, muitas vezes a EEESMO assegurava cuidados a outras grávidas de maior idade gestacional. De acordo com os dados registados durante o estágio, foi possível prestar cuidados a 15 grávidas e o diagnóstico mais frequente assentou

na ameaça de parto pré-termo, associados à incompetência istmo cervical, como se pode verificar na figura 5.

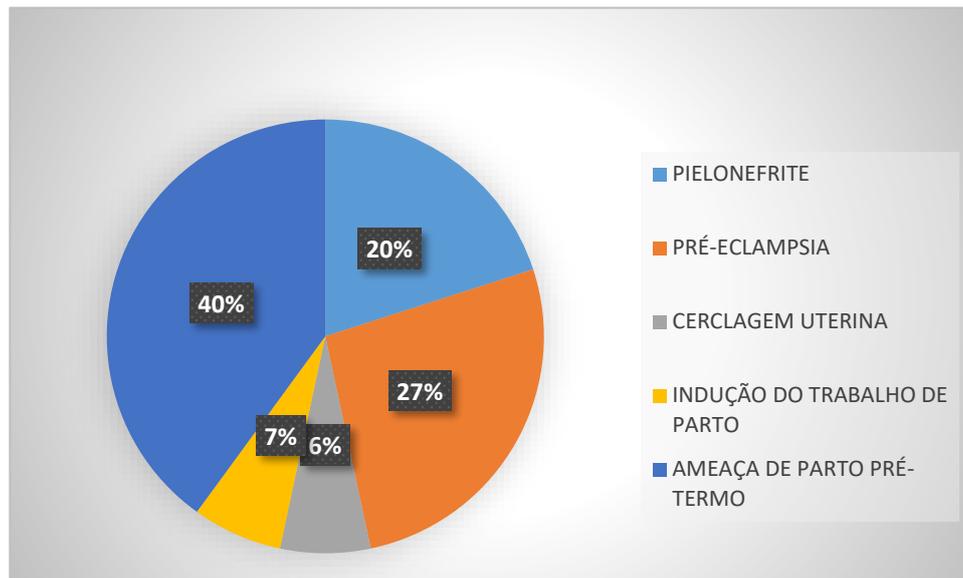


Figura 5. Gráfico circular sobre motivos de internamento de grávidas

De acordo com a reestruturação do serviço em prol da pandemia não se consegue manter uma dotação segura dos cuidados de enfermagem.

2.2. Metodologia

A metodologia de ensino na enfermagem contempla uma vertente teórica e prática, permitindo desenvolver práticas reflexivas e críticas colocando desafios de aprendizagem. De acordo com os autores Fontana et al. (2020) e Guedes et al. (2009) caracterizaram o método de aprendizagem de enfermagem como uma metodologia ativa que envolve um processo de conhecimento interativo com pesquisa e análise dando resposta às situações, concomitantemente com o enfermeiro orientador. O contacto com a realidade, seja unidade cuidados de saúde primários como unidade hospitalar, o fundamental para o estudante é estar próximo das oportunidades de aprendizagem e ser acompanhado por um profissional onde o possa ajudar a refletir sobre as circunstâncias para a aquisição de competências (Fontana et al., 2020; Veiga et al., 2020). A aquisição de competências passa também por conseguir liderar, tomar decisão, comunicar de forma positiva, gerir equipas e sobretudo trabalhar em equipa (Leal et al., 2019).

Conseguindo desta forma contextualizar as atividades desenvolvidas de acordo com as necessidades notadas em cada ensino clínico adaptando os conhecimentos adquiridos, em que a metodologia de ensino contará com a colaboração do supervisor clínico e do orientador pedagógico. O MESMO também contempla a realização de um relatório final de estágio e como próprio nome indica, os assuntos descritos em relatório serão fundamentados de acordo com as atividades desenvolvidas com o intuito de adquirir as competências específicas, descritas no Regulamento nº391/2019.

Os objetivos preconizados no projeto (Apêndice F) vão ao encontro das competências comuns e específicas descritas nos Regulamento n.º 140/2019 e n.º 391/2019, visando a melhoria dos cuidados. A população-alvo foi direcionada para a mulher no âmbito do ciclo reprodutivo, estivesse ela inserida no planeamento familiar, pré-concepcional, pré-natal, parto, pós-natal e climatério. Durante a caracterização dos campos estágios de natureza profissional foram descritas de acordo com a sua situação de saúde.

3. Contributos para a Melhoria da Assistência em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

O seguinte capítulo é destinado à contextualização da temática escolhida, direcionando para a melhoria dos cuidados, relativamente à *ingesta de líquidos claros durante o trabalho de parto para o conforto da mulher*, remetendo para a realização de uma revisão da literatura baseando na evidência científica e da aquisição de dados obtidos durante o estágio de natureza profissional.

O enfermeiro está em constante atualização de conhecimentos em prol de promover melhores cuidados com qualidade aos utentes, nesta vertente direcionando os cuidados às mulheres grávidas. A ordem dos enfermeiros (2018) remete a responsabilidade aos EEESMO's, para que no seu dia-a-dia prestem os melhores cuidados, refletindo nas suas competências específicas. Enquanto mestranda, o objetivo será sempre aumentar o nível de conhecimentos e prestar cuidados de acordo com as orientações descritas pela ordem dos enfermeiros com o intuito de adquirir as competências previstas pela mesma.

A temática selecionada – *ingestão de líquidos claros durante o trabalho de parto* - ainda é muito questionada pela equipa médica, tanto obstetras como anestesistas e relacionando-a com a literatura existente, constatou-se que necessita de ser mais estudada uma vez que existe pouca literatura de forte evidência. Numa pesquisa mais abrangente e sem a utilização de descritores, foram conseguidos artigos com conteúdo relevante que serão utilizados para o restante trabalho.

Durante os estágios de bloco de partos, com um total de 18 semanas, reuni um total de 165 mulheres a quem prestei cuidados, retendo alguns dados relativos à temática, como: avaliação do risco de gravidez, ingestão de líquidos na fase latente/fase ativa, o uso de analgesia epidural associando a presença de vômitos. A orientação da ordem dos enfermeiros - projeto de qualidade (2012a) e bem como da OMS (2018), recomendam que as grávidas consideradas de baixo risco podem ingerir líquidos claros durante o trabalho de parto. No entanto qualquer gravidez pode trazer algum grau de risco e é sempre importante avaliá-lo de acordo com fatores descritos na Escala de Goodwin modificada, descrita pela direção geral de saúde (DGS) disponível no programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco (2015a), que inclui: história (idade e paridade); história obstétrica; patologia associada e gravidez atual, em que esta avaliação deve ser realizada em todas as consultas de vigilância (DGS, 2015a).

Os outros pontos de recolha de dados incidem sobre ingestão de líquidos durante a fase latente e ativa do trabalho de parto. É importante compreender esta nomenclatura uma vez que os critérios de ingestão de líquidos adaptam-se a estas duas fases. O autor Graça (2017) define que a fase latente se inicia pelas contrações regulares com resultado do apagamento do colo uterino e passa à fase ativa quando o colo se encontra totalmente apagado e com cerca de 3 cm de dilatação. No entanto existem novas recomendações com diferentes definições, sendo o caso da OMS (2018) que considera que a grávida se encontra na fase ativa após os 5 cm de dilatação.

Os critérios selecionados (avaliação do risco, ingestão na fase latente/ativa, analgesia epidural e vômitos) incidem essencialmente para compreender-se se existia alguma justificação para restringir ou promover a ingestão durante o trabalho de parto relacionando com a avaliação do risco de gravidez. Os dados recolhidos relativos à avaliação demonstram que a maioria das gravidezes foram avaliadas em baixo risco com um total de 132 grávidas e de alto risco 33 grávidas, como demonstra a figura 6.



Figura 6. Gráfico de Barras sobre a avaliação do risco na gravidez

Estas avaliações de risco alto estiveram associadas a múltiplas patologias maternas e também associadas a antecedentes obstétricos. As patologias maternas mais evidenciadas insinuam-se na hipertensão na gravidez e a diabetes gestacional em que muitas das grávidas necessitaram de medicação para controlo. Relativamente à ingestão de líquidos claros, na fase latente apurou-se um total de 130 grávidas e 57 durante a fase ativa, de acordo com as figuras 7 e 8.

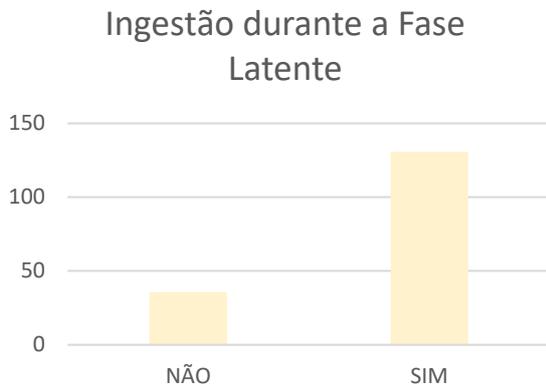


Figura 8. Gráfico de barras sobre a ingestão na fase latente

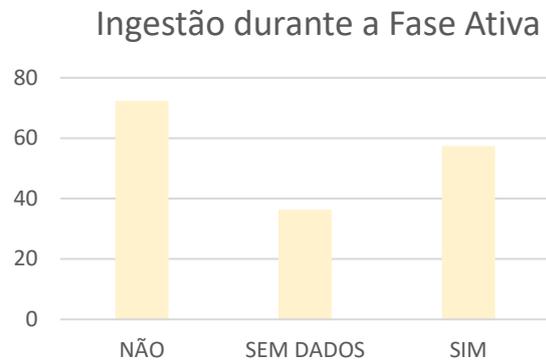


Figura 7. Gráfico de barras sobre a ingestão na fase ativa

Cabe ao EEESMO garantir uma experiência positiva à mulher e motivar a restante equipa a promover a ingestão de líquidos claros durante o trabalho de parto. O fundamental será mudar paradigmas existentes de forma a contribuir para melhores cuidados, começando por realizar sessões de formação em serviço para a restante equipa de enfermagem bem como atualizar protocolos de serviço para uniformizar cuidados, em concordância com a equipa médica.

3.1. Concetualização

A ingesta de líquidos durante o trabalho de parto é pertinente quando desejamos contribuir para a melhoria dos cuidados, para ir ao encontro das recomendações das diferentes organizações de saúde. A OE (2012a) encoraja as maternidades a seguirem as recomendações para a mulher ser a principal interveniente no parto, permitindo um momento feliz para o casal. São várias as recomendações preconizadas, no intuito de ocorrer um “parto natural” com o menor número de intervenções, a OMS (2018) recomenda que as grávidas consideradas de baixo risco devem ser informadas e encorajadas a ingerir líquidos durante o trabalho de parto, apesar de ser uma recomendação com evidência de baixa qualidade. No entanto esta recomendação muitas vezes não é seguida, não valorizando a vontade e a expectativa da mulher, relacionando à síndrome de mendelson (Pinto et al., 2017).

A medida de jejum aplicada na maioria dos hospitais remete à década de 1940, após o médico Curtis Mendelson, que apelidou o seu próprio nome à síndrome, demonstrando os

efeitos graves da aspiração de conteúdo gástrico durante uma anestesia geral. Propondo a restrição de alimentos líquidos e sólidos bem como a administração de antiácidos antes da cesariana, com o intuito de reduzir o volume gástrico, na necessidade de se realizar anestesia geral (Caravaca et al., 2009; Pinto et al., 2017; Urbanova, 2015).

A mulher durante o estado gravídico sofre alterações fisiológicas e anatômicas para se adaptar ao crescimento do feto. Com o aumento do volume abdominal, naturalmente, verifica-se a diminuição da pressão do esfíncter inferior do esôfago, aumenta a concentração do suco gástrico e tendencialmente maior refluxo gastro esofágico pelo deslocamento cefálico do estômago (Marques & Carolhas, 2013; Reis,1993) Por todas estas alterações anatômicas, vários autores como Árias et al. (2013) ASA (2016) Pinto et al. (2017) Ozkan et al. (2017) consideram que qualquer grávida é considerada “estômago cheio”, não se conseguindo garantir que mesmo com o jejum se obtenha um conteúdo gástrico inferior a 25ml. Seguindo as recomendações do projeto de qualidade da ordem dos enfermeiros (2012a), deve permitir-se a ingestão de líquidos claros e alguns sólidos a parturientes de baixo risco com “apresentação cefálica de vértice, aparente compatibilidade feto-pélvica, ausência de aparente via aérea difícil e traçado cardiotocográfico “tranquilizador” que significa com presença de acelerações e uma frequência basal entre 120 e 160 batimentos por minuto” (bpm) (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.2). É congruente na leitura dos diversos artigos, que os estudos mantêm a recomendação de que as parturientes que possuam fatores de risco, como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, obesidade e via aérea difícil devem manter a restrição de líquidos e sólidos (Árias et al., 2013; ASA, 2016; The American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2019; King et al.,2011; Ordem dos Enfermeiros, 2012a).

Fala-se na ingestão de líquidos claros, no entanto poucos autores definem o que realmente significa. Seguindo as orientações descritas por ASA (2016), líquidos claros referem-se à possibilidade de ingerir: água, sumos de frutas sem polpa, chá, café preto e bebidas isotônicas. O autor King et al. (2011) corrobora com a mesma definição e refere também que é importante compreender que o leite não é considerado um líquido claro e pelos seus constituintes atrasa no esvaziamento gástrico.

Autores como Singata et al. (2013) e King et al. (2011) equiparam o momento do parto a um exercício de alta intensidade, havendo um desgaste físico e conseqüentemente um gasto de energia atroz. Valorizando a importância de ingestão de hidratos de carbono, no sentido de aumentar o aporte energético, diminuindo assim a cetonúria, proteinúria e a fadiga. No reverso do jejum, a diminuição da ingesta dos hidratos de carbono leva a mulher à fadiga mais rapidamente pelo aumento da lipólise e do catabolismo proteico (Árias et al, 2013;

Caravaca et al, 2009). Considerando que o jejum prolongado tem o efeito de aumentar a concentração de ácido clorídrico e consequentemente aumenta a acidez do pH no sangue da mãe e do feto, reportando para a mãe: sensação de cansaço extremo e vômitos e para o bebê pode traduzir num nascimento com um índice de APGAR baixo acompanhado de tremores, irritabilidade, hipoglicemia/hiperglicemia (ASA, 2016; Bohren et al., 2020; Singata et., 2013).

A especialidade de anestesiologia tem vindo a alterar procedimentos nomeadamente na prática de anestesia loco-regional, pelo que se reduziu drasticamente o número de cesarianas sob anestesia geral, trazendo muitos benefícios para a mãe como para o feto, nomeadamente o risco de aspiração de conteúdo gástrico bem como uma melhor adaptação do feto ao meio extrauterino (ASA, 2016; Singata et al., 2013). Apesar das recomendações serem positivas para a ingestão de líquidos claros, é importante ter em atenção, no caso de utilização de opióides a ingesta deve ser interrompida uma vez que este tipo de fármaco atrasa o esvaziamento gástrico (ASA, 2016). Contudo, a maioria das maternidades de Portugal continuam a fazer alguma restrição de líquidos claros e alimentos sólidos durante o trabalho de parto e é nesse sentido que surge a escolha desta temática, na tentativa que se possa dominar um pouco mais sobre os benefícios da ingesta sugerindo mudanças que possam melhorar os cuidados à grávida.

Com vista a promover *conforto* à grávida, sendo ele relacionado a nossa prestação de cuidados, Kolcaba (1991) define o conforto como um conceito fundamental para os cuidados de enfermagem, centrando a sua *prática no alívio, tranquilidade e transcendência*, em contextos: físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural. Desta forma, a Teoria de Katherine Kolcaba assenta no apoio e na assistência dos cuidados, em momentos de ansiedade, onde o papel do enfermeiro é o pilar de apoio, identificando as necessidades que são notadas pelos desconfortos (Kolcaba, 1991; Oliveira et al., 2017).

O *alívio do desconforto* – surge na existência de um desvio de saúde, em que a sua forma de ultrapassar passa por administrar medicação, garantindo assim um alívio da dor; a *tranquilidade de conforto* foca-se no ambiente e no estado psicológico, e desta forma o enfermeiro vai intervir de forma a minimizar questões de ansiedade; *conforto da transcendência* traduz que se a utente estiver calma, sem desconfortos vai ser capaz de atravessar um período de recuperação com maior facilidade (Petiprin, 2020).

Adaptando a Teoria de Kolcaba, às necessidades da mulher – alimentação/hidratação durante o trabalho de parto, a grávida vai passar por várias alterações físicas e emocionais durante o TP, as contrações uterinas tornam-se regulares e intensas provocando um aumento da dor que se instala cada vez mais, provocando respirações irregulares levando a um maior cansaço e desgaste físico. Bem como a sensação de xerostomia é muito comum causando um grande desconforto. (Néné et al., 2016). As atitudes do EEESMO passam por aliviar a dor,

com medidas não farmacológicas e farmacológicas, permitindo a ingestão de líquidos claros durante este período favorecendo então a transcendência, capacitando a mulher para ultrapassar os desafios do trabalho de parto.

A mudança do paradigma, passa pela intervenção do EEESMO, favorecendo a ingestão de líquidos claros com correspondência a um maior conforto à mulher, com potencial a melhores resultados maternos e fetais. Para esta mudança, necessitamos de maior conhecimento/fatos para validar atitudes, estabelecendo-se assim a necessidade de realizar uma revisão da literatura. Esta metodologia tem vindo a ser considerada um pilar fundamental no estudo de várias temáticas conseguindo obter uma clareza baseada na evidência, considerando uma leitura exaustiva com uma metodologia rigorosa (Sousa et al., 2018). Elaborando uma questão de investigação, definir descritores, considerar critérios de inclusão e exclusão, desenvolvendo uma estratégia de pesquisa e analisar dados conseguidos (Donato & Donato, 2019).

3.2. Metodologia

O recurso à revisão da literatura foi uma das estratégias para conseguir aprofundar e melhorar os conhecimentos em prol de uma melhoria dos cuidados com base na evidência científica. Para ser um estudo considerado com qualidade, preconiza-se que siga um método científico e explícito contribuindo para um novo resultado (Galvão & Pereira, 2014). Para a elaboração da revisão é fundamental compreender a sua metodologia, sendo necessário, realizá-la em quatro etapas: formalização da questão de investigação, em que estuda a ligação entre os dois eventos, integrando a metodologia PICO (figura 9), descrevendo que P (*População*), I (*Intervenção*), c (*Comparação*) e O (*Resultados*); aplicação dos critérios de inclusão; seleção da literatura e estudo/interpretação dos resultados (Donato & Donato, 2019; Sousa et al., 2018). Neste sentido formaliza-se a questão de investigação que nos leva ao objetivo desta revisão: “Quais as evidências sobre os benefícios/males relativos à ingestão de líquidos durante o trabalho de parto?”

P	Grávidas
I	Ingestão de líquidos claros
c	Ingestão
O	Benefícios/Malefícios

Figura 9. Quadro da Metodologia PICO

Foi realizada uma pesquisa de artigos na literatura científica através da plataforma eletrônica EBSCOhost nas bases de dados PubMed, CINAHL, MEDLINE Complete, Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection e MedicLatina utilizando como estratégia de pesquisa descritores DeCS/MeSH: *eating; drinking, Labor, Obstetric*, associado o termo booleano “AND”. Foram definidos como critérios de pesquisa artigos disponíveis com texto completo no idioma português, inglês e espanhol e livre de encargos financeiros com publicação a partir do ano 2011 até ao presente. Devido à escassez de artigos publicados sobre o tema, foi necessário aumentar o intervalo de tempo das publicações para 10 anos. Relativamente aos critérios de exclusão, aplicou-se aos artigos que tenham data de publicação anterior ao ano de 2011 e que não se apliquem à população-alvo com a intervenção delineada na questão de investigação. Esta pesquisa foi realizada no intervalo entre abril e agosto de 2021, garantindo atualizações dos estudos.

Existem características que levam a uma revisão com qualidade: elaboração do fluxograma, classificação de evidência e a uma questão de investigação respondível (Moher et al., 2015; Sousa et al., 2018). Realizou-se o fluxograma (figura 10) de acordo com os critérios de identificação em base de dados, identificação dos artigos, seleção, elegibilidade e artigos incluídos para a revisão da literatura.

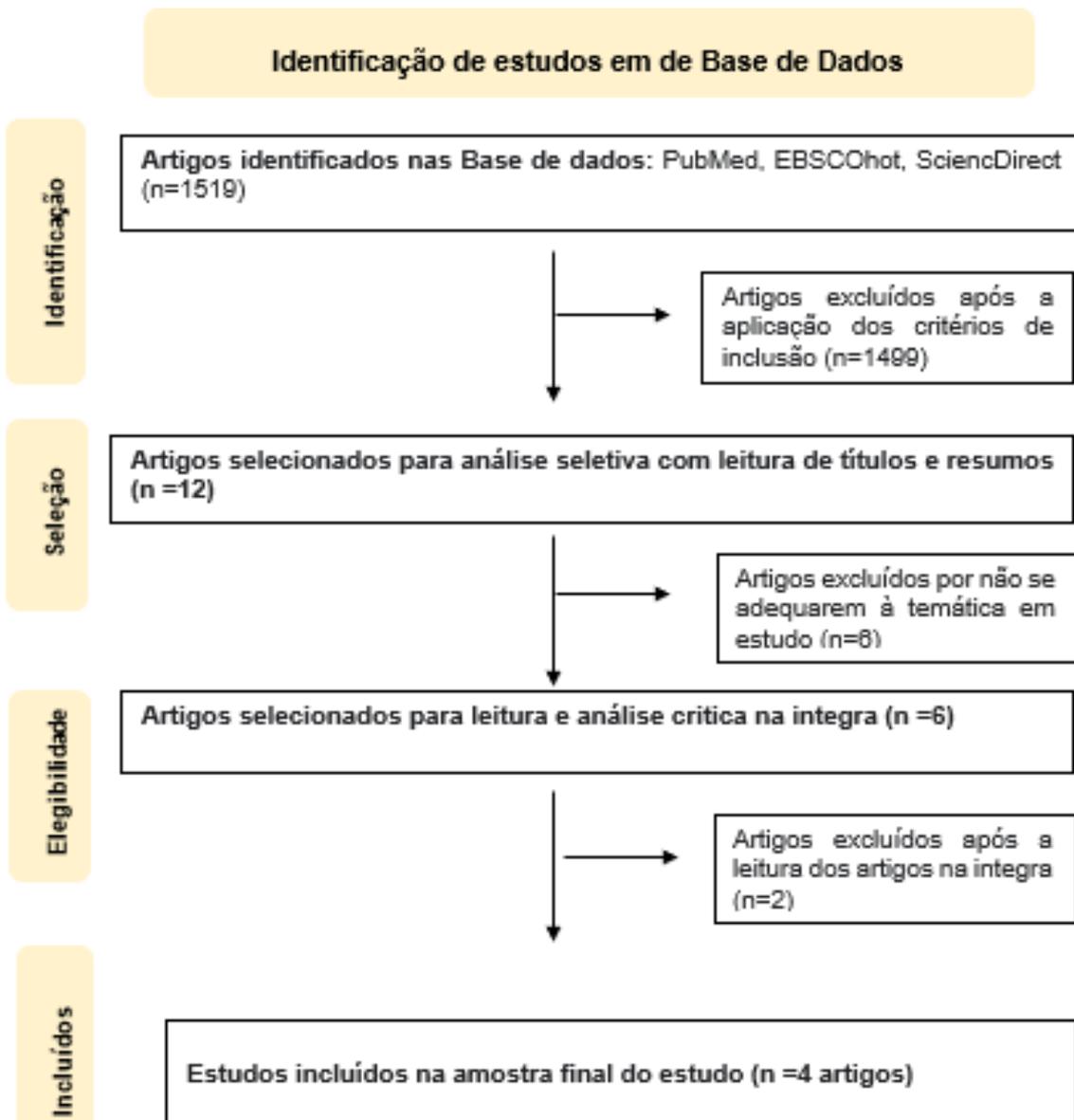


Figura 10. Fluxograma de PRISMA

Pretendeu-se fazer uma revisão da literatura em que o objetivo foi compreender quais os benefícios/malefícios da ingestão de líquidos claros para a grávida, durante o trabalho de parto.

Após a pesquisa na base de dados e estudo dos artigos, reduziu-se para um total de 4 artigos selecionados para a revisão da literatura. A análise dos artigos selecionados será descrita em tabelas direcionando para o objetivo, população-alvo, tipo de estudo e os resultados apresentados de acordo com a temática. Os quatro artigos selecionados foram sujeitos a análise do nível de evidência proposta por *Stetler*, referido pelo autor Galvão (2006) “A qualidade das evidências é classificada em seis níveis, a saber: nível 1 - metanálise de múltiplos estudos controlados; nível 2 - estudo individual com delineamento experimental;

nível 3 - estudo com delineamento quase-experimental como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle; nível 4 - estudo com delineamento não-experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso; nível 5 - relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; nível 6 - opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas” (Galvão, 2006, p.1).

O autor da tabela de classificação, encontrada no artigo de Stetler et al. (1998) afirma que o rigor é fundamental no que toca às recomendações para a prática baseada na evidência. De acordo com a tabela enunciada no artigo Stetler et al. (1998) - Níveis de Evidência, proceder-se-á à caracterização dos artigos selecionados para a revisão da literatura na figura de análise de cada artigo.

3.3. Resultados/Discussão

Este subcapítulo apresenta análise de resultados em tabelas, incluindo os 4 artigos selecionados após a pesquisa. Cada uma das tabelas, previu-se a descrição do título do artigo, bem como o objetivo, a população, o tipo de estudo, resultados, conclusão do estudo e nível de evidência.

Artigo 1	Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour
Objetivo	Avaliar os benefícios e malefícios da restrição da ingestão de líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto.
População	Amostra de 3130 Grávidas em trabalho de Parto
Tipo de Estudo	Revisão de literatura com ensaios randomizados
Resultados	A revisão incluiu 5 estudos, que inclui a possibilidade de escolha do alimento pela grávida. Nenhum estudo foi conclusivo que realmente há malefícios na ingesta da grávida. Um estudo comparou restrição completa versus dar à mulher a liberdade de comer e beber à vontade; dois estudos analisaram dar somente água versus dar líquidos e alimentos específicos e dois estudos analisaram dar somente água versus dar bebidas contendo hidratos de carbono. Não se verificou diferença entre a taxa de partos vaginais e cesarianas. A ingesta de líquidos claros não tem interferências nos índices de APGAR.

Conclusão	Uma vez que as evidências não mostram benefícios ou malefícios, não existe justificção para a restrição de líquidos ou alimentos no trabalho de parto para mulheres com baixo risco de complicações.
Nível de Evidência	Nível I

Figura 11. Análise do Artigo 1: Restricting oral fluid and food intake during labour

Artigo 2	Lieser. M. (2019). Eating and drinking in Labor
Objetivo	Benefícios da alimentação durante o parto
População	Grávidas em trabalho de parto
Tipo de Estudo	Artigo periódico
Resultados	A mulher em trabalho de parto necessita de energia, pelo que deve ser informada e encorajada a ingerir uma alimentação leve. Não comer ou beber também representam seus próprios riscos. O stress aumenta os níveis da catecolamina, podendo provocar um trabalho de parto mais prolongado. O útero é um músculo e necessita de energia para manter a atividade uterina, progredindo assim no trabalho de parto. Nos anos 1940, as mulheres americanas eram restritas de se alimentar, sendo que a única coisa que poderiam ingerir seria cubos de gelo. Maior número de loco-regionais em relação às anestésias gerais. A ingestão líquida ou alimentos sólidos está associada a uma melhor atividade uterina.
Conclusão	O direito da escolha da mulher sobre comer e beber ainda precisa de ser ganho.
Nível de Evidência	Nível VI

Figura 12. Análise do Artigo 2: Eating and drinking in Labor

Artigo 3	Hunt, L. (2013). Literature review: Eating and drinking in labour
Objetivo	Determinar os benefícios e danos da restrição alimentar nas mulheres em trabalho de parto em comparação com mulheres livres para comer e beber;
População	Grávidas em trabalho de parto
Tipo de Estudo	Revisão de Literatura com Ensaios clínicos controlados randomizados
Resultados	A revisão assegura que as grávidas de baixo risco podem ingerir líquidos claros durante o trabalho de parto, favorecendo o trabalho de parto na medida em que não ficam tão exaustas e sentem-se com mais energia para o período expulsivo. O autor refere ainda que a restrição alimentar e hídrica está associada a um possível cesariana e dessa forma a não indicação de alimentação subentende que reduz o risco de aspiração. Relativamente às grávidas de baixo risco, os estudos referem que as parteiras deveriam refletir e basear-se na evidência, promovendo a ingestão de líquidos priorizando o bem-estar da grávida. A síndrome de Mendelson continua muito presente nas instituições hospitalares, sendo que a justificção da restrição será sempre na tentativa de reduzir o risco de aspiração gástrica. Na sequência desta síndrome,

	vários autores referem que o uso de opióides atrasa o esvaziamento gástrico e desta forma preconizam refeições leves. A restrição de dieta faz com que seja necessária maior utilização de ocitocina, uma vez que o útero é um músculo e necessita de energia para manter a sua atividade uterina. Por sua vez, tentaram compreender a relação do uso excessivo de soros intravenosos (7-8 litros em 24h) pode provocar hiponatremia no RN.
Conclusão	Não existe resultados claros que restrinjam fluidos orais e alimentos em trabalho de parto. A recomendação direciona-se para as grávidas de baixo risco, podendo ingerir água ou outros alimentos leves. Não existe estudos direcionados nas grávidas de alto risco A limitação mais frequente assenta na fraca qualidade dos estudos pelo que é um tema que devia ser mais estudado.
Nível de Evidência	Nível I

Figura 13. Análise do Artigo 3: Literature review: Eating and drinking in labour

Artigo 4	Ozkan, S., Kadioglu, M., & Rathfisch. G. (2017). Restricting Oral Fluid and Food Intake during Labour: A Qualitative Analysis of Women's Views
Objetivo	Demonstrar os efeitos da restrição de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto nas mulheres.
População	Amostra de 30 grávidas com idade compreendidas entre 15 e 49 anos
Tipo de Estudo	Estudo Qualitativo
Resultados	Os estudos recomendam que as mulheres com baixos riscos de complicações devem ingerir lascas de gelo ou goles de água durante o trabalho parto; É fundamental para a mulher, valorizar as expectativas das mulheres sobre restringir a ingestão de líquidos e alimentos com o objetivo de aumentando a satisfação das mulheres sobre o trabalho de parto, apoiando uma experiência positiva. A ingestão de líquidos e alimentos é considerada eficaz no que toca à atividade uterina e tolera melhor o trabalho de parto. Equiparando que a ingestão de alimentos e líquidos são tão eficazes quanto a ocitocina. No entanto a maioria dos hospitais na Turquia não permite a ingestão protelando que um parto pode necessitar sempre de intervenções. Outras mulheres que optaram por um parto domiciliar tiveram oportunidade de ingerir, sentidas diferenças quer no momento da expulsão como na vivência do parto. Numa grávida que se encontra em trabalho de parto, com indicação de restrição alimentar, o processo metabólico não consegue gerir a situação elevando corpos cetónicos. Esta situação que é chamada como "cetose" pode causar trabalho de parto prolongado, trabalho de parto com desidratação, levando a um parto instrumentado e maior possibilidade de hemorragia. Para além de que a sensação de fome, faz com que o corpo liberte adrenalina e automaticamente suprime a libertação de ocitocina.

Conclusão	Não há nenhuma evidência para apoiar a restrição ingestão de líquidos e alimentos neste grupo de mulheres de baixo risco, recomendando assim a ingestão de líquidos. Nenhum estudo foi encontrado para investigar especificamente mulheres com alto risco. Não há estudos suficientes que os vômitos estejam associados à ingesta.
Nível de Evidência	Nível V

Figura 14. Análise do Artigo 4: Restricting Oral Fluid and Food Intake during Labour: A Qualitative Analysis of Women's Views

O foco desta revisão revê-se numa resposta à questão de investigação, com o intuito de se compreender se a pesquisa realizada foi suficiente de forma a demonstrar que existe mais benefícios do que malefícios na ingestão de líquidos durante o trabalho de parto. Os autores Lieser (2019) e Hunt (2013) referem que as mulheres deveriam ingerir líquidos ou refeições leves para manter energia e bem-estar, de forma a permitir um melhor desempenho no momento do parto.

Os malefícios do jejum estão bem presentes quando se fala em cetose, querendo isto assim dizer, que por si só a cetose é um processo natural do organismo, designando-se pela produção de energia a partir da gordura quando não existe uma quantidade de glicose disponível. No revê desta situação, Ozkan et al. (2017) e Hunt (2013) salientam que a prática clínica induz que as grávidas fiquem com fluidoterapia intravenosa justificando assim os desequilíbrios hidroelectrolíticos, no entanto numa situação de indução do trabalho de parto em que não se prevê um parto próximo e a mantem-se a restrição alimentar, a grávida poderá estar sobre uma sobrecarga hídrica provocando hiponatremia no recém-nascido.

A leitura exaustiva dos artigos é consonante com os autores quando toca à ingestão, justificando sempre que a segurança da grávida estará sempre em primeiro lugar, no sentido que a ingestão de líquidos será sempre substituída por fluidos intravenosos precavendo o Síndrome de Mendelson. No entanto Hunt (2013) e Singata et al. (2013) corroboram que as instituições deveriam seguir as recomendações da OMS como boas práticas estabelecidas, na sequência de permitir uma vivência positiva no parto.

Por sua vez, Ozkan et al. (2017) refere que nos hospitais da Turquia a restrição de líquidos ou alimentares está sempre assente desde a chegada da grávida à sala de parto. No entanto, com o estudo efetuado com as grávidas que optaram pelo parto domiciliar conseguiram comparar que existiu uma opinião mais positiva sobre o momento do parto bem como a capacidade de tolerar a dor e manter a capacidade de força no momento da expulsão, considerando que se deveria olhar e refletir para as recomendações das boas práticas.

Os autores Hunt (2013) e Singata et al. (2013) salientam em vários momentos que se deve seguir a recomendação da OMS, baseando nas orientações da ASA, The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e National College of Midwifery, com o cuidado de manter sempre a segurança assegurada e promovendo o bem-estar materno para uma experiência positiva. Durante a análise dos artigos constatou-se que efetivamente, existe uma limitação quanto ao número de artigos sobre a temática e que de fato necessita de ser mais estudada. No entanto a literatura mais recente justifica que não existe evidência para apoiar a restrição ingestão de líquidos e alimentos neste grupo de mulheres de baixo risco, recomendando assim a ingestão de líquidos claros.

Notando que o objetivo fundamental desta revisão da literatura é contribuir para a melhoria dos cuidados, relacionou-se os dados adquiridos durante os estágios em sala de parto. Conseguindo um total de vigilâncias de trabalho de parto de 165 grávidas, em que 13 das grávidas foram cesarianas eletivas, onde cumpriram as 8 horas de jejum, 9 grávidas manifestaram vômitos após a técnica de raquianestesia.

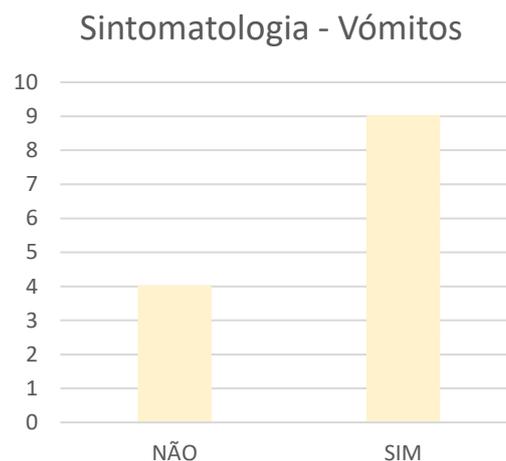


Figura 15. Gráfico de barras da sintomatologia de vômitos em cesariana eletiva

Como já descrito anteriormente, segundo a ASA (2016) e Marques e Carvalhas (2013) referem que todas as grávidas com idade gestacional superior às 16 semanas deverão ser sempre consideradas “estômago cheio” pelas alterações fisiológicas e anatómicas. E por estes motivos, o jejum não garante o esvaziamento gástrico e como consequência dele, aumenta a concentração de ácido clorídrico, necessitando sempre de fazer profilaxia para neutralizar ou minimizar a acidez e volume gástrico, para qualquer procedimento cirúrgico ASA (2016).

Os autores Hunt (2013) e Marques e Carvalhas (2013) referem que pelo risco da síndrome de Mendelson e conseqüentemente maior número de morbidade materna, os

anestesistas dão preferência às anestésias loco-regionais, contribuindo para a redução do número de cesarianas sob anestesia geral. E de facto, considerando os números estatísticos presentes no “Livro de Nascimento” do bloco de partos do CHUA – unidade de Portimão, consegue perceber-se esta redução bem como não há registos à menção de síndrome de Mendelson ou morte materna.

Tipo de Anestesia	ANO 2019	ANO 2020
Anestesia Geral	57 (19 por sofrimento fetal)	30 (15 por sofrimento fetal)
Raquianestesia	162	227
Anestesia Epidural	146	91
Anestesia Sequencial	106	58

Tabela 4. Cesariana - Tipo de Anestesia

No que diz respeito às vigilâncias do trabalho de parto e relacionando os dados obtidos com a evidência científica adquirida nos artigos da revisão, sendo que os critérios se basearam na avaliação do risco da gravidez, indução do trabalho de parto, trabalho de parto espontâneo, ingestão de líquidos durante a fase latente e ativa e se apresentaram vômitos. Obteve-se uma total de 33 grávidas com avaliação de risco alto e 132 grávidas de baixo risco, em que a maioria das grávidas de baixo risco foram possibilitadas de ingerir durante a fase latente. Obteve-se um total de 61 induções do trabalho de parto em que 44 grávidas puderam ingerir durante a fase latente sendo que as restantes 17 parturientes tiveram indicação para restrição de ingesta, associadas a patologias maternas.

Relativamente ao início de trabalho de parto espontâneo, obteve-se um total de 91 grávidas, em que durante a fase ativa do trabalho de parto, 41 grávidas tiveram oportunidade de ingerir líquidos claros, 36 foram restringidas e 14 sem dados suficientes. Após os critérios de exclusão, nomeadamente as grávidas que não tinha os dados suficientes para a análise, ficamos com um total de 73 parturientes que foram internadas por se encontrarem em início de trabalho de parto espontâneo.

Trabalho de Parto espontâneo	Ingesta	Vómitos	Analgesia epidural	Vómito sem analgesia epidural
73 Grávidas	40	4	1	3
	Restrição de ingesta	Vómitos	Analgesia epidural	Vómito sem analgesia epidural
	33	4	1	3

Tabela 5. Ingesta de Líquidos durante a fase ativa do trabalho de parto

De acordo com os dados descritos em tabela 5, o ganho desta revisão é que de fato conseguiu-se relacionar os resultados obtidos na revisão de literatura com os dados obtidos em sala de parto. É unânime e de acordo com os autores Hunt (2013) Ozkan et al. (2017) Singata et al. (2013) que a manifestação de vômitos não é um facto influenciado pela ingesta, uma vez que o número de grávidas que o manifestaram foram em número reduzido. Relativamente ao uso da analgesia epidural, não foi possível fazer uma apreciação de relação uma vez que os dados são insuficientes. Os dados relativos ao “vómito sem analgesia epidural”, de acordo com os registos poderão estar associados ao descontrolo na dor com respirações irregulares sustentando um mau estar geral. Na prática clínica e indo ao encontro dos comentários verbalizados pelas próprias grávidas remetem-se que a maioria não sente a necessidade de comer durante a fase ativa do trabalho de parto, no entanto a sensação de sede mantém-se até ao período expulsivo. Quando se fala em ingesta de líquidos claros, as mulheres a quem prestei cuidados, ingeriram água, chá e comeram rebuçados.

Para concluir, existem várias recomendações de diferentes organizações que remetem para a ingesta de líquidos durante o trabalho de parto. A OMS (2018) orienta para a não restrição de líquidos e alimentos em grávidas de baixo risco, supracitado no artigo de Singata et al. (2013), The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) favorece a ingesta de bebidas isotónicas; ASA (2016) recomenda pequenas quantidades de líquidos claros até 2h antes da anestesia, em grávidas de baixo risco; American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2019) aconselha uma dieta líquida ou ligeira em grávidas de baixo risco; American College of Nurse-Midwives aconselha a ingestão de líquidos às grávidas de baixo risco e a Ordem dos Enfermeiros (2012) incentiva a ingestão de líquidos não superior a 100 ml de 15/15 minutos, em grávidas de baixo risco, realizando sempre um registo do momento.

4. Análise Reflexiva sobre o Processo de Mobilização de Competências

A enfermagem é considerada uma arte do cuidar, centrando as suas atenções para o estado de saúde do doente, estabelecendo prioridades e individualizando os cuidados (Silva et al., 2005). Com várias vertentes, diferentes olhares, cada profissional ao longo do seu percurso profissional opta por estudar e enriquecer o seu saber enquanto enfermeiro, caminhando para um processo de mobilização de competências (Serrano et al., 2011). O mesmo autor cita uma frase que conjuga entre o enfermeiro versus competências, “os profissionais são os atores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências” (Serrano et al., 2011, p.1). São estas ditas competências que no percurso académico tentamos olhar “mais longe” e perceber o que se pode mudar ou melhorar na saúde daquela mulher. Mais conhecimento, mais enriquecimento torna este enfermeiro melhor profissional, sempre na expectativa que se pode fazer “algo mais”. Estes “mais”, levam-nos a refletir sobre os comportamentos, ações no contributo para a melhoria da assistência aos cuidados. De acordo Peixoto e Peixoto (2016) entende que a prática reflexiva tenta dar resposta às atitudes de forma intelectual e afetiva, sendo um motor de aprendizagem, percebendo e tratando esses momentos de forma crítica construtiva, para adquirir uma prática mais especializada.

O Regulamento nº 391/2019 preconiza que para a atribuição do título de especialista, é necessário a aquisição de um conjunto de competências comuns que são dirigidas a todos os enfermeiros especialistas e um conjunto de competências específicas de SMO. Em concordância com o descrito no Despacho n.º 11051/2018 prevê-se a realização de um relatório baseado numa análise reflexiva e de alguma forma mobilizar os conhecimentos teóricos aplicados à prática, com objetivo de desenvolver competências.

A análise reflexiva, como o próprio nome indica, reflete-se num exercício que possibilita uma melhor compreensão da situação com identificação dos pontos-chave para a melhoria dos nossos cuidados, fundamentando as práticas baseadas na evidência científica, atualizando conhecimentos e debatendo situações críticas com profissionais experientes (Peixoto & Peixoto, 2016). Justificando este pensamento, o autor Pereira-Mendes (2016) refere que na realidade hospitalar, o estudante vivencia e interage com o trio (doente-pessoa-família), onde decorrem vários processos como o planejar cuidados; cuidar; relação com o doente e família. Os momentos de reflexão, servem não só, para compreender qual a realidade em que estamos inseridos, a responsabilidade nos nossos atos, a informação que prestamos bem como se todas as nossas práticas são baseadas na evidência e se adequam ao doente que estamos a cuidar.

Para aquisição de competências e obtenção do título de EEESMO, é necessário obter um mínimo de experiências no contexto clínico, de acordo com as normas de acreditação, descrito, no Aviso nº 3916/2021 em Diário da República. A tabela abaixo (tabela 6) reflete o número de experiências, mas não demonstra as emoções vividas. É nesse sentido que no seguinte subcapítulo, realizar-se-á uma reflexão sobre a aquisição de competências.

Tabela 6. Grelha de registo das experiências realizadas em contexto clínico

1. Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	203
2. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente:	
• Partos eutócicos (40)	46
• Participação activa em partos pélvicos	0
• Participação activa em partos gemelares	0
• Participação activa noutros partos	18
• Episiotomia	7
• Episiorrafia / perineorrafia	31
3. Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)	
• Gravidez	15
• Trabalho de Parto	33
• Puerpério	41
4. Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	100
5. Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	100
6. Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	19
7. Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afeções ginecológicas.	34

4.1. Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas

À semelhança do que é definido no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista previsto no Regulamento n.º 140/2019 com a atualização dos cuidados de saúde preconiza-se que os cuidados de enfermagem sejam cada vez mais diferenciados e prestados com exigência. Dessa forma, encoraja-se o empenho dos enfermeiros a quererem enriquecer os seus conhecimentos complementando a sua formação, de acordo com o seu interesse pessoal. Os enfermeiros especialistas para além de adquirirem competências específicas da sua área, obtêm igualmente competências comuns, querendo isto dizer que fica habilitado para educação/formação dos utentes e dos profissionais, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo pesquisar e melhorar os cuidados de enfermagem com recurso à investigação (Regulamento, nº140/2019).

De acordo com o regulamento acima mencionado, os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, integram: *responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.*

No contexto de estágio profissional, para a *competência da responsabilidade profissional, ética e legal*, de acordo com as unidades de competência: demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas; lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade; avalia o processo e os resultados da tomada de decisão; promove a proteção dos direitos humanos; gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente - foram prestados cuidados com base no respeito pela pessoa humana considerando sempre as suas crenças e valores. No momento em que estamos a viver, sob a pandemia covid 19, existem muitas dúvidas relativas aos procedimentos possíveis, como manter as políticas anteriores – direitos da grávida: o poder usufruir de um acompanhante nas consultas de rotina, no realizar de ecografias e no momento do parto. A gravidez é um momento que já por si só traz alguns medos e inseguranças, vivê-las sozinha acaba por se evidenciarem mais (Frias et al., 2020). A UNICEF (2020) determina que a importância de manter um acompanhante é fundamental, no entanto terá que se respeitar as políticas no momento e da instituição, assegurando sempre condições de segurança. Desta forma, assegurou-se a assertividade e manter o que fosse possível, de acordo com as normas da instituição. Da mesma forma, que todos os cuidados foram direcionados à grávida, de forma singular indo ao encontro das necessidades da utente, mantendo sempre a sua privacidade e sigilo profissional. Direcionando esta competência para a especialidade de saúde materna

e enquanto estudante de EESMO, questiona-se sobre a realização da episiotomia, enquanto situação de parto. É cada vez mais frequente, a mulher apresentar um plano de parto aquando da sua chegada à maternidade. O respeito pelas suas expectativas para um nascimento positivo, assim como a boa prática recomendada pela OMS (2018) exige que o desejo da mulher não querer a realização de episiotomia, seja respeitado. Contudo, sob a responsabilidade profissional, ética e legal, o EEESMO deverá avaliar as condições do períneo e explicar os riscos com benefícios à sua segurança enquanto profissional. Segundo as orientações da OMS (2018) e a OE (2014), a episiotomia deverá ser realizada de forma seletiva, podendo associar-se a causa de um sofrimento fetal, necessitando de abreviar a expulsão do RN. Em outro estudo, o autor Carvalho et al. (2010) refere que a episiotomia também poderia ser utilizada quando se espera uma situação de laceração grave com consequência de problemas de incontinência urinária/intestinal, com maior prevalência nas primíparas.

Enquanto estudante da EESMO, no contexto de estágio profissional, fui confrontada com uma situação semelhante à descrita anteriormente. Respeitou-se o plano de parto e seguimos as recomendações das boas práticas, utilizando a proteção do períneo no momento de expulsão, no entanto resultou numa laceração de grau 3. Neste decurso foram explicados todos os procedimentos realizados bem como as posturas adotadas de acordo com as suas expectativas para uma experiência positiva.

Para a competência, *melhoria contínua da qualidade*, as unidades de competência: mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; orienta projetos institucionais na área da qualidade; avalia a qualidade das práticas clínicas; planeia programas de melhoria contínua; lidera programas de melhoria contínua; promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo; participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais. Durante o percurso dos ensinamentos clínicos foram atualizados conhecimentos de acordo com as necessidades nas diversas valências recorrendo a literatura recente baseada na evidência científica, apoiada pelas supervisoras clínica e pedagógica. Vivenciando a situação pandémica, foi sentida uma ansiedade notável nas grávidas pela questão de serem privadas do acompanhamento da pessoa significativa e por não ser possível conhecer, atempadamente, a maternidade que iriam escolher. Desta forma, realizou-se uma apresentação em power point (Apêndice A) “visita virtual em fotografias da maternidade do CHUA - unidade de Portimão, desenvolvendo um papel dinamizador com iniciativas estratégicas, de forma a contribuir para a diminuição da ansiedade sobre um local desconhecido.

Na mesma perspetiva de contribuir para uma melhoria da assistência nos cuidados de enfermagem e assimilando a esta competência, foi realizada uma sessão de sensibilização à equipa de enfermagem sobre a *Ingesta de líquidos claros durante o trabalho de parto* (Apêndice B), utilizando literatura baseada na evidência científica com o intuito de implementar no serviço onde trabalho - bloco de partos - um protocolo para que toda a equipa multidisciplinar trabalhe em conformidade, perspetivando que todas as grávidas de baixo risco possam beneficiar da ingesta durante a fase ativa do trabalho de parto. Para além destes trabalhos realizados, propus-me a elaborar a uma revisão da literatura, canalizando novos conhecimentos no que toca para a utilização de base de dados e as suas metodologias de trabalho.

A competência - *gestão dos cuidados*, com as unidades de competência: otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade; otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidado; adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando - o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos. Para adquirir esta competência, focou-se essencialmente no estabelecer prioridades de acordo com as necessidades das utentes bem como organizar estratégias de articulação com a equipa. Possibilitando também a realização de Testes SARS-Cov2 à grávida, em tempo útil, com o intuito de se proporcionar que o marido estivesse presente no momento do parto bem como a realização de analgesia epidural.

Relativamente à unidade de competência “*otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão*”, as minhas orientadoras nos campos de estágios incentivavam-me a tomar decisões, estabelecendo os conhecimentos adquiridos na vertente teórica para a prática. Garantindo, que se realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, mantendo a segurança e qualidade nos cuidados.

Para terminar, a competência - *desenvolvimento das aprendizagens profissionais*, em conjunto com a competência – *melhoria continua da qualidade*, perspetivando sempre que o saber não ocupa lugar e garante sempre uma melhor prestação de cuidados, beneficiando o atendimento. E para isto, foram realizados dois panfletos informativos para a grávida e uma sessão de formação para a equipa de enfermagem do bloco de partos, para a sensibilização da ingesta de líquidos claros durante o trabalho de parto.

Todo o interesse manifestado para a realização de “algo mais” com o intuito de melhorar a experiência positiva da mulher, aquisição da competência – desenvolvimentos das aprendizagens profissionais – descreve-se pela capacidade de autoconhecimento e interagindo com a equipa multiprofissional, gerando melhores cuidados à mulher.

A necessidade “do saber para saber fazer”, promove o estudante à pesquisa e a consolidar conhecimentos para o seu próprio autodesenvolvimento. A prática baseada na evidência (PBE), é uma nova abordagem que permite alargar conhecimentos, favorecendo uma atuação mais rápida e eficiente, melhorando a assistência dos cuidados ao utente/família.

4.2. Competências Específicas dos Enfermeiros em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relativamente às competências específicas em EESMO, descritas pela OE no Regulamento nº 391/2019 preconizam que o EEESMO esteja capacitado para: “cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré -natal; cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; cuidar do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade” (Regulamento nº 391/2019, p. 13561).

A necessidade de refletir sobre as nossas ações quando estamos a prestar cuidados a alguém, faz-me pensar no que posso melhorar, naquilo que tenho mais fragilidades e no EEESMO que virei a ser. A reflexão, a análise das situações do contexto leva-nos a pensar em que medida podemos ser nós o processo de mudança para uma melhoria nos cuidados. Não basta a aquisição de competências, precisamos também de mudar à nossa volta direcionando as melhores práticas, em função da mulher (Serrano et al., 2011). De acordo com as competências descritas anteriormente, realizar-se-á uma reflexão crítica baseada nos cuidados prestados durante o estágio profissional, fundamentando com a literatura recente de qualidade.

“O exercício reflexivo revela-se, iterativamente, uma metodologia/ferramenta, de crescimento interno, da pessoa do estudante, mas também externo pela possibilidade de visionamento dos resultados das suas intervenções, com os ganhos que daí emergem” (Pereira-Mendes, 2016. p.16).

4.2.1. Competência: Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

A enfermagem foca-se na “arte do cuidar”, interage num todo, mas permitindo tratar a pessoa de forma individual e singular com o intuito de prestar os melhores cuidados (Gasperi & Radünz, 2006). As atividades desenvolvidas no perfil da competência referenciada anteriormente, ocorreram no ensino clínico realizado na UCSP. Dando principal ênfase à saúde familiar, mas tratando da pessoa individualmente, seja no planeamento de consultas pré-concepcionais/pré-natais/ planeamento familiar e à educação sexual direcionada aos adolescentes (Néné et al., 2016).

De acordo com as unidades de competência - *promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcepcional e diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcepcional*, sob orientação da enfermeira supervisora neste campo de estágio, foi possível realizar diversos tipos de consulta de enfermagem direcionando para a vertente da EESMO. Desta forma, descrito na figura 16, visualiza-se os tipos de consulta efetuados norteando para os critérios de avaliação da competência neste subcapítulo.

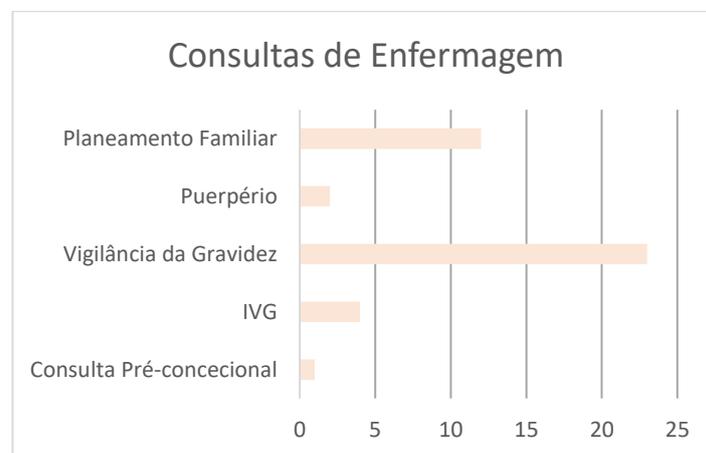


Figura 16. Gráfico de barras das consultas de enfermagem

As consultas pré-concepcionais têm como objetivo fulcral certificar o estado de saúde bem como orientar previamente a mulher para os primeiros passos do planeamento de uma gravidez, com foco na promoção da saúde e bem-estar. A avaliação pré-concepcional determina o risco, de acordo com os fatores maternos e contribui para uma vigilância criteriosa da futura gravidez (Nascimento et al., 2019). Esta avaliação inicia-se com a anamnese da

mulher, conseguindo obter o máximo de dados: idade materna, processo de concepção, história familiar, história pessoal incluindo índice obstétrico), existência de patologias dos diferentes foros bem como o seu estilo de vida (alimentares, exercício físico, consumos nocivos). Continuamente, uma avaliação dos sinais vitais, incluindo a avaliação do peso, altura e índice de massa corporal (IMC), certificar a atualização do boletim de vacinas, registar a data da última menstruação e o último método contraceptivo, de acordo com o descrito na norma da DGS (2015a). Se existir história de infertilidade, o EEESMO irá orientar o casal, de acordo com o manual de saúde reprodutiva infertilidade (Vilar et al, 2010). Não menos importante, deve existir uma sensibilidade por parte do EEESMO, facilitando a comunicação entre a mulher/casal. No entanto, não tive oportunidade prestar cuidados nesta vertente da infertilidade ou de referenciar por um desvio de saúde.

Relativamente ao planeamento familiar, o papel do EEESMO passa por aconselhar, informar e realizar sessões de educação sexual promovendo famílias mais esclarecidas, diminuindo o número de gravidezes indesejadas e apoiar a mulher na fase de climatério melhorando a sua qualidade de vida. Contempla também a participação na realização do rastreio do cancro do colo do útero, de acordo com a recomendação da DGS (2012). Foi possível interagir com adolescentes em que desejavam iniciar a sua vida sexual, permitindo adaptar e esclarecer sobre o método contraceptivo mais adequado, aproveitando também para falar sobre comportamentos de risco contemplando as infeções sexualmente transmissíveis. A importância de estarem despertas para os sinais e sintomas referentes a este tipo de infeção, com expectativa que posteriormente consigam identificar e solicitar ajuda. A sexualidade ainda é um tema com algum tabu, tanto no diálogo pais-filhos como na escola professores-alunos, quase sempre que se fala neste assunto é alvo de riso e muitas vergonhas em falarem num suposto desconhecido (Costa et al., 2007). O papel do EEESMO acaba por facilitar no diálogo, promovendo privacidade numa consulta individual permitindo que a adolescente partilhe as suas dúvidas e inseguranças. E nesta perspetiva da saúde, aconselham-se métodos contraceptivos de forma a prevenir gravidezes indesejadas.

O papel do EEESMO, conforme descrito no livro de bolso da ordem dos enfermeiros (2015, p.19), o EEESMO tem o dever de “promover a capacitação/empoderamento das mulheres/casais grávidos face às tomadas de decisões inerentes tanto ao planeamento familiar, como gravidez”.

4.2.2. Competência: *Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal*

A assistência pré-natal, realizada durante a consulta de enfermagem por um EEESMO é fundamental no que permite a detecção precoce de fatores de risco ou situações que possam comprometer o bem-estar materno e fetal (Néné et al., 2016). A melhoria dos cuidados relativos à saúde reprodutiva é significativa, realçando que os níveis de mortalidade infantil e materna diminuíram substancialmente, admitindo que o papel da assistência pré-natal realizada pelo EEESMO foi fundamental para manter um programa com estratégias que diminuam riscos, acrescentando também que o número de gravidezes não vigiadas reduziu (Martins, 2014; Nascimento et al., 2019). É neste sentido que o EEESMO, assume as suas competências na promoção da saúde, utilizando a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de Goodwin modificada, presente no programa da DGS (2015a). A avaliação desta escala, inclui os parâmetros: história reprodutiva, história obstétrica anterior, patologia associada e gravidez atual, sendo considerada em baixo/médio/alto risco (DGS, 2015a).

A importância do EEESMO na vigilância durante o período pré-natal passa por alertar para todos os passos e alterações que o estado gravídico traz bem como as melhores atitudes a adotar durante esta fase. As grávidas são informadas de todos os direitos e sobre o que o sistema nacional de saúde (SNS) pode oferecer, nomeadamente as consultas de vigilância onde são recomendadas a realizar análises/ecografias bem como o cheque dentista, sem custos atribuídos. No campo de estágio - UCSP de Lagoa foi possível fazer um reconhecimento do número de grávidas de acordo com o seu trimestre, sendo que o número de vigilâncias foi distribuído equitativamente pelos três trimestres.

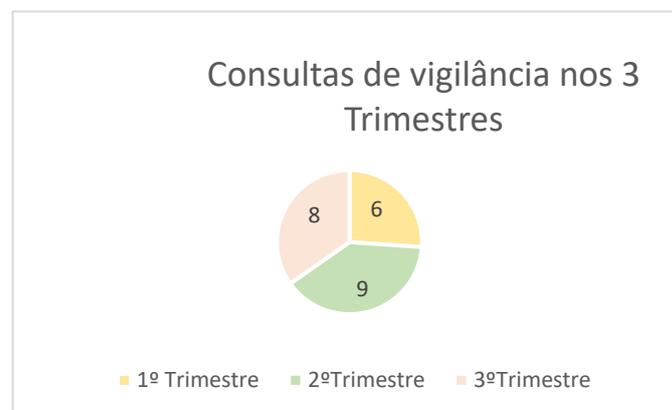


Figura 17. Gráfico circular com a vigilância das gravidezes por trimestres

Nos momentos de partilha, a equipa do UCSP proporcionou a possibilidade de realizar as consultas de vigilância nos módulos de outras enfermeiras, garantido que conseguisse atingir o máximo de experiências possíveis, enriquecendo os meus saberes. Durante os momentos de consulta, senti que o facto de poder explicar os procedimentos, os caminhos a seguir, realizando ensinamentos para uma gravidez saudável e tranquila, partilhei conhecimentos que vão ajudar no empoderamento da mulher.

A primeira consulta de enfermagem pré-natal deverá ser realizada antes das 12 semanas de gravidez, sendo possível agendar atempadamente o *rastreio combinado precoce* (DGS, 2015a). Esta consulta tem uma duração aproximada de 40 minutos e conta com uma série de intervenções: validar o resultado do teste de diagnóstico imunológico da gravidez; realizar a anamnese e exame físico; avaliar e interpretar os dados colhidos/exames da consulta pré-concepcional; avaliar o risco da gravidez, avaliar fatores de risco social e avaliar risco de violência doméstica; realizar o exame físico (DGS, 2015a). Os EEESMO's têm competência para prescrever análises e ecografias, quando são consideradas gravidezes de baixo risco, no entanto estas prescrições continuam a ficar ao cargo do médico (Néné et al., 2016; Silva et al., 2017).

Durante a vigilância da gravidez, o EEESMO aborda uma série de temas alusivos à esta fase, com o objetivo de preparar a mãe/casal para o nascimento do recém-nascido. Como já foi referido anteriormente, os cuidados e estilos de vida saudáveis, a importância sobre o exercício físico, aleitamento materno e expectativas sobre o parto que podem ser transcritas para um plano de parto. Os ensinamentos relativamente à amamentação, passam por dar a conhecer os seus benefícios tanto para a mãe como para o bebé, se assim, a mãe o desejar.

A gravidez exige um período de espera e um momento de preparação, para que a mulher/casal esteja familiarizada com os momentos pós nascimento, preconizando que exista um momento de aprendizagem (Frias et al., 2021). Existem várias terminologias para o conceito "Preparação para o Parto" e foi nesta perspetiva, com o apoio da Professora Ana Frias que se realizou um artigo (Apêndice E), percebendo as diferenças entre os conceitos e efetivamente o que podemos fazer para partilhar conhecimentos com os casais grávidos. O papel do EEESMO na preparação para o nascimento e parentalidade, passa essencialmente por contribuir na transmissão de conhecimentos nesta fase de transição, promovendo mães/casais mais confiantes e capazes de vivenciar este novo ciclo de vida (Silva & Carneiro, 2014).

No decurso das atividades exercidas nos cuidados de saúde primários, a EEESMO leciona cursos de preparação para o parto e nascimento (PNP), no entanto com situação

pandémica, foi suspenso o curso que estava a decorrer. Contudo, ainda foi possível realizar a aula prática do banho do RN. Durante esta aula, as grávidas demonstraram uma ansiedade tremenda pela situação de pandemia e pelo desconhecido. O grupo de grávidas, eram primíparas e não conheciam a maternidade do CHUA-Portimão, para tal, realizei uma fotorreportagem da maternidade bem como todo o circuito que fazem desde a sua admissão até ao serviço de obstetrícia (disponível no Apêndice A). Com o intuito, de minimizar a sua ansiedade no momento de admissão. Um ponto muito positivo, consagra-se à empatia conseguida nestas duas aulas e na da vigilância da gravidez que finalizaram com o reencontro na maternidade enquanto realizava o estágio de obstetrícia. Refletindo para as competências, consegui conceber e informar a grávida, tornando-a mais segura e confiante nos cuidados ao RN.

Foram realizados ainda dois panfletos: *Sinais de alerta – Quando ir para a Maternidade e Nutrição da grávida* (Apêndice C e D). As realizações dos panfletos surgiram da necessidade de não existir na UCSP e como estudante de EESMO, aproveitei a oportunidade e a necessidade de desenvolver estratégias de educação e promoção para a saúde, aplicando os conhecimentos teóricos para o benefício das grávidas. Tendo em conta à temática de interesse - ingestão de líquidos claros durante o trabalho de parto, achei pertinente realizar algo relacionado com a alimentação com base no documento da DGS (2015c; 2021). Foi benéfico para grávidas uma vez ficavam mais tranquilas ao saber que levavam essa informação sem que se preocupar em “decorar tudo”, podendo consultar em casa e partilhar com o parceiro.

O plano de parto transcreve as expectativas e desejos da mãe/casal para o nascimento do seu bebé. Nesta vertente, o EEESMO poderá ajudar a realizar o preenchimento do plano com o casal, explicando cada passo no sentido de compreenderem as intervenções que podem ser necessárias para o bem-estar materno-fetal (Silva et al., 2017). Ainda sobre a aquisição desta competência, foi possível realizar as consultas de vigilância pré-natal, consideradas de baixo risco, prestando os cuidados de acordo com as intervenções descritas no regulamento das competências específicas descritas no Regulamento n.º 391/2019, sob orientação das recomendações da OMS (2018).

Sob um olhar atento e desperto para desvios de saúde, a enfermeira supervisora em sintonia comigo, detetamos uma situação de risco. Realizávamos uma consulta de vigilância, foi detetada hipertensão com outros sintomas associados, suspeitando de uma pré-eclampsia – deteção do desvio de saúde e encaminhou-se para o hospital. Refletindo sobre esta situação, o diagnóstico de pré-eclâmpsia é uma patologia que lidera a taxa de mortalidade perinatal, prematuridade e restrição de crescimento fetal (Kahhale et al., 2018). A

compreensão desta patologia é essencial no que toca à orientação da grávida, para evitar um desfecho negativo. A prática baseada na evidência e de acordo as orientações da OMS (2014) o essencial foca-se nos profissionais de saúde estarem despertos para este tipo de sintomas inerentes à patologia e conseguirem atuar de forma rápida, para chegar a um diagnóstico atempadamente (Kahhale et al., 2018; Graça, 2017; OMS, 2013).

No âmbito da interrupção voluntária da gravidez (IVG), o EEESMO promove a decisão esclarecida sobre o ato, na medida em que na primeira consulta é informada, de acordo com os termos legais com a lei n.º 16/2007 descrita na orientação DGS (2007), é possível realizar a interrupção voluntária da gravidez até as 10 semanas de gestação, sem recorrer ao aborto clandestino, devendo o EEESMO apoiar a mulher e esclarecer todo o processo de interrupção bem como os seus efeitos secundários e conduzir para o planeamento familiar (DGS, 2007).

Relativamente à questão de abortamento, realizei três consultas de IVG, seguindo os passos legais preconizados. Foram realizados todos os passos desde o esclarecimento legal até às assinaturas do consentimento legal do procedimento. As três mulheres não faziam qualquer tipo de método contraceutivo e mantinham relações sexuais desprotegidas. Foram informadas dos vários métodos contraceutivos e a importância de escolher um, na tentativa de compreenderem que a IVG não é um método contraceutivo e com os prejuízos que trazem para a sua saúde. Foram também esclarecidas sobre as infeções sexualmente transmissíveis, como estas podem afetar a sua vida, negativamente.

Ainda sobre a assistência à situação de abortamento, foram vividas mais intensamente no estágio de grávida/ginecologia. Situações de perda gestacional associadas ao aborto tardio e interrupção medicamentosa da gravidez (IMG), por malformações fetais, são os internamentos mais predominantes. São momentos traumatizantes para a mulher, que acaba por passar por um momento de expulsão e integrar num processo de luto (Gesteira et al., 2006). O apoio do EEESMO é fundamental, assim como compreender o significado da perda para a mulher e solicitar apoio para conseguir ultrapassar este momento (Néné et al., 2016). De acordo com a EEESMO do serviço que me orientou, podem ser realizadas diferentes estratégias para reduzir este sentimento, dependendo da idade gestacional, pode-se fotografar o feto, proporcionar um carimbo e colocar a mão ou pé para ficar com uma recordação. Não tive oportunidade de realizar este tipo de estratégias, uma vez que as mulheres que passaram por esta situação referiram não querer lembrar ou levar algum tipo de lembrança.

De acordo com o livro de bolso do EEESMO (2015, p. 24), “é dever de todo o EEESMO ajudar a utente a maximizar o seu potencial de saúde”.

4.2.3. Competência: *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto*

A essência do cuidar nesta competência, talvez seja aquela em que surge mais condição de ansiedade e insegurança. A responsabilidade de vigiar um trabalho de parto é algo que se diferencia de qualquer outra especialidade, incluindo a necessidade de estudar, compreender toda a fisiologia e anatomia em resposta a compreender as alterações provocadas pela gravidez. Conseguir estabelecer os mesmos padrões de qualidade será sempre a expectativa, adaptando à pandemia covid-19. O autor Meaneya et al. (2021) refere que na maioria das maternidades, os cuidados foram mantidos, no entanto o stress e insegurança por parte das grávidas tornou os partos mais agitados, no entanto à medida que se foi descobrindo a doença, foram tomadas medidas para a segurança da família-profissionais.

O autor Néné et al. (2016), descreve que “o trabalho de parto é um conjunto de fenómenos fisiológicos, que, uma vez induzidos ou espontâneos, conduzem à extinção cervical, à dilatação do colo uterino, à progressão fetal no canal de parto e à sua expulsão para o exterior” (Néné et al., 2016, p.308). Após esta definição, compreende-se os momentos que a mulher passa e que o papel do EEESMO será explicar todo o procedimento e gerir as expectativas da mulher, oferecendo todas as opções que o serviço permite gerando uma relação empática com a grávida/casal. No momento da admissão em urgência de obstetrícia, o EEESMO irá avaliar a grávida: a cervicometria e realização de cardiotocografia (CTG) possuindo a competência para avaliar e interpretar estes procedimentos bem como o preenchimento do partograma, onde se regista: apresentação fetal, cervicometria, descida da cabeça fetal de acordo com o plano de Hodges e a integridade das membranas. Aquando da realização do CTG, é o momento mais oportuno para realizar as Manobras de Leopold, conseguindo assim perceber a posição, situação, apresentação e encravamento da apresentação. Adquiri competências para avaliar um traçado cardiotocográfico compreendendo as diferenças entre um traçado normal, suspeito e patológicos, existem outras nomenclaturas provenientes de outras organizações de saúde, no entanto durante o estágio quando avaliava o traçado cardiotocográfico descrevi as características que traduzem o bem-estar fetal: como a variabilidade, frequência cardíaca fetal com presença de acelerações ou desacelerações, segundo as orientações citadas no Graça (2017). As intervenções num CTG suspeito, primeiramente é identificar a causa, evitar a posição

decúbito dorsal, mudança de decúbito e no caso de administração de ocitocina é indicado a sua suspensão imediata. Outras atitudes que melhoram a oxigenação fetal, passa por aumentar o fluxo uteroplacentário, colocando soroterapia em perfusão rápida e realizar cervicometria, com a combinação de administração de oxigénio por óculos nasais, apesar desta atitude ser de baixa evidência (Cordoba et al., 2011).

Inicialmente, senti dificuldades na avaliação da cervicometria primariamente nas grávidas que se encontravam internadas para indução do trabalho, mas com ajuda da enfermeira supervisora clinica, fui ultrapassando este desafio. Neste contexto, fui capaz de admitir a grávida esclarecendo dúvidas, adaptando as necessidades da grávida/casal ao que planearam no plano de parto. Foram oferecidas medidas não farmacológicas: como o duche, a deambulação e a bola de Pilates bem como medidas farmacológicas: a administração de fármacos protocolados e analgesia epidural. De acordo com as recomendações da OMS (2018), foi promovida a ingestão de líquidos como chá/água e rebuçados, mantendo o respeito pelo desejo materno. De acordo com as oportunidades de estágio foi possível compreender a integridade das membranas bem como realizar a técnica de amniotomia com o intuito de avaliar o líquido amniótico perante um traçado cardíaco fetal com desacelerações tardias ou por uma não progressão do trabalho de parto, seguindo a orientação da DGS (2015b). O receio sempre presente, seria por acontecer um prolapso do cordão, no entanto e sob a orientação da enfermeira supervisora, as amniotomias que foram realizados tiveram sempre em atenção a apresentação e a avaliação do CTG. Esta técnica não é recomendada pela OMS (2018) quando se referem que seja para acelerar o trabalho de parto.

Para além da auscultação de batimentos cardíaco fetais e a monitorização externa cardíaca fetal, foi possível aprender a colocar uma monitorização interna em situações de dificuldade de leitura por obesidade materna ou dúvida sob a avaliação do bem-estar fetal de acordo com Santo (2016) permite obter uma melhor avaliação de cardiotocografia, com resultados fidedignos para uma melhor conduta obstétrica.

Em todos partos realizados, seguiram-se as recomendações da OMS (2018) e da OE (2014) procedeu-se sempre à proteção do períneo de forma a evitar lacerações bem como a Manobra modificada de *Ritgen* no momento em que a cabeça do RN começa a coroar, permitindo uma deflexão progressiva e lenta da cabeça (Carneiro & Couto, 2017). De acordo com as orientações da OMS (2018) e missão do aleitamento materno, promovi o contacto pele a pele após o nascimento e atraso da laqueação do cordão até 1 minuto após a expulsão do RN, motivando o pai a participar neste momento.

O clameamento tardio do cordão foi sempre realizado, garantindo as condições de segurança do bebé. De acordo com as orientações da OMS (2013) permitindo a passagem

do sangue da placenta para o bebê, no espaço de 1 a 3 minutos após o nascimento, prevenindo anemia neonatal. Adquiri competências para a pesquisa de circulares cervicais bem como a sua resolução. Obtive duas situações de nó verdadeiro do cordão, no entanto o CTG apresentou sempre bem-estar fetal.

Realizei 7 episiotomias seletivas, com permissão da grávida de acordo com a situação subjacente, fundamentadas no projeto de qualidade da ordem dos enfermeiros (2014). Desenvolvi competências sob a técnica de episiorrafia bem como a necessidade de analgesia do períneo com anestésico local.

Adquiri conhecimentos de interpretação dos mecanismos de dequitação Schultz e Duncan bem como observar a integridade, local de inserção do cordão e existência de anomalias. Relativamente à dequitação, segui as orientações da OMS (2018) sob realizar tração controlada do cordão após sinais de descolamento bem como a administração de ocitocina prevenindo hemorragia pós-parto. Observei uma placenta sucenturiada com inserção velamentosa do cordão e 3 membranas fragmentadas com necessidade de revisão uterina. Esta reavaliação foi feita sob controlo ecográfico e revisão manual pelo obstetra.

Tive várias oportunidades de avaliação de cervicometria, bem como a colocação de prostaglandinas, sob indicação da equipa médica. Durante estes procedimentos, refletia sobre o *Índice de Bishop* para compreender as características do colo uterino conseguindo relacionar com o tipo de indução/maturação do colo. Utilizei como orientação o livro Graça (2017) para atualizar conhecimentos bem como as nomenclaturas e procedimentos, complementando com outras fontes. Relativamente ao medo que afronta qualquer EEESMO, a distócia de ombros, só tive uma oportunidade de constatar numa situação de parto. Soube orientar para as manobras de *Mc Roberts* e pressão suprapúbica, no entanto não consegui resolvê-la e após refletir, penso que foi por medo, pelo tempo que passou e pela perda de noção de força. Sobre as distócias de ombros, o autor Carneiro e Ferreira (2017) refere que as posições de parto como *Gaskin* facilita o desprendimento biacromial nas distócias, por um aumento dos diâmetros da pelve. Os partos eutócicos que realizei foram todos em posição de litotomia, por minha inexperiência e por me sentir mais segura em fazer nesta posição.

Entre as vigilâncias dos trabalhos de parto, surgiram situações como grávidas com risco infeccioso por febre intraparto bem como roturas de bolsa de águas superior a 12 horas ou infeção por *Estreptococos B* que cumpriram antibioterapia, segundo indicação médica e protocolos instituídos. Acompanhei 64 puérperas durante o puerpério imediato, promovendo o aleitamento materno e o contacto pele a pele durante as primeiras duas horas de vida. Foi possível a participação ativa em 18 partos instrumentados, prestei os cuidados imediatos ao RN bem como administrei a fitomenadiona em contacto pele a pele, como recomendando

pela OMS (2018). Os cuidados imediatos referem-se à secagem mantendo uma temperatura estável, aquecê-lo e se as condições permitirem, mantê-lo em contacto pele a pele. O índice de APGAR deverá ser avaliado ao primeiro, quinto e décimo minuto tendo em conta às características: frequência cardíaca, frequência respiratória, tónus muscular, pele e reflexos (Néné et al., 2016; Schardosim, et al., 2018). Destes 18 partos, participei num parto instrumentado por ventosa/fórceps, em que o bebé que necessitou de reanimação neonatal e foi transferido posteriormente para o serviço de neonatologia. Foi um momento aflitivo, em que estive presente durante toda a vigilância do trabalho de parto, o CTG apresentou sempre variabilidade normal, linha basal da frequência cardíaca nos 140bpm com presença de acelerações. Após apresentar dilatação completa, a apresentação da cabeça do feto não descia e para isso foram tomadas medidas: alternância do posicionamento da grávida para uma posição vertical; realizou esforços expulsivos em decúbito lateral, no entanto sem sucesso. O período expulsivo demorou cerca de 1 hora e nada indicava que tivesse este desfecho.

Relativamente ao puerpério imediato, segui as orientações de vigilância de acordo com o autor Néné et al. (2016), onde a puérpera deve ser monitorizada e vigiada de forma a evitar hemorragia pós-parto. A amamentação precoce é uma aliada à prevenção da atonia uterina bem como deve ser incentivada ao casal, se o assim desejarem. É importante também que o estudante EESMO esteja desperto para sinais de dificuldade respiratória (SDR) no RN bem como saber atuar. A aquisição de conhecimentos é sobretudo importante para obter um olhar mais desperto para as situações de desvios de saúde bem como alterações que possam acontecer.

O desenvolvimento das competências inerentes ao cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, regem-se pela individualização dos cuidados à mulher, promovendo as boas práticas e incluir o casal na tomada de decisões, potencializando o papel da mulher (Pereira et al., 2016).

4.2.4. Competência: *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal*

Após todo o processo de gravidez, trabalho de parto e parto segue-se outra nova fase, com novas alterações fisiológicas/ anatómicas no corpo da mulher, alterações hormonais e sobre tudo o desgaste físico (Mazzo et al., 2017). Recai sobre a mulher todas as questões, as dúvidas e sobretudo a maior responsabilidade - o filho. Para além das alterações

fisiológicas, acrescenta-se as alterações emocionais, onde poderá gerar ansiedade e dificuldade na adaptação ao regresso a casa (Mesquita et al., 2011; Néné et al., 2016). Nesta vertente, que se valoriza o suporte e apoio do EEESMO, em contexto de internamento - no puerpério precoce preconizando-se os ensinamentos à mãe/família garantindo os melhores cuidados com qualidade ao RN e mãe.

O internamento de um parto eutócico, por norma costuma ser por um curto período de 48h ou 72h no caso de cesariana, dependendo de cada instituição. São considerados curtos no que toca ao acompanhamento, esclarecimento de dúvidas, no estabelecimento do aleitamento materno e é neste sentido, que o EEESMO fará toda a diferença, uniformizando os cuidados explicando de forma clara e simples, com o intuito de promover maior confiança e segurança à mãe. Neste período, tudo gira em torno do RN e a mãe acaba por se esquecer dela própria priorizando as necessidades do seu bebé (Frias & Damas, 2019). Contudo, o EEESMO trabalha estes sentimentos, promovendo também a autoestima da mulher e orientando-a nos cuidados que deve manter com ela própria, de forma a prevenir uma depressão pós-parto (Ordem dos Enfermeiros, 2015). E desta forma, o autor Silva e Carneiro (2014) afirma que os cuidados pós-natais são o pilar para o desenvolvimento desta fase de transição, centrando os cuidados na família e individualizando, adaptando às necessidades da díade/tríade.

Durante o puerpério precoce, a maioria das mulheres sentem-se cansada, a privação do sono leva-a ao cansaço extremo e mesmo com o apoio dos familiares mais próximos, é difícil gerir toda esta fase (Mazzo et al., 2017; Silva & Carneiro, 2014). A existência de um enfermeiro ESMO é fundamental para ultrapassar este desafio, demonstrando estratégias para conseguir agilizar a ajuda dos familiares com as tarefas de mãe.

Durante o estágio de puerpério, os cuidados prestados às puérperas e respetivos recém-nascidos foram orientados na medida que as mães fossem autossuficientes tanto na prestação de cuidados ao seu bebé como a si própria. Desenvolver competências no processo de transição para a parentalidade, instruindo para o reconhecimento para sinais de alerta, tanto maternos como no bebé (Frias & Damas, 2019). Esta capacitação e empoderamento da mulher faz senti-la confiante e capaz no seu papel de mãe, daí a necessidade de realizar a preparação para o parto e nascimento (Frias et al., 2021).

Ainda, em internamento, o estudante de EEESMO promove uma avaliação mais abrangente relacionando com desvios de padrão, sendo encaminhados para uma intervenção mais específica (OE, 2015). Como o exemplo de uma puérpera a quem prestei cuidados: teve um parto instrumentado em que ficou com uma episiotomia e laceração de grau 4. A recuperação e a sua independências nas atividades de vida foram muito mais lentas e serem

retomadas pelo que necessitou de cuidados especiais. A realização de ensinamentos relativos à alimentação bem como à eliminação fecal. Na alta, foi orientada para uma consulta de reabilitação do períneo.

Os ensinamentos da amamentação, de acordo com os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno:” ter uma política de aleitamento materno escrita e afixada que seja rotineiramente transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde; formar toda a equipa capacitando-a para a implementação da norma; informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno; ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira hora após o nascimento do bebé; mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo que tenham de ser separadas dos filhos temporariamente; não oferecer aos recém-nascidos bebidas ou alimentos que não sejam o leite materno, a não ser que exista indicação médica; permitir que as mães e bebés permaneçam juntos 24 horas por dia; incentivar o aleitamento materno a pedido; não oferecer tetinas ou chupetas às crianças amamentadas; encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou maternidade” (Levy & Bértolo, 2012, p. 13). Associando aos ensinamentos da amamentação, também adquiri competências no que se deve aos cuidados a ter com a mãe, relativamente aos mamilos com fissuras, mamas turgidas bem como alertar aos sinais de mastite.

Outros ensinamentos tão importantes como: a desobstrução da via aérea; desinfeção do coto umbilical e cuidados após a sua queda seguindo as orientações de Barbosa et al. (2017), o transporte do RN de acordo com as indicações de segurança mencionadas pela Associação Portuguesa Segurança Infantil (APSI, 2021). A necessidade de preparar a puérpera/casal para voltar a casa deve ser programada e articular com o UCSP, de forma que se programem as consultas domiciliárias, realizando teste diagnóstico precoce e a pesagem semanal. Relativamente à saúde da mulher são orientadas para a necessidade de ser observada na consulta de puerpério bem como os cuidados relativos à sexualidade e à prevenção de uma nova gravidez (Frias, Ferreira, & Sousa, 2021; Santos et al., 2013).

Os ensinamentos relativos à ferida cirúrgica (sutura de cesariana ou perineorrafia) devem ser validados e alertadas para que se existam sinais inflamatórios ou hemorragia, devem ser orientadas para se dirigir ao serviço de urgência. Muitas vezes as puérperas esquecem-se delas próprias focando a sua atenção no bebé, levando ao *Baby Blues* com consequente depressão pós-parto, daí a importância de envolver o pai na prestação de cuidados ao RN, incentivando uma vinculação entre a tríade (Campos & Féres-Carneiro, 2021). Por todas as modificações durante o pré-natal, parto e pós-parto, o apoio neste período é fulcral para manter o papel de mulher e mãe, conseguindo gerir a sua capacidade de adaptação à nova

realidade (Santos et al., 2013). O estímulo e a orientação promovida pelo EEESMO é sem dúvida, um grande aliado ao sucesso numa maternidade feliz.

4.2.5. Competência: *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério*

Diferentes autores, Alves et al. (2015) e Néné et al. (2016) definem que o período do climatério como sendo uma fase biológica da mulher, demonstrando a transição da fase reprodutiva para a fase não reprodutiva, acontecendo no intervalo dos 48 e os 52 anos. É uma fase munida de diversas alterações tanto físicas como emocionais, deixando a mulher particularmente vulnerável, gerando uma ansiedade em torno de todas as modificações presentes no seu corpo (Valença et al., 2010). Já a menopausa, é considerado um marco na vida da mulher, sendo descrito por Alves et al. (2015) como um período de 12 meses de amenorreia, acompanhando de sintomas muitas vezes acentuados que vão causando desconfortos, alterando os projetos da vida social da mulher. É neste sentido, que o papel do EEESMO é fulcral para informar de todas as alterações fisiológicas da mulher e dar a conhecer as terapias/estratégias para minimizar os desconfortos (Leite et al., 2020). Com todas estas mudanças, é conveniente intervir junto da mulher detetando desvios de saúde associados à saúde mental orientando para grupos de apoio ou tratamento especializado. Neste período de modificações, o EEESMO deve ficar atento, apoiando e orientado a mulher a manter a regularidade nas consultas de planeamento familiar, com a continuação do rastreio do cancro do colo do útero e autoexame da mama, complementando com a mamografia (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

As ações desenvolvidas na UCSP, direcionaram-se para mulheres que apresentavam vários sintomas, como: calores, afrontamentos, suores noturnos, perfil com maior irritabilidade/ ansiedade e inibição do desejo sexual. Os ensinamentos realizados nesta fase inicial, face aos sintomas referidos, foram direcionados para um estilo de vida saudável com recurso ao exercício físico. Pela decadência do estrogénio, foi reforçada a importância do rastreio do cancro do colo do útero (Sociedade Portuguesa Ginecologia [SPG], 2021). As modificações que se vão afirmando, sejam elas físicas ou emocionais na mulher, transmitem ansiedade e uma baixa autoestima, que muitas vezes se reflete na sua vida sexual. Desta forma, Valença et al. (2010) valorizando a importância de a mulher ser estimulada para novas atividades e partilhar experiências com outras mulheres que vivenciam o climatério. O companheiro deve ser incluindo neste momento de partilha e de acordo com o autor Neto et al. (2013, p.94) “a

presença de atividade sexual, nesse processo de envelhecimento, apesar de menos frequente, pode tornar-se cada vez mais importante, não somente como ato sexual físico, mas como preservação de relacionamento íntimo que ajuda diminuir os sentimentos de solidão e isolamento”. Relativamente à aquisição de competências para esta fase, desenvolvi atividades ao longo do estágio para adquirir as unidades de competência: promover a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa; diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério; providenciar cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa”, de acordo com o Regulamento n.º 391/2019, p. 13564. Por ser um marco, quase no final do ciclo vital da mulher, merece mais atenção e cuidados especializados EEESMO.

4.2.6. Competência: *Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica*

No âmbito da competência – cuidar da mulher no processo de saúde/doença ginecológica, os cuidados prestados incidiram particularmente no internamento de ginecologia, provenientes da consulta de diagnóstico ou da urgência de ginecologia. As doenças ginecológicas que mais afetam o sistema reprodutor feminino, incluem: cancro do colo do útero, doença inflamatória pélvica, disponível na página Associação para o planeamento de família [APF], 2021a). São problemas graves, no entanto, se houver um diagnóstico precoce, as mulheres seriam encaminhadas e tratadas, favorecendo um melhor processo de cura. A intervenção do EEESMO incide nos programas de rastreio com posteriores encaminhamentos para processo de tratamento (SPG, 2021). Em internamento, as intervenções do EEESMO, envolve sobretudo no apoio e esclarecimento da doença como todos os procedimentos inerentes, visando na perspetiva de melhor qualidade de vida, preparando a mulher para o autocuidado, incluindo a família neste desvio de saúde (Catafesta et al., 2015).

Durante os processos de tratamento, seja cirúrgico ou terapêutico, o EEESMO pode solicitar medidas de apoio, como psicologia ou grupos de apoio. Contudo, muitas mulheres quando recebem um diagnóstico menos favorável em que o processo de tratamento pode ser apenas medidas de conforto, desistem de lutar pela vida. Em contexto de estágio, fui confrontada com uma doente oncológica, um mau prognóstico e assim que lhe foi comunicado, a doente apenas quis cuidados de conforto. As intervenções realizadas, remeteram sobretudo ao alívio da dor e proporcionar momentos com a família. Foi solicitado

a cooperação com outros profissionais de saúde, nomeadamente o anestesista, proporcionando medidas farmacológicas face à dor da doente. Relativamente às doentes com doença ginecológica, as principais patologias incidiam nas metrorragias pós-menopausa, incontinência urinária e estadiamento de neoplasia. Admiti utentes para realização de cirurgia, foram prestados cuidados no pré e pós-operatórios, prestando cuidados de conforto tendo em atenção a patologia, zelando pela segurança da doente. As intervenções do EEESMO, no cuidar da mulher em processo de doença ginecológica, tem como principal foco informar, orientar e promover melhorias no estado de saúde (OE, 2015).

4.2.7. Competência: *Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade*

A competência do EEESMO, para o grupo-alvo mulheres em idade fértil, com as unidades de competência: promove a saúde do grupo alvo; diagnostica precocemente e intervêm no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva e intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal, descritas no Regulamento n.º 391/2019, p.13565. A OMS (2021) refere que as doenças mais com mais predominância são hipertensão; hemorragias pós-parto, infeções associadas ao pós-parto; complicações no parto e abortos. Nesta vertente, a aquisição de competências, passa seguramente por manter uma vigilância de saúde no ciclo de vida da mulher, promovendo intervenções e orientar para programas de promoção para a saúde, seja em unidade de cuidados primários ou unidade hospitalar.

De acordo com os dados do ministério da saúde (2018), os indicadores demográficos indicam que a população é mais envelhecida do que relativamente aos números de nascimentos. Necessitando de mudar os sistemas de saúde, de forma a conseguir prestar cuidados de qualidade, prevê-se um caminho de mudança de estratégias, existindo assim a importância de profissionais especializados que consigam dar respostas às necessidades, direcionando para a mulher. Programas direcionados à saúde da mulher, como: incentivo a estilos de vida saudáveis; manutenção do plano nacional de vacinação; rastreio do cancro da mama; rastreio do cancro do colo do útero, são medidas que detetam desvios de saúde, mais precocemente (OE, 2015). O programa nacional de vigilância da gravidez de baixo risco implementado reduziu em muito, a mortalidade materna-fetal e noutro revés, a interrupção voluntária da gravidez, reduziu o número de mortes por abortos clandestinos (Ministério da Saúde, 2018). Neste de correr dos anos, a OMS (2009) elaborou um documento em que

realça a importância sobre os cuidados desde a infância até ao final da vida da mulher, demonstrando as preocupações mais relevantes na saúde. Desde a mortalidade por neoplasias do sistema reprodutor, como as complicações durante a gravidez e pós-parto bem como a mortalidade infantil.

Todos estes programas são orientados por EEESMO's em que garantem um papel próximo da mulher, conseguindo atuar com conhecimento e envolvimento nos programas/projetos de promoção da saúde, incluindo intervenções específicas do EEESMO, minimizando as causas de co-morbilidades maternas-fetais (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Em contexto clínico, acompanhei uma mulher que deseja engravidar, no entanto apresentava um historial obstétrico, com um parto anterior com o nascimento de um bebé com uma doença genética. O medo e ansiedade que voltasse a acontecer estava instalado e foi nesse sentido, que a mulher foi orientada para uma consulta de genética bem como o seu companheiro, sendo estudados com o intuito de minimizar complicações numa próxima gravidez. O papel do EEESMO foi fundamental no planejar e orientar a mulher para ser acompanhada prevenindo outros desvios de saúde.

Na análise reflexiva sobre a mobilização de conhecimentos e de acordo com as unidades de competência, os objetivos descritos no projeto que se encontra em apêndice F, foram atingidos, no entanto com algumas limitações pela pandemia.

5. Considerações finais

O relatório de estágio teve como principal objetivo a reflexão e aquisição sobre a mobilização das competências específicas no âmbito da pré-concepção, gravidez, parto, puerpério, planejamento familiar e climatério e levando lado-a-lado as competências comuns que tanto valor têm na tomada de decisões. Cada ensino clínico foi determinante para cada uma das competências, melhorando todos os dias cada uma das unidades de competência, adquirindo mais conhecimentos, fortalecendo a destreza, o planejamento e como a gestão de situações a que fui desafiada todos os dias. A base de conhecimentos foi aumentando gradualmente, seguindo sempre as recomendações das boas práticas, em prol da satisfação da mulher com desenvolvimento na minha proatividade.

A possibilidade realizar estágios nas diversas valências, foram sem dúvida um grande aliado para promover enriquecimento como profissional e pessoa, desenvolvi competências fundamentais para uma melhoria à assistência na enfermagem e trago comigo todos os dias, o sentimento que conseguimos fazer tudo desde que queiramos. Existiram algumas limitações, como a pandemia vivida desde março de 2020 que veio mudar os nossos estilos de vida bem como toda a dinâmica da nossa vida profissional, requerendo muitos mais cuidados para além daqueles que já faziam parte.

A pandemia veio desafiar o nosso mundo profissional, colocando-nos à prova, perante toda a dinâmica da doença. O que vai acontecer? Como fazemos? Foram pensamentos que ocorreram durante todos os ensinamentos clínicos, na medida em que tivemos de adaptar as nossas atitudes de acordo com as regras implícitas nas instituições. Os níveis de ansiedade aumentaram em grande escala, tanto em profissionais de saúde bem como do casal. Como estudante e profissional em ambos os momentos, foram inquietantes com o pensamento que todos os dias seria um desafio, não deixando de ser uma mais valia, em nos fez crescer com a obrigatoriedade de nos fazer estudar todos os dias, na medida de oferecermos melhores cuidados.

Para este relatório, também foi realizada uma revisão da literatura, associada ao tema: “Ingesta de líquidos durante o trabalho de parto, para o conforto da mulher”, que permitiu um maior conhecimento sobre a área e fazer valer, que de fato a literatura afirma que a grávida de baixo risco pode ingerir líquidos claros sem tradução de malefícios tanto para ela como para o feto.

No entanto dão-nos mais razões para que possamos batalhar, que para além da segurança, devemos seguir as recomendações da OMS e respeitar as expectativas da mulher.

Mais conhecimentos sobre o tema, é uma mais valia na argumentação com a equipa médica, promovendo mais qualidade nos nossos cuidados.

Acrescentando também, que através dos registos reservados das mulheres a quem prestei cuidados, foi possível fazer um balanço entre as que ingeriram versus não ingeriram e foi ao encontro da prática baseada na evidência. As recomendações ainda são de baixa evidência, pois necessita haver mais estudos neste tema. Com vista, pretendo implementar um protocolo com a colaboração e aceitação da equipa médica de obstetrícia e anestesia, facilitando a autonomia da equipa de enfermagem, podendo oferecer outro tipo de ingesta, como ice tea, gelatinas e caldos sem resíduos, contribuindo para um bem-estar e promovendo uma das necessidades humanas.

De acordo com o cronograma realizado na entrega do projeto, os prazos foram cumpridos dentro do suposto à exceção da entrega do relatório final, uma vez que a reitoria da Universidade de Évora emanou um comunicado com o adiamento da data da entrega para o dia 30 de novembro de 2021.

Todo o percurso percorrido, foi realizado em prol de adquirir mais conhecimentos e mais competências de forma a contribuir para uma melhoria nos cuidados e uma olhar mais atento para o mundo da mulher.

Referências Bibliográficas

Alves, E., Costa, A., Bezerra, S., Nakano, A., Cavalcanti, A., & Dias, M. (2015). Climacteric: intensity of symptoms and sexual performance. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 24(1), 64-71. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000590014>

American Society of Anesthesiologists. (2016). Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology*, 124(2). <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000935>

Andrade, E., Rodrigues, I., Nogueira, L., & Souza, D. (2018). Contribution of academic tutoring for the teaching-learning process in Nursing undergraduate studies. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1690-1698. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0736>

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American psychological association: The official guide to APA style* (7th ed.). APA.

Apóstolo, J. (2006). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, II (9), 61-67. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239956007.pdf>

Árias, B., Nelas, P., & Duarte, J. (2013). Recomendações da Organização Mundial de Saúde nas práticas obstétricas. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 13, 66-71.

ARS Algarve. (2007). *Janela aberta à Família*. <https://janela-aberta-familia.min-saude.pt/>

Associação para o Planeamento da Família. (2021a). *Sexualidade*. <http://www.apf.pt/sexualidade/consulta-ginecologica>

Associação para o Planeamento da Família. (2021b). *Aborto e Interrupção da Gravidez*. <http://www.apf.pt/aborto-e-interruptao-da-gravidez>

Associação para a Promoção de Segurança Infantil (2021). *A escolha da cadeirinha adequada*. <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/>

Aviso n.º 3916/2021 da Ordem dos Enfermeiros. (2021). Diário da República: 2ª Série, n.º 43. <https://dre.pt/dre/detalhe/aviso/3919-2021-158724036>

Barbosa, M., Moreira, M., & Ferreira, S. (2016). Desinfecção do cordão umbilical: revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa Medicina Geral Familiar*, 33, 41-7. <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12022>

Bohren, M., Tunçalp, Ö., & Miller, S. (2020). Transforming intrapartum care: Respectful maternity care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology*, 67. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.02.005>

Caravaca, E., Martínez, M., Casajoana, M., & Lorente, L. (2009). Hidratación y alimentación durante el trabajo de parto. Revisión de la evidencia científica. *Matronas Profesión*, 10 (1).10-13. <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol10n1pag10-13.pdf>

Campos, P., & Féres-Carneiro, T. (2021). Sou mãe: e agora? Vivências do puerpério. *Psicologia USP*, 32. 1-9. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200211>

Carneiro, M., & Couto, C. (2017). Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. *Enfermería Global*, (47).552-563. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>

Cardoso, R., Caldas, C., & Souza, P. (2019). Uso da teoria do conforto de Kolcaba na implementação do processo de enfermagem: revisão integrativa. *Revista de enfermagem e atenção à Saúde*. DOI: 10.18554/reas.v7i2.2758

Carvalho, C., Souza, A., & Filho, O. (2010). Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Femina*, 38(5).266-270. <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>

Catafesta, G., Klein, D., Silva, E., Canever, B., & Lazzari, D. (2015). Consulta de enfermagem ginecológica na estratégia saúde da família. *Arquivos da ciência da saúde*, 22(1). 85-90. <https://doi.org/10.17696/2318-3691.22.1.2015.32>

CHUA. (2021). *Sistema Nacional de Saúde*. <http://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>

Cordoba, A., Oliveira, C., Braga, A., & França, B. (2011). Métodos de vigilância fetal intraparto. *Femina*, 39 (12). 556-561. <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n12/a2975.pdf>

Costa, J., Pacheco, Z., & Silva, G. (2007). Compreendendo a sexualidade dos adolescentes. *Revista Mineira de Enfermagem*, 11(2). 188-195. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/334>

Cunha, C., Macedo, A., & Vieira, I. (2017). Nursing students' perceptions of training processes in clinical supervision contexts. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (12), 65–74. <https://doi.org/10.12707/RIV16072>

Cunha, M., Ribeiro, O., Vieira, C., Pinto, F., Alves, L., Santos, R., Martins, S., Leite, S., Aguiar, V., & Andrade, V. (2010). Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura. *Centro de estudos em educação, tecnologias e saúde*, 271-282. file:///C:/Users/enfblpartos/Downloads/Atitudes_do_enfermeiro_em_contexto_de_ensino_clini.pdf

Despacho n.º 11051/2018. (2018). Diário da República: 2.ª série, n.º 227.
<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/11051-2018-117111944>

Direção Geral da Saúde. (2009). *Associação para o planeamento de família: Sexualidade & Planeamento Familiar*.
http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2016/sex.plan_.familia_54-55.pdf

Direção Geral da Saúde. (2007). *Interrupção da Gravidez por Opção da Mulher*.
<http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/Interrupcao-voluntaria-gravidez.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2012). *Diagnóstico e Estadiamento do Cancro Invasivo do Cólono do Útero*. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Tratamento-Prim%C3%A1rio-do-Cancro-Invasivo-do-Colo-do-%C3%A9tero.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2015a). *Programa Nacional para a Vigilância de Gravidez de Baixo Risco*. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015b). *Trabalho de parto estacionário*.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015c). *Programa nacional para a promoção da alimentação saudável: alimentação e nutrição na gravidez*. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/alimentacaoenutricaoenagravidez.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2021). *Alimentação e nutrição na gravidez*.
https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2021/03/ManualGravidez_Final-3Marc%C3%A7o2021.pdf

Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3).227-235. <https://doi.org/10.20344/amp.11923>

Fontana, R., Wachekowski, G., & Barbosa, S. (2020). As metodologias usadas no ensino de enfermagem: com a palavra, os estudantes. *Educação Em Revista*, 36. 2-18.
<https://doi.org/10.1590/0102-4698220371>

Frias, A. & Damas, F. (2019). Preocupações Maternas no Momento da Alta Hospitalar. (artigo de Investigação). *Revista Ibero-americana de Saúde e Envelhecimento RIASE*, 5(2).1846-1860. ISSN 2183-6663.
http://revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/371
<http://hdl.handle.net/10174/27766>

Frias, A., Sousa, L., & Ferreira, A. (2020). Medo do Parto: Avaliação em um grupo de grávidas in Silene Barbosa. *A enfermagem e o gerenciamento do cuidado integral* 3.187-198. DOI 10.22533/at.ed.706200812. <http://hdl.handle.net/10174/30005>

Frias, A., Ferreira, I., & Sousa, L. (2021). Alterações da imagem corporal e sexualidade na gravidez in Luana Toledo. *Gerenciamento de Serviços e Enfermagem*, 2. 1-11. DOI.10.22533/at.ed.680212701. <http://hdl.handle.net/10174/29999>. <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/585999/1/Gerenciamento%20de%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20Enfermagem%202.pdf>

Frias, A., Ressurreição, A., Lobão, A., & Rodrigues, C. (2021). Preparação para o parto: análise de conceito. In *Enfermagem: Processos, Práticas e Recursos*. <https://doi.org/10.22533/at.ed.2712124033>

Galvão, C. (2006). Níveis de evidência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2). <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200001>

Galvão, T., & Pereira, M. (2014). Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(1).183-184. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100018>

Gasperi, P., & Radünz, V. (2006). Cuidar de si: essencial para enfermeiros. *Revista Mineira. Enfermagem*, 10(1). 82-87. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/390>

Gesteira, S., Barbosa, V., & Endo, P. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paul Enferm*, 19(4). 462-467. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000400016>

Graça, L. (2017). *Medicina materno-fetal*. (5.ªed). Lidel.

Guedes, G., Ohara, C., Silva, G., & Franco, G. (2009). Ensino clínico na enfermagem: a trajetória da produção científica. *Revista Brasileira Enfermagem*, 62(2), 283–286. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000200018>

Hunt, L. (2013). Literature review: Eating and drinking in labour. *British Journal of Midwifery*, 21(7). 499-502. <https://doi.org/10.12968/bjom.2013.21.7.499>

Kahhale, S., Francisco, R. P. V., & Zugaib, M. (2018). Pré-eclampsia. *Revista de Medicina*, 97(2). <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i2p226-234>

King, R., Glover, P., Byrt, K., & Porter-Nocella, L. (2011). Oral nutrition in labour: ‘Whose choice is it anyway?’ A review of the Literature. *Midwifery*, 27. 674–686. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.006>

- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237-240. https://www.researchgate.net/publication/21217515_A_Taxonomic_Structure_for_the_Concept_Comfort/link/5c521ece299bf12be3efda08/download
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Nados-vivos, óbitos e casamentos decrescem em 2019*. Estatísticas Vitais 2019. 1-16. www.ine.pt
- Leal, L., Soares, M., Silva, B., Bernardes, A., & Camelo, S. (2018). Clinical and management skills for hospital nurses: perspective of nursing university students. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1514–1521. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0452>
- Lei n.º 9/2009 da Presidência da República (2009). Diário da República: 1ª Série, n.º 44. <https://data.dre.pt/eli/lei/9/2009/03/04/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 16/2007 da Assembleia da República. (2007). Diário da República: I série, n.º 75. <https://data.dre.pt/eli/lei/16/2009/04/01/p/dre/pt/html>
- Leite, T., Nunes, J., Pereira, A., Silva, M. (2020). Conhecimento de mulheres jovens sobre a menopausa e sintomas climatéricos. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(3). 7204-7212. DOI:10.34119/bjhrv3n3-249
- Levy & Bértolo. (2012). Manual de Aleitamento Materno. *Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Lima, J., Guedes, M., Silva, L., Freitas, M., & Fialho, A. (2016). Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4), 1-5. <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/5zvqqP5Kv5Xw9YtFfVYxCCj/?format=pdf&lang=pt>
- Marques, A., & Carvalhas, J. (2013). Via aérea em obstetrícia. *Revista Sociedade Portuguesa Anestesiologia*, 22(3), 74–83. <https://doi.org/10.25751/rspa.3457>
- Martins, M. (2014). O programa de assistência pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal – uma reflexão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6).1008-12. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670621>
- Mazzo, M., Brito R., Silva, I., Feitosa. M., Lima.M., & Silva, E. (2017). Percepção das puérperas sobre seu período pós-parto. *Investigación en Enfermería Imagen Desarrollo*, 20 (2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-2.ppsp>

Meaneya, S., Leitão, S., Ellinor, O., Popoc J., & Sikarc, K. (2021). The impact of COVID-19 on pregnant women's experiences and perceptions of antenatal maternity care, social support, and stress-reduction strategies. *Elsevier Ltd on behalf of Australian College of Midwives*, 2-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2021.04.013>

Medinas. A., Duarte. C., & Duarte. T. (2010). Nascer Tranquilo. *Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras*, (11).77-79.

Mesquita, A., Paulino, C., & Nogueira, S. (2011). Uma Nova vida após o Parto: Cuidados à mulher no Puerpério. *Percursos*, 19. 39–48. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9233/1/Revista%20Percursos%20n19_Uma%20nova%20vida%20ap%C3%B3s%20o%20parto%20-%20cuidados%20%C3%A0%20mulher%20no%20puerp%C3%A9rio.pdf

Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*. Sistema Nacional de Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

Moher. D., Liberati. A., Tetzlaff. J., & Altman. D. (2015). Principais itens para relatar revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 24(2). <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). Intrapartum care: care of healthy woman and their babies during childbirth. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49388/>

Nascimento, N., Borges, A., & Fujimori, E. (2019). Preparo pré-concepcional entre mulheres com gravidez planejada. *Revista Brasileira Enfermagem*. 72(3). 22-29. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0620>

Néné, M., Marques, R., & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed.). Lidel.

Neto, D. & Nóbrega, M. (1999). Holismo nos modelos teóricos de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 52(2). 233-242. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671999000200010>

Neto, A., Valadares, A., & Paiva, L. (2013). Climatério e sexualidade. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetricia*. 35(3). 93-6. <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/v9gWfrvPGpHP9GKcWK4MnVQ/?format=pdf&lang=pt>

Observatório português dos sistemas de saúde. (2019). Relatório de Primavera Saúde um direito humano <https://www.adeb.pt/publications/relatorio-de-primavera-2019>

Oliveira, L., Trezzall, M., Santos, A., Melo, G., Sanches, M., & Pinto, L. (2017). As vivências de conforto e desconforto da mulher durante o trabalho de parto e parto. *Revista de Enfermagem*, 25. 1-5. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.14203>

Ordem dos Enfermeiros. (2012a). Projeto Maternidade com Qualidade. Efetivar a ingesta ao longo do trabalho de parto, segundo diretrizes da OMS. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Ingesta_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012b). *Recomendações para a preparação para o nascimento*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Recomendacao_2-2012.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_EEESMO.pdf

Ordem dos Médicos. (2013). *Recomendação do Colégio de Neonatologia sobre o número mínimo de Neonatologistas por Unidade de Neonatologia hospitalar*. <https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/08/Recomenda%C3%A7%C3%A3o-do-Col%C3%A9gio-de-Neonatologia-sobre-o-n%C3%BAmero-m%C3%ADnimo-de-neonato....pdf>

Organização Mundial da Saúde. (2009). *Mulheres e Saúde - Evidências de hoje agenda de amanhã*. https://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2013). *O clampeamento tardio do cordão reduz a anemia infantil*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120074/WHO_RHR_14.19_por.pdf?sequence=2

Organização Mundial da Saúde. (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44703/9789248548338_por.pdf?ua=1

Organização Mundial da Saúde. (2018). *Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*.

Organização Mundial da Saúde. (2021). *Saúde Materna*. <https://www.paho.org/pt/node/63100>

O'Sullivan, G., & Scrutton, M. (2003). NPO during labor Is there any scientific validation? *Elsevier Science*, 21, 87–98.

Ozkan, S., Kadioglu, M., & Rathfisch, G. (2017). Restricting Oral Fluid and Food Intake during Labour: A Qualitative Analysis of Women's Views. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 235–242.

http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/27_aydin_original_10_1.pdf

Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1). 1-23. <http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>

Pereira, S., Oliveira, I., Santos, J., & Carvalho, M. (2016). Parto natural: a atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada. *Tempus, actas de saúde coletiva*, 10(3). 199-213. <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v10i3.1727>

Pereira, S., Diaz, C., Backes, M., Ferreira, C., & Backes, D. (2018). Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. *Revista Brasileira Enfermagem*, 71(3). 1393-1399. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661>

Pinto, L., Trezza, M., Santos, A., Melo, G., & Oliveira, L. (2017). O manejo alimentar durante o parto sob a percepção da mulher. *Revista Enfermagem UERJ*, 25. 1-6. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.14205>

Petiprin, A. (2020). *Katharine Kolcaba - nursing theorist*. Nursing Theory. <https://nursing-theory.org/theories-and-models/kolcaba-theory-of-comfort.php>

PORDATA. (2020a). *Densidade populacional*. Base de Dados Portugal Contemporâneo. <https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%a7%a3o+residente++estimativas+a+31+de+Dezembro-120>

PORDATA. (2020b). *Nados-vivos de mães residentes em Lagoa: total e por sexo*. Base de Dados Portugal Contemporâneo. <https://www.pordata.pt/Municipios/Nados+vivos+de+m%a3es+residentes+em+Portugal+total+e+por+sexo-103>

PORDATA. (2020c). *Densidade populacional portimão*. Base de Dados Portugal Contemporâneo. <https://www.pordata.pt/Municipios/Densidade+populacional-452>

PORDATA. (2020d). *Densidade populacional barlavento algarvio*. Base de Dados Portugal Contemporâneo. <https://www.pordata.pt/Municipios/Densidade+populacional-452>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: 2º série, n.º26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: 2º série, n.º85. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>

Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: 2.ª série, n.º184. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Reis, G. (1993). Alterações Fisiológicas Maternas da Gravidez. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 43 (1). <https://bjan-sba.org/article/5e5d050c0e88253955b3f710/pdf/rba-43-1-3.pdf>

Rodrigues, I., Ferreira, L. B., Lopes, D., Menezes, H., Rocha, C., & Silva, R. (2020). Simulação realística: aproveitamento e benefícios para o ensino - aprendizagem do raciocínio diagnóstico de enfermagem. *Research, Society and Development*, 9(7). <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4338>

Santos, F., Brito, R., & Mazzo, M. (2013). Puerpério e revisão pós-parto: significados atribuídos pela puérpera. *Revista Mineira Enfermagem*. 17(4). 854-858. DOI: 10.5935/1415-2762.20130062

Santos, S. (2016). Guidelines para monitorização fetal intraparto – resumo do novo consenso da FIGO de 2015. *Acta Obstetricia Ginecologia Portuguesa*, 10(1). 8-11. http://www.fspog.com/fotos/editor2/04_012016--ao_16-00012.pdf

Schardosim, J., Rodrigues, N., & Rattner, D. (2018). Parâmetros utilizados na avaliação do bem-estar do bebê no nascimento. *Avances en Enfermería*, 36(2).197-208. doi: 10.15446/av.enferm.v36n2.67809

Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3), 15–23. DOI:[10.12707/RIII1019](https://doi.org/10.12707/RIII1019)

Sharts-Hopko, N. (2010). Oral Intake During Labor. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 35(4). <https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e3181db48f5>

Silva, C., & Carneiro, M. (2014). Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (3). 17-26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13143>

Silva, A., Neves, A., Gonçalves, A., Sgarbi, A., & Souza, R. (2017). Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. *Revista Enfermagem UFSM*, 7(1): 144-15. Doi: 10.5902/2179769222531

Silva, C., Moura, T., & Vargas, M. (2019). Fatores associados a uma experiência de parto positiva em mulheres usuárias de unidades de saúde da família de aracaju. *Cadernos de*

Graduação - Ciências Biológicas e de Saúde Unit, 5(2), 183–192.
<https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/6623/3230>

Silva, D., & Silva, E. (2004). O ensino clínico na formação em enfermagem. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu*, 103–118.
<https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/445/1/Ensino%20cl%C3%ADnico.pdf>

Silva L., Nazário N., Silva, D., & Martins, C. (2005). Arte na enfermagem: Iniciando um diálogo reflexivo. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(1).120-123. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000100016>

Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 8. 1-90.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3>

Sociedade Portuguesa Ginecologia. (2021). *Consenso nacional sobre a menopausa*.
<https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2017/05/Consenso-Nacional-Menopausa-2021.pdf>

Sousa, F. Cavalcante, F. Oliveira, J. Amaral, H. Campo, M. Oliveira, I. Oliveira, I. & Paiva, T. (2021). Estágio curricular em saúde materno-infantil: reflexões de académicos de enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 12(1).179-184. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3309>

Sousa, L., Firmino, C., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Pestana, H. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1). 45-53. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391>

Stetler, C., Morsi, D., Rucki, S., Broughton, S., Corrigan, B., Fitzgerald, J., Giuliano, K., Havener, P., & Sheridan, E. (1998). Utilization-Focused Integrative Reviews in a Nursing Service, *Applied Nursing Research*, 11(4), 195–206. DOI: [10.1016/s0897-1897\(98\)80329-7](https://doi.org/10.1016/s0897-1897(98)80329-7)

The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). *Committee on Obstetric Practice Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth*. DOI: [10.1097/AOG.0000000000001905](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001905)

UNICEF. (2020). *Unicef: guia para grávidas e recém-nascidos em época de covid-19*.
<https://news.un.org/pt/story/2020/05/1713632>

Urbanova, E. (2015). Specific needs of food and fluid intake during labour. *Psychology and Psychiatry, Sociology and Healthcare, Education Conference Proceedings*, 1. 1-8
<https://doi.org/10.5593/SGEMSOCIAL2015/B11/S2.112>

Urrutia, M., Abarca C., Astudillo, R., Llevaneras, S., & Quiroga N. (2005). Alimentación durante el trabajo de parto. es necesario el ayuno? *Revista Chilena de Obstetricia e Ginecologia*, 70(5).296-302. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262005000500004>

Valença, C., Filho, J., & Germano, R. (2010). Mulher no Climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. *Saúde Sociedade São Paulo*, 19(2). 273-285. <https://scielosp.org/pdf/sausoc/2010.v19n2/273-285/pt>

Varandas, M., & Lopes A. (2012). Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: a necessidade de uma mudança de paradigma educativo. *Revista Lusófona de Educação*, 22, 141-158. <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/3286>

Veiga, G., Araújo, M., Cauduro, F., & Andrade, J. (2020). Metodologia ativa no estágio supervisionado de enfermagem: inovação na atenção primária à saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34. 1-9. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34857>

Vilar, D., Nogueira, A., & Carnapete, V. (2010). CONCEBER: Guia para profissionais e pessoas com problemas de fertilidade. *Associação para o Planeamento da Família*. http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/conceber_guia_infertilidade.pdf

Wei, C., Gualda, D., & Santos, H. (2011). Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puerpéras. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(4). 717-725. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000400010>

ANEXOS

ANEXO A. Escala de classificação de nível de evidência de Stetler

Table 2. Strength of Reviewed Evidence From Individual Research or Other Sources

Level and Quality of Evidence ^a	Source of Evidence ^b
Level I (A-D)	Meta-analysis of multiple controlled studies ^c
Level II (A-D)	Individual experimental study ^c
Level III (A-D)	Quasi-experimental study such as nonrandomized controlled single group pre-post test, time series, or matched case-controlled studies. ^c
Level IV (A-D)	Nonexperimental study, such as correlational descriptive research and qualitative or case studies ^c
Level V (A-D)	Case report or systematically obtained, verifiable quality, or program evaluation data
Level VI	Opinion of respected authorities (e.g., nationally known) based on their clinical experience or the opinions of an expert committee, including their interpretation of nonresearch-based information. This level also includes regulatory or legal opinions

^aLevel I = strongest rating per type of research; however, quality for any level can range from A to D and reflects basic scientific credibility of the overall study/project. An A reflects a very well-designed study/project. If quality is rated as a D (i.e., the study/project has a major flaw that raises serious questions about the believability of the findings), it is automatically eliminated from consideration.

^bLevel and quality are noted under the heading "Level of Evidence" in column 5 of Figure 3 for each study/project.

^cThis level includes studies both on the targeted population/issue and studies with other relevant populations/issues.

Fonte: Stetler, C. B., Morsi, D., Rucki, S., Broughton, S., Corrigan, B., Fitzgerald, J., Giuliano, K., Havener, P., & Sheridan, E. A. (1998). Utilization-Focused Integrative Reviews in a Nursing Service. *Applied Nursing Research*, 11(4), 195–206.

APÊNDICES

APÊNDICE A. Visita virtual à maternidade

“Nascer durante a Pandemia”
Realidade no CHALGARVE, Unidade de Portimão



“Nascer durante a Pandemia”

Realidade no CHALGARVE, Unidade de Portimão
Centro de Saúde de Lagoa, 3 de Novembro de 2020

Estudante: Ana Ressurreição

Orientadora: Ana Frias

Supervisora Clínica: Eunice Sousa

Ida para a Maternidade

- ⊗ Perda de sangue ou líquido Amniótico
- ⊗ Contrações
- ⊗ Diminuição dos movimentos fetais
- ⊗ Indução do Trabalho de Parto



Triagem na Urgência Geral

- ⊗ Temperatura
- ⊗ Despiste de sintomatologia Covid-19



Admissão em Bloco de Partos



Sala de Espera

Admissão em Bloco de Partos – 2º Piso

- ⊗ Admitida por uma Enfermeira Especialista e Obstetra;
- ⊗ Realizada colheita da história da Grávida;
- ⊗ Se tiver realizado Teste SARS-Cov-2 com mais de 72 horas (3 dias), repete teste.



Sala de Parto



Unidade da grávida



Mesa de reanimação do Recém-nascido

Admissão



Sala de Cardiotocografia



Sala de Admissão

Bloco de Partos



Sala de Trabalho



Central de registo da Cardiotocografia

Sala de Parto – Material disponível para alívio da Dor



Bolas de Pilates



Kit de massagem / Disco de massagem



Bola "Amendoim"

Sala de Vigilância



Sala Operatória



Sala Operatória



Sala de Reanimação do Recém-nascido

Bloco de Partos: Segurança do Recém-nascido



⊗ É colocada uma pulseira eletrônica a todos os bebês, após o nascimento;

UCPA – Unidade Cuidados Pós-Anestésicos



Internamento de Obstetrícia – 2º Piso



Bloco de Partos: Normas Covid -19

- Permitida a presença do pai ou pessoa significativa durante o período expulsivo e após uma hora na sala de vigilância/ UCPA;
- Não é possível o acompanhamento da grávida na Sala Operatória;
- O pai ou pessoa significativa não necessita de realização de Teste Sars-Cov-19 para acompanhar no período acima descrito;
- Deverá seguir as medidas recomendadas na instituição.

Internamento de Obstetrícia

- ⊗ Pela situação da Pandemia, não é possível receber visitas no Internamento;
- ⊗ Os familiares poderão dirigir-se ao Balcão de Visitas (Piso 0), onde podem entregar bens essenciais para a puérpera e recém-nascido, no horário das 12h e 18h.

Email: gineobstetria.ptm@chalgarve.min-saude.pt

Telemóvel: 962 124 284 – disponível das 09h00 às 15h00 (dias úteis)

Obstetrícia - Internamento



Enfermaria

Registo de Nascimento



☎ Será entregue um folheto informativo com a informação necessária para proceder ao registo de nascimento online.

☎ Site para consultar:

<https://justica.gov.pt/Guias/guia-registo-nascimento>

Cantinho da Amamentação



☎ Encontra-se fechado para apoio presencial;

☎ Apoio via telefone;

☎ Contato após Alta:



UNIVERSIDADE DE ÉVORA



O medo e a insegurança do momento e por toda a vivência da gravidez, promove uma maior fragilidade. No entanto, os profissionais vão estar sempre ao vosso lado para que se sintam seguros para este momento tão esperado.

APÊNDICE B. Sessão de sensibilização do tema *“Ingesta de líquidos durante o trabalho de parto para o conforto da mulher”*

Melhoria da Qualidade nos Cuidados:

Ingesta de líquidos durante o trabalho de parto para o conforto da mulher

ESTUDANTE: ANA RESSURREIÇÃO

ORIENTADORA: ANA FRIAS

SUPERVISORA CLINICA: RITA GRILLO

4 DE JUNHO, 2021



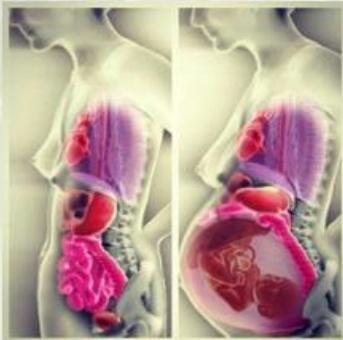
Objetivos

- ✓ Demonstrar conteúdo baseado na evidência sobre a ingestão durante o trabalho de parto;
- ✓ Transmitir os benefícios maternos-fetais relacionados com a ingestão de líquidos;
- ✓ Esclarecer sobre tipos de alimentos e líquidos que podem ser oferecidos à grávida.

A gravidez depreende-se como uma fase de diversas alterações na mulher, tanto emocionais como físicas, necessitando de uma adaptação gradual.

(Néné; Batista; Marques, 2018)

Gravidez - Alterações fisiológicas gastrointestinais



- ✓ Diminuição da pressão do esfíncter inferior do esófago (cárdia);
- ✓ Secreção do suco gástrico aumentado;
- ✓ Refluxo gastro esofágico;
- ✓ Aumento da pressão intra-abdominal pelo crescimento do útero;
- ✓ Deslocamento cefálico do estômago.

Ingestão de líquidos

“Sinto-me fraca...”

“Se não posso comer ou beber, como tenho força para o bebé nascer?”

“Tenho tanta sede...”

Durante o trabalho de parto



Revisão de Literatura

Descritores: Eating; Drinking; Labor obstetric



Base de Dados:
CINAHL e MedLine
(Últimos 10anos / texto completo)



4 ARTIGOS

Revisão da Literatura

Decisão médica

Jejum

**Literatura Antiga
Defende**

Fluidoterapia

Síndrome de Mendelson

Revisão de Literatura



Revisão de Literatura

Evidência Científica:

- ✓ Pelas alterações anatómicas da grávida, o jejum não significa que a grávida não tenha conteúdo gástrico (Kadioglu, Ozkan,, Rathfisch, 2017)
- ✓ Grávidas em jejum chegam à exaustão mais facilmente (Lieser, 2019)
- ✓ Número reduzido de anestésias gerais equiparadas às anestésias loco-regionais realizadas (Hunt, 2013)
- ✓ As evidências não mostram benefícios ou malefícios, não havendo justificação para a restrição de líquidos ou alimentos no trabalho de parto para grávida de baixo risco (Singata , Tranmer, Gyte,2013)

Revisão da Literatura



Revisão da Literatura



Revisão de Literatura – Malefícios do Jejum



Aumento da concentração de ácido clorídrico

Vômitos

Aumento da acidez no sangue da mãe e do feto

Índices de APGAR mais baixos

Revisão de Literatura – Efeitos no RN



Tremores

Irritabilidade

Hiperglicemia

Hipoglicemia

Revisão de Literatura – Profilaxia Farmacológica

Antagonistas H2 – Ranitidina 50mg/2ml

Bloqueiam os receptores H2 nas células oxínticas (produtoras de ácido clorídrico)

Consequentemente reduz a produção de ácido clorídrico

Diminuição do volume gástrico

Realidade Bloco Partos – Dados de Anestesia em Cesariana

Tipo de Anestesia	ANO 2019	ANO 2020
Anestesia Geral	57 (19 por sofrimento fetal)	30 (15 por sofrimento fetal)
Raquianestesia	162	227
Anestesia Epidural	146	91
Anestesia Sequencial	106	58

SEM MENÇÃO DE TER EXISTIDO SINDROME DE MENDELSON OU MORTA MATERNA

Revisão da Literatura - Recomendações

OMS

- Sem restrição na ingestão de líquidos e alimentos, em grávidas de baixo risco

NICE

- Favorece a ingestão de bebidas isotónicas

American Society of Anesthesiologists

- Pequenas quantidades de líquidos claros até 2h antes da anestesia, em grávidas de baixo risco

American Congress of Obstetricians and Gynecologists

- Dieta líquida ou ligeira, em grávida de baixo risco

OE

- Ingestão de líquidos e dietas ligeiras, em grávidas de baixo risco

American College of Nurse-Midwives

- Ingestão de líquidos às grávidas de baixo risco

(Singata, Tranmer, Gyte, 2013)

Recomendações: Ordem dos Enfermeiros



Gravidez de baixo risco

Apresentação cefálica de vértice



Compatibilidade feto-pélvica

CTG "tranquilizador"



Ausência de via aérea difícil

Registos concisos da ingestão

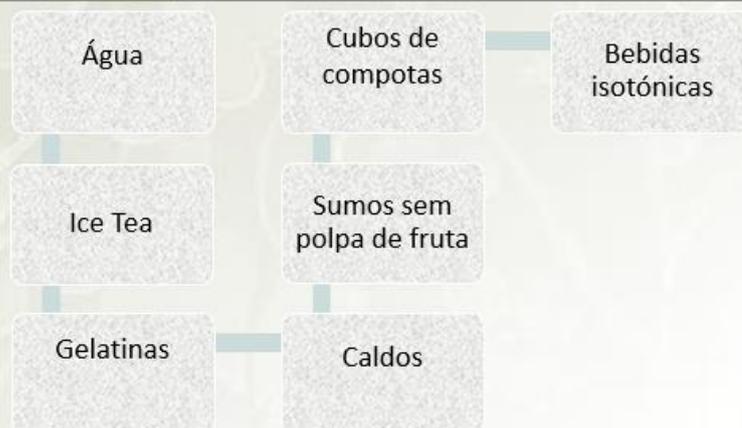
(Ordem dos Enfermeiros, 2012)

Recomendações: Ordem dos Enfermeiros

Excluindo

- Diabetes Mellitus
- Pré-eclampsia / Eclampsia
- Macrossomia Fetal
- Obesidade Mórbida
- Cesariana anterior

Sugestão à melhoria dos cuidados – Ingestão de líquidos



Considerações finais

Na análise da revisão de literatura, não foram encontrados estudos que garantam que a ingestão de líquidos tragam complicações materno-fetais.

Da mesma forma que não há evidência que justifique o jejum, na tentativa de diminuir o risco de aspiração gástrico.

Sendo que será sempre importante, informar a grávida que poderá ingerir líquidos, não existindo nenhuma limitação.

Permitindo assim, uma experiência positiva no parto.

Referências Bibliográficas

Bismarck, J. (2003). *Analgesia em Obstetria*, Lisboa: Permanyer Portugal. Recuperado de https://www.aped-dor.org/images/biblioteca_dor/pdf/Analgesia_em_Obstetria.pdf

Gyte, G., Singata, M., & Tranmer, J. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1-93.

Gualda, D., Junior, H., & Wei, C. (2011) Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: A percepção de um grupo de puérperas. *Texto Contexto Enferm*. 4. 717-25.

Hunt, L. (2013). Literature review: Eating and drinking in labour. *British Journal of Midwifery*. 129

Lieser, M., (2019). Eating and Drinking in Labor: A Step toward Reclaiming Autonomy in Birth. *Midwifery Today*.

OMS -Organización Mundial de la Salud (2018). *Recomendaciones de la OMS: Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud

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

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamentos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica*.

O'Sullivan, G., Scrutton, M. (2003). NPO during labor: Is there any scientific validation? *Anesthesiology Clin N Am*. 21. 87-98

Néne, M., Marques, R., Batista, M., (2018). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel. Lisboa

Parecer Nº 03/2010. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e do Enfermeiro de Cuidados Gerais no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva. (1-6).

Ozkan, S., Kadoglu, M., Rathfisch, G., (2017). Restricting Oral Fluid and Food Intake during Labour: A Qualitative Analysis of Women's Views. *International Journal of Caring Sciences*.

Sharts-Hopko, N. (2010). *Oral Intake During Labor: A Review of the Evidence*. NursingCenter.

APÊNDICE C. Panfleto Sinais de alerta durante a gravidez - Quando ir para a maternidade?”

Sinais de Alerta durante a Gravidez

Durante a gravidez, a mulher passa por diversas alterações no seu corpo. Alterações fisiológicas necessárias para o desenvolvimento do bebé.

No entanto, existem alguns sinais de alerta que a grávida deverá estar desperta para prevenir complicações. Sendo eles:

- Sangramento vaginal ou perda de líquido pela vagina;
- Corrimento vaginal com comichão e cheiro mais intenso;
- Dor/ardor ao urinar ou presença de sangue na urina;
- Dor abdominal súbita;
- Arrepios ou febre (superior a 37,8° C);
- Vômitos persistentes;
- Subida da tensão arterial;
- Dor de cabeça intensa;
- Perturbações da visão—sensação de visão de pontos brilhantes;
- Inchaço acentuado nas pernas, mãos e rosto;
- Diminuição dos movimentos do bebé.



No final da gravidez, o corpo começa a preparar-se para o parto, contudo a grávida pode apresentar alguns sinais que não significam, necessariamente, que esteja em trabalho de parto.

Alguns sinais como:

- “Descida da barriga” que se designa por insinuação, mais comum no final da gravidez;
- Contrações de Braxton Hicks, caracterizadas pela sua irregularidade e pouca intensidade, surgindo e desaparecendo num espaço inferior a 1 hora;
- A perda do Rolhão Mucoso. Este tem um aspeto de muco gelatinoso que pode ter uma coloração rosada ou acastanhada, surgindo até uma semana antes do parto;
- Um aumento de energia, manifestando-se num aumento da sua atividade.

No entanto, são sinais que não requerem a ida ao serviço de Urgência.



Sinais de Trabalho de Parto



Uma das principais preocupações da grávida, é reconhecer os sinais de trabalho de parto.

Os principais sinais centram-se nas contrações, devendo ter em atenção as suas características.

- Contrações regulares de 5 em 5 minutos, durante pelo menos 1 hora;
- Estas contrações ficam mais dolorosas e com um intervalo mais curto.;
- Não melhoram com o repouso;
- Perda de líquido amniótico (Anotar a hora e a cor do líquido).

APÊNDICE D. Panfleto Gravidez Saudável - Nutrição da Grávida

Segurança na preparação dos Alimentos

Durante a gravidez deverá ter alguns cuidados adicionais na preparação dos alimentos, pois existem bactérias e parasitas prejudiciais no desenvolvimento do seu bebé.

É o caso da **Toxoplasmose** que se encontra nos excrementos dos gatos e na terra.

Deverá usar luvas durante a manipulação/jardinagem e lavar em seguida as mãos.

Caso não seja imune à Toxoplasmose, deverá desinfetar os alimentos provenientes da terra e que vão ser consumidos crus.

Adicionar 2 colheres de lixívia em 2 litros de água, deixando os legumes/frutas imersos durante 15 minutos.

Enxaguar em água abundante os alimentos e estará pronto a ser consumido.



“Uma alimentação saudável durante a gravidez para além de beneficiar a saúde do seu bebé, pode contribuir para que ele tenha bons hábitos alimentares no futuro” (DGS, 2015).

Elaborado por:

Estudante: Ana Filipa Ressurreição

Orientadora: Ana Frias

Supervisora Clínica: Eunice Sousa

Referências Bibliográficas:

Direção-Geral de Saúde. *Alimentação e Nutrição na Gravidez*. 2015, Direção Geral da Saúde: Lisboa.

Gravidez Saudável

Nutrição da



Vigilância

- * A vigilância da sua gravidez deve ser acompanhada pelo seu enfermeiro e médico de família de forma a que seja informada de todos os cuidados.
- * O seguimento de uma alimentação saudável promove as necessidades nutricionais tanto para si como para o seu bebé.
- * Fortalece todo o corpo para uma futura amamentação.



Alimentação Equilibrada

A grávida deve seguir uma alimentação saudável, diversificada e variada de forma a que consiga obter todos os nutrientes para um bom desenvolvimento do bebé.



- * Idealmente, deverá realizar 5 a 6 refeições por dia, com intervalos de 3 horas
- * Privilegiar a ingestão de hortícolas e frutas
- * Ingerir 3 a 4 peças de fruta por dia
- * Preferência pelo peixe gordo (salmão, atum e sardinha) e pelas carnes brancas (peru, frango e coelho) com especial atenção que devem ser bem cozinhados
- * Ingerir 3 porções de lacticínios meio-gordo ou magro por dia

- * Evite o excesso de sal
- * É importante a hidratação, pelo que deve ingerir 2-3 litros de água por dia
- * Pode ingerir cafeína até 200mg que equivale a um café por dia
- * Não deve ingerir bebidas alcoólicas, pois provoca alterações no desenvolvimento cognitivo e intelectual do seu bebé.



*A grávida **não tem** que comer por dois, deve fazer uma alimentação fracionada e equilibrada.

*Deve ter atenção ao seu peso, idealmente pode aumentar 1kg por mês que se pode estender até aos 12kg no final da gravidez.

*É importante manter um peso estável prevenindo futuras complicações.

APÊNDICE E. Artigo Preparação para o Parto: Análise de conceito

CAPÍTULO 3

PREPARAÇÃO PARA O PARTO: ANÁLISE DE CONCEITO

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 07/03/2021

Ana Maria Aguiar Frias

Comprehensive Health Research Centre (CHRC) e Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem, Departamento de Enfermagem
Évora, Portugal
<http://orcid.org/0000-0002-9038-8576>

Ana Filipa Silva Ressurreição

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portimão
Portimão, Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-6757-2255>

Andreia Filomena Monteiro Lobão

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portimão
Portimão, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-2215-2131>

Ciáudia Cristina Firmino Rodrigues

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portimão
Portimão, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-5561-0426>

RESUMO: A gravidez é uma fase na vida da mulher, onde decorrem uma série de modificações quer a nível físico, psicológico e biológico. São diversas as alterações emocionais a acontecer, tais como a felicidade e a satisfação mas também o medo, a insegurança e a dúvida podem estar presentes nesta fase da vida. É neste sentido

que a preparação para o parto é fundamental para a atenuação de sentimentos negativos e encorajamento da mulher, existindo assim a necessidade de fazer-se uma revisão sobre este conceito, com a finalidade de compreender-se o seu contributo na maternidade. **Objetivo:** Definir o conceito de preparação para o parto e sua aplicação prática. **Métodos:** Propôs-se uma análise do conceito *Preparação para o Parto*, com recurso ao método de análise conceitual de Walker e Avant com base numa revisão da literatura, incluindo a pesquisa em bases de dados e outras fontes. **Conclusão:** Apesar de se terem identificado uma quantidade variada de atributos, todos convergiram de maneira particular no entendimento da complexidade e da multidimensionalidade da preparação para o parto. Na perspectiva de preparação para o parto, verificou-se a escassez de informação na exploração deste tema. É necessário que se continuem a fazer análises ao conceito na tentativa de compreender-se as modificações que vão surgindo.

PALAVRAS CHAVE: Preparação para o parto, Gravidez, Parto, Maternidade.

PREPARATION FOR CHILDBIRTH: CONCEPT ANALYSIS

ABSTRACT: Pregnancy is a stage in a woman's life, where a series of changes take place, both physically, psychologically and biologically. There are several emotional changes to happen, such as happiness and satisfaction, but also fear, insecurity and doubt can be present at this stage of life. It is in this sense that the preparation for childbirth is fundamental for the mitigation

APÊNDICE F. Resumo, plano e cronograma

15. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Universidade de Évora prevê-se a aquisição de conhecimentos e competências específicas na saúde da mulher. O MESMO, tem a duração de quatro semestres (120 ECTS) seguindo as orientações da Comunidade Europeia, do *Nursing and Midwives Council*, e da *International Confederation of Midwives*. Sendo composto por duas vertentes, em que o primeiro ano foi lecionado o conteúdo teórico e o segundo ano terá avaliado com o Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final. De acordo com European Credit Transfer System (ECTS), esta unidade curricular conta com 60 ECTS.

Segundo a descrição do Diário da República (Despacho n.º 11049/2018), o Relatório Final circunscreve-se a uma descrição e reflexão fundamentada com base no plano de atividades desenvolvidas, de forma a que seja possível recolher e analisar os dados relativos a temática escolhida.

A realização da prática clínica em diversos locais de estágio permitirá desenvolver as competências específicas e consolidar todos os conhecimentos adquiridos. Competências específicas estas reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros, com regulamentação das competências pelo “*Essential Competencies for basic Midwifery Practice 2002* da *Internacional confederation of Midwives (ICM)*” com a continuidade dos objetivos realizada por ICM/OMS/FIGO. (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2010). As competências específicas focam-se no planeamento familiar, na vigilância pré-natal, no cuidar durante o trabalho de parto, acompanhar no puerpério e nos problemas ginecológicos.

Descritas as competências específicas, é importante conhecer os locais de atuação vivenciando experiências nas diferentes fases da mulher. Passando o planeamento familiar, pelo período pré-concepcional, as diversas fases de acompanhamento da gravidez e parto/pós-parto terminando no período de climatério.

Destaca-se o ensino clínico como sendo um período de grande enriquecimento, provido de experiências no contacto com a mulher, que é o nosso principal foco de atenção. É neste sentido, que o MESMO favorece uma motivação na melhoria nos cuidados à mulher. A qualidade está associada ao conhecimento e a necessidade de desenvolver atividades de forma a que se consiga ver e sentir mudanças na prestação dos cuidados (Lopes & Varandas, 2012)

Faça as necessidades subjacentes, e fazendo realçar que as intervenções são fundamentadas com estudos baseados na evidência, a temática “Ingestão de líquidos durante o trabalho de parto” é uma intervenção que nos leva a pensar na melhoria dos cuidados e na satisfação da mulher. A escolha deste tema deve-se ao escutarmos inúmeras vezes grávidas referirem a necessidade de beber água ou manifestarem fraqueza uma vez que não ingerem nenhum alimento durante várias horas.

No contexto de trabalho de parto, Gualda, Junior e Wei (2011) e Sharts-Hopko (2010) referem a existência de um grande consumo de energia e se for um trabalho de parto mais prolongado pressupõe-se que a mulher chegue mais rapidamente a exaustão.

Vários autores como Gyte, Singata e Tramner (2013) e Gualda, Junior e Wei (2011), referem que a literatura mais antiga defendia a necessidade do jejum na grávida, devido à possibilidade de uma cesariana emergente podendo haver risco de aspiração de vômito e outras consequências subjacentes. Substituindo-se, assim, a ingestão de líquidos por fluidos endovenosos de forma a corrigir desequilíbrios hidroelectrolíticos. No estudo comparativo de O’Sullivan e Scrutton (2003), analisaram as consequências e benefícios da ingestão de líquidos na grávida e concluíram que o risco de aspiração do conteúdo do estômago para os pulmões durante uma cirurgia obstétrica é grave pelo que aposta na prevenção, diminuindo assim o risco de morte materna.

Na atualidade e porque estamos em constante evolução, a OMS (2018) menciona que para que a mulher possa ter uma experiência de parto positiva, é importante conseguir manter expectativas da grávida, mas com a atenção de não haver risco para ela e para o bebé. É neste sentido que a OMS (2018) recomenda que as grávidas de baixo risco possam ingerir líquidos e alguns alimentos durante o trabalho de parto. Na mesma linha de pensamento, a Ordem dos Enfermeiros (2014) elaborou um projeto de “Maternidade com Qualidade”, com base nas recomendações da OMS (2018) e Bismarck (2003) onde defendem que as grávidas de baixo risco, com apresentação cefálica de vértice, compatibilidade feto-pélvica, traçado cardiotocográfico tranquilizador e que não apresentem uma via aérea difícil podem ingerir líquidos em moderada quantidade.

Os cuidados de enfermagem estão em constante mudança, existindo a necessidade de se estudar as práticas de forma a que se consiga melhorar os cuidados à mulher. É neste sentido, que a proposta de melhoria nos cuidados à grávida passa por promover a oferta de gelatinas e líquidos na perspectiva de que a mulher se sinta mais confortável e capacitada para o trabalho de parto.

No seguimento de alargar conhecimentos e para fundamentar o relatório final, proceder-se-á uma pesquisa de artigos de literatura científica através dos bancos de dados PubMed, Scielo, EBSCO e LILACS utilizando como estratégia de pesquisa, com descritores MeSH e DeCs.

Pretende-se que para realização do relatório final, sejam desenvolvidas as atividades descritas durante os ensinos clínicos, baseadas nas competências específicas do enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica.

PLANO DE ATIVIDADES

	Objetivos – Competência Específica	Atividades	Resultados Esperados
--	------------------------------------	------------	----------------------

Vertente clínica para competências instrumentais e relacionais - CSP	1. Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, saúde sexual/reprodutiva e no período pré-concepcional;	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar de consultas de Saúde Sexual Reprodutiva e Planeamento Familiar; - Informar sobre os métodos contraceptivos; - Planear intervenções para reduzir as infeções sexualmente transmissíveis; - Realizar consultas no período pré-concepcional; - Encaminhar grávidas com devios da fertilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção e diagnóstico da saúde da mulher no planeamento familiar e no período pré-concepcional. - Mulheres mais informadas e com grávidas indesejadas; - Providenciar cuidados precocemente nos devios da fertilidade.
	2. Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade no período pré-natal;	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer e encaminhar mulheres para consulta de interrupção voluntária da gravidez; - Orientar na vigilância da gravidez; - Participar na vigilância do plano nacional de vacinação; - Realizar procedimentos de diagnóstico; - Aconselhar nos cuidados a grávida/casal; - Realizar ensinos sobre a alimentação durante a gravidez, fornecendo folheto de informação; - Aconselhamento sobre o aleitamento materno; - Promover a preparação para o parto e para parentalidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção dos cuidados a grávidas ou a um possível aborto; - Diagnósticos precoces prevenindo maiores complicações; - Promoção maior conhecimento do aleitamento materno e na preparação para o parto/parentalidade.
Vertente clínica para competências instrumentais e relacionais no período pré e pós-parto	3. Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade nos vários estádios do trabalho de parto em situação de saúde/devio de saúde;	<ul style="list-style-type: none"> - Admitir a grávida no serviço de saúde; - Compreender se existe um plano de parto na sequência de compreender as expectativas da mulher/casal; - Prestar cuidados a grávida em trabalho de parto; - Proporcionar a ingestão de líquidos/alimentos; - Implementar medidas possibilitando a oferta de gelatinas/liquidos claros a grávida; - Esclarecer as opções de analgesia; - Prestar cuidados imediatos ao recém-nascido; - Promover o contacto pele a pele/ relação entre a triade; - Reconhecer devios de saúde durante o trabalho de parto ou recém-nascido de risco. 	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecimento de uma experiência de parto positiva para a mulher/casal; - Prestação de qualidade a grávida de acordo com as expectativas idealizadas;
	4. Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade no período puérperal/pós-natal em situação de saúde/devio de saúde;	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar de cuidados a diade/triade no puérpério; - Apoiar a puérpera nesta fase pandémica de Covid-19; - Informar/realizar as consultas do Puérpério (6ª semana após o parto) e a vigilância do recém-nascido; - Promover o aleitamento materno, esclarecendo dúvidas ao casal; - Encaminhar as grávidas de idades extremas para o centro de saúde, mantendo melhor vigilância; - Detetar alterações nos devios de saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção dos cuidados a puérpera e recém-nascido; - Aconselhamento/planeamento da escolha de método contraceptivo; - Vigilância de crescimento do Recém-nascido. - Vigilância e diagnósticos precoces nas grávidas em idade extremas.

Verificar a prática clínica para competências instrumentais e relacionais na fase de Clamatório	5. Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar consultas de planeamento familiar; - Informar e aconselhar nos métodos contraceptivos de forma a reduzir as manifestações fisiológicas durante o climatério; - Realizar programas de rastreio (Cancro do Colo do Útero); - Ensinar o autoexame da mama; - Orientar e encaminhar devotos de saúde da mulher para cuidados diferenciados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da saúde da mulher e na sexualidade; - Diagnósticos Precoces
---	---	--	--

CRONOGRAMA

TAREFAS/MÊSES DO ANO	2020				2021								
	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Realização do estágio													
Preparação do Projeto													
Definição de objetivos/Planeamento de atividades a desenvolver													
Entrega Projeto													
Pesquisa Bibliográfica / Revisão da Literatura													
Realizar atividades planeadas relacionadas com a temática de interesse													
Realizar uma descrição fundamentada de cada intervenção, utilizando esta informação na revisão do planeamento elaborado													
Avaliação das atividades													
Elaboração do Relatório Final de Estágio													
Entrega do relatório Final de estágio													

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aviso n.º 13812/2019 de 7 de Outubro (2019). Alteração do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora. Diário da República 2ª Série. N.º192 (139-140).
- Bismarck, J. (2003). *Analgesia em Obstetria*. Lisboa: Parnasyer Portugal. Recuperado de https://www.aped-dor.org/images/biblioteca_dor/pdf/Analgesia_em_Obstetria.pdf
- Despacho n.º 11049/2018 de 24 de Setembro (2018). Regulamento do Relatório Final do Estágio de Natureza Profissional, Trabalho de Projeto e Dissertação de Natureza Científica do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República 2ª Série. N.º227 (26-11-2018).
- Gyte, G., Singata, M., & Trauser, J. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1-93.
- Gualda, D., Junior, H., & Wei, C. (2011) Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: A percepção de um grupo de puérperas. *Texto Contexto Enferm*. 4. 717-25.
- Lopes, A., & Verandas, M. (2012) Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: a necessidade de uma mudança de paradigma educativo. *Revista Lusófona de Educação*. 22. 141-158
- OMS -Organización Mundial de la Salud (2018). *Recomendaciones de la OMS: Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Projeto da MCEESMO-OE, Maternidade com Qualidade. Efetivar a ingestão ao longo do trabalho de parto, segundo diretrizes da OMS.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamentos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica.
- O'Sullivan, G., Scrutton, M. (2003). NPO during labor: Is there any scientific validation? *Anesthesiology Clin N Am*. 21. 87-98
- Parecer N.º 03/2010. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e do Enfermeiro de Cuidados Gerais no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva. (1-6).
- Regulamento, n.º 391/2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República, 2.ª série, N.º 85, de 3 de Maio, 13560- 13565.
- Sharts-Hopko, N. (2010). Oral Intake During Labor: A Review of the Evidence. *NursingCenter*.