

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**COMPETÊNCIAS E PRÁTICAS:
A MANOBRA DE PRESSÃO NO FUNDO DO ÚTERO, COMO
ESTRATÉGIA PARA AJUDAR A NASCER?**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório Final de Estágio orientado pela Prof.^a Maria Vitória Barros de
Castro Parreira

Ana Sofia Morais Cristão Carvalho

Porto | 2014

AGRADECIMENTOS

O concretizar deste Relatório não teria sido possível sem a colaboração de inúmeras pessoas que, cada uma na sua área, prestaram o seu apoio constante. Deste modo, como forma de expressar o meu sincero reconhecimento, fica desde já o agradecimento,

À Professora Vitória Parreira, minha orientadora, por ter sido um vetor da minha aprendizagem e modelação da forma de pensar em Enfermagem. Obrigado pelos incentivos e por sempre acreditar.

Aos diversos Professores do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, pelo apoio permanente e partilha de conhecimentos. Obrigado pelos estímulos e particularmente pela compreensão.

Às Enfermeiras tutoras, Susana Freitas, Sílvia Lopes, Patrícia Silva, Lúcia Afonso e Luísa Monteiro, por terem sido um contributo importante para a construção deste percurso desde a sua génese.

Aos restantes Enfermeiros e Enfermeiros Chefes dos vários locais de estágio do Hospital Pedro Hispano, pelo apoio e excelentes condições de trabalho que me proporcionaram, sem os quais não seria possível a concretização das experiências relatadas neste relatório.

A toda a minha família, Pais, Dora e Jorge, pelo apoio inesgotável apesar da minha ausência constante, pelo carinho e incentivo permanente, que foram a força motriz para o desenvolvimento deste trabalho. Obrigado pela sensibilidade às inquietações, dificuldades e angústias vividas durante este percurso. Sem vocês sem dúvida que não teria sido possível.

ABREVIATURAS

APPT - Ameaça de parto pré-termo

BP - Bloco de Partos

CTG - Cardiotocografia

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

FCF - Frequência cardíaca fetal

HPH - Hospital Pedro Hispano

NICE - National Institute of Health and clinical Excellence

OMS - Organização Mundial de Saúde

RCIU - Restrição de crescimento intra-uterino

RN - Recém-nascido

RPM - Ruptura prematura de membranas

TP - Trabalho de parto

UGR - Unidade de Grávidas de Risco

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

	P.
INTRODUÇÃO	13
1. PERCURSO EM ESTÁGIO	17
1.1. Aquisição e desenvolvimento de competências específicas de EEESMO	18
<i>1.1.1. Gravidez com patologia associada</i>	19
<i>1.1.2. Trabalho de parto, Parto e adaptação à vida extrauterina</i>	27
<i>1.1.3. Pós-parto e adaptação à Parentalidade</i>	58
2. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: Implicação da utilização da manobra de pressão no fundo do útero no período expulsivo	73
2.1. Contextualização	74
2.2. Metodologia	76
2.3. Resultados	78
2.4. Discussão	95
2.5. Conclusão	99
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA RELATIVA À AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMO	101
CONCLUSÃO	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
ANEXOS	129
Anexo I - Regulamento das Competências Específicas do EEESMO da Ordem dos Enfermeiros	131
Anexo II - Partos Realizados e Partos Participados	133

LISTA DE TABELAS

	P.
Tabela 1: Padrões evolutivos normais do trabalho de parto	34
Tabela 2: Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa da literatura	81

LISTA DE FIGURAS

	P.
Figura 1: Categorização das implicações da aplicação da manobra de pressão no fundo do útero	97
Figura 2: Grávidas alvo de cuidados e vigilância	103
Figura 3: Puérperas e Recém-nascidos alvo de cuidados	103
Figura 4: Partos realizados e Partos participados	103
Figura 5: Implicações da aplicação da manobra de pressão no fundo do útero	106

RESUMO

O relatório pretende apresentar, descrever e refletir criticamente o percurso acadêmico, na forma de um Mestrado em Enfermagem. Com o intuito de adquirir e desenvolver competências compatíveis com as de um enfermeiro com uma especialidade na área da saúde materna e obstetrícia foi realizado um estágio profissionalizante em três áreas subordinadas à valência da obstetrícia: a unidade de grávidas de risco, o bloco de partos e o serviço de obstetrícia, do Hospital Pedro Hispano. Estes campos de intervenção privilegiaram o cuidado da mulher e família que vivem o processo da gravidez com complicações, trabalho de parto, parto e puerpério, o que permitiu planejar e executar intervenções, refletir e justificar as mesmas, de modo a obter e desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia.

Sendo diariamente o enfermeiro confrontado com a necessidade de tomar decisões, emergiu a necessidade de contribuir para a construção um corpo de conhecimento consolidado e baseado em evidências científicas que potenciem o exercício profissional. Surgiu assim a questão de quais seriam as implicações materno-fetais da realização da manobra de pressão do fundo do útero no período expulsivo, pois foi notória a diferença de opiniões e práticas relativamente à mesma.

A revisão integrativa da literatura realizada mostra que a aplicação desta manobra não reduz a segunda fase do trabalho de parto e os danos causados não superam os benefícios da sua aplicação, pois está demonstrado um aumento de lacerações perineais graves e episiotomias, distocias de ombro, prolapso uterino, retenção placentar, dispareunia e incontinência urinária materna. Quanto ao recém-nascido parece não existir diferença estatística significativa comparativamente aos RN não expostos à manobra de pressão no fundo uterino durante o seu nascimento.

Apesar da controvérsia, esta intervenção continua a ser realizada, sendo que serão necessários mais estudos de investigação para validar a sua eficácia e segurança.

Palavras-chave: Competências específicas, Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, manobra pressão fundo uterino.

ABSTRACT

The present report aims to describe and critically reflect the academic route as a Masters in Nursing. In order to acquire and develop skills consistent with those of a nurse with a specialty in the area of maternal health and midwifery was an accomplished work experience in three areas dependent on the valence of obstetrics: the unit risk pregnancies, deliveries and block midwifery services, the Hospital Pedro Hispano. These fields of intervention favored the care of women and families living process of pregnancy complications, labor, birth and postpartum, enabling planning and implementing interventions, reflect and justify the same, in order to obtain and develop the skills the specific nurse specialist in obstetrics and maternal health.

Daily being nurses faced with having to make decisions, the need emerged to contribute to building a body of consolidated knowledge and based on scientific evidence that enhance professional practice. So the question arose of what would be the implications of maternal-fetal realization of the pressure at the bottom of the uterus during expulsion maneuver because it was evident the difference in opinions and practices with respect thereto.

The integrative literature review conducted shows that the application of this maneuver does not reduce the second phase of labor and the damage does not outweigh the benefits of its application as it is shown an increase in severe perineal lacerations and episiotomies, shoulder dystocia, prolapsed uterine, placental retention, dyspareunia and maternal urinary incontinence. As the newborn compared with infants not seem significant statistical difference unexposed to maneuver fundal pressure during birth there.

Despite the controversy, this intervention continues to be held, and more research studies are needed to validate its effectiveness and safety.

Keywords: Specific Competencies, Nurse Specialist in Obstetrics and Maternal Health, fundal pressure maneuver.

INTRODUÇÃO

O relatório que se apresenta decorre da nossa opção pela realização de um estágio profissional no âmbito da Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto, integrado no Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia. Pretende reproduzir a trajetória da aquisição e desenvolvimento de competências ao longo, deste período, e, também, operacionalizar um dos objetivos de estágio que visa problematizar as práticas com base em evidências científicas. A sua operacionalização visa a realização de um estudo sob a metodologia de uma revisão integrativa da literatura, numa área de interesse, sobre uma prática que se revelou controversa não só pelas implicações que acarreta para a mulher em trabalho de parto, mas também pelo facto de continuar a ser executada nas salas de parto: manobra de pressão no fundo do útero, e, podermos, assim, integrar os resultados na prática de cuidados especializados.

A Enfermagem, como disciplina, identifica a necessidade de compreender, estudar e investigar a pessoa na sua globalidade, considerando-a nas diferentes dimensões: bio-psico-social, cultural e espiritual, de forma integrada e interativa, perspetivando-se, assim, como uma ciência social e humana, caracterizada, na maioria das vezes como a arte do cuidar.

Neste sentido, Machado e Zagonel (2004) afirmam que os cuidados de Enfermagem distinguem-se dos outros devido à excelência do cuidar nas diversas transições do ciclo de vida.

Ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (EEESMO) é exigido que assuma a responsabilidade de garantir cuidados de qualidade desde a concepção ao nascimento; nomeadamente, nas áreas planeamento familiar e pré concecional, pré-natal, gravidez, parto, puerpério, climatério e ginecologia. As suas intervenções podem ser

independentes, em casos de baixo risco ou interdependentes, quando nos deparamos com situações que envolvem processos patológicos e processos disfuncionais da vida da mulher. É com base no regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica (Regulamento N°.127/2011), e nos critérios de avaliação (Anexo I) de cada unidade de competência, que se sustenta o desenvolvimento das competências para o presente estágio.

A aquisição das competências inerentes à especialidade em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, surgem através de um processo de conceção de cuidados específicos à mulher que vive transições no âmbito da maternidade e parentalidade, promovendo a sua autonomia e desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, contribuindo para que vivencie esta transição de forma positiva.

No contexto do processo de aquisição de competências específicas do EEESMO identificamos um foco de atenção que é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (1996) como um procedimento frequentemente utilizado nas salas de parto, sem que se tenha demonstrado cientificamente a sua eficácia. Assim é categorizado como C, pois não existe evidência clara para o justificar e deveria ser utilizada com precaução ate que novos estudos a apresentem como válida.

Neste contexto, entre os muitos diagnósticos feitos e as múltiplas intervenções delineadas e realizadas, durante o estágio, face á experiencia e observação das práticas foram surgindo algumas questões, sobretudo no que respeita a determinadas práticas que eram conotadas com estratégias para ajudar a parturiente e o feto, mas que no seio da equipa, pudemos constatar que não reuniam o consenso, mas antes geravam controvérsia.

Assim, tendo em conta que o eixo estruturante do estágio assentava num objetivo que era desenvolver estratégias para a construção do conhecimento e demonstrar como recontextualizar os saberes e desenvolver práticas com base em evidências científicas, ao longo do estágio, optamos por problematizar práticas e contextos, sob a metodologia da revisão integrativa para procurar a resposta à questão “Quais as implicações materno-fetais da realização da manobra de pressão

do fundo do útero no período expulsivo?”, já que foi notória a discrepância de opiniões e prática relativamente à mesma.

A nível organizativo, o relatório encontra-se estruturado em três capítulos, com o objetivo de descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, o percurso realizado de acordo com o regulamento do curso de mestrado e, ainda, uma reflexão crítica sobre o trajeto e processo de realização do estágio profissionalizante.

O primeiro capítulo diz respeito às atividades desenvolvidas no estágio, com alusão à aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EEESMO. No segundo capítulo é desenvolvida uma revisão integrativa sobre as implicações da manobra de pressão do fundo do útero no período expulsivo, como estratégia para problematizar uma prática cuja controvérsia quisemos clarificar. No terceiro e último capítulo, realiza-se uma análise crítica e reflexiva sobre o desenvolvimento do estágio.

De forma a corresponder aos objetivos delineados inicialmente, ao longo do relatório, para além das atividades desenvolvidas que suportaram a aquisição e o desenvolvimento de competências, encontra-se, a expressão dos saberes recontextualizados, adquiridos ao longo do curso e fundamentados em bases científicas que consultamos, tais como MEDLINE with full text, CINAHL Plus with full text, Cochrane Database of Systematic Reviews, National Institute of Health and clinical Excellence (NICE) e a Academic Search Complete, através da plataforma EBSCO host.

1. PERCURSO DE ESTÁGIO

O estágio profissional realizou-se no Hospital Pedro Hispano (HPH) de Setembro 2012 a Julho de 2013, num total de 900 horas, nas unidades de cuidados: Unidade de Grávidas de Risco (UGR), Bloco de Partos (BP) e Obstetrícia. Cada Unidade, de acordo com a sua especificidade, tinha o objetivo de assegurar cuidados de saúde diferenciados à mulher com patologia do foro ginecológico, à grávida, parturiente e/ou puérpera não só centrados na personalização, como também, garantir a excelência e melhoria dos cuidados.

Nestas Unidades, os cuidados eram assegurados por uma equipa multidisciplinar, mas no que respeita aos cuidados de enfermagem, na UGR e no BP eram assegurados, apenas, por EESMO, à exceção do serviço de Obstetrícia, onde também prestam cuidados enfermeiros especialistas em saúde infantil e enfermeiros generalistas.

O início do percurso de estágio, em todas as unidades de cuidados, teve como objetivo conhecer a estrutura orgânico-funcional dos serviços. Depois da apresentação e negociação dos objetivos e estratégias a desenvolver, com os enfermeiros tutores e enfermeiros chefes, prosseguimos sob a orientação tutelada de uma EEESMO, e obviamente, integrada numa equipa.

Nas primeiras semanas de estágio foi possível conhecer os serviços, a sua organização e dinâmica, o sistema de informação e modo de registos informáticos e os protocolos existentes. O acolhimento, por parte da equipa de enfermagem, favoreceu o processo de integração e desde logo se prontificaram a esclarecer todas as dúvidas e a proporcionarem o máximo de oportunidades de aprendizagem.

No decurso do estágio, em todas as áreas, foi necessário recorrer à pesquisa de evidências científicas, capazes de suportar os diagnósticos e as

intervenções, não só na área da Enfermagem, mas também no domínio das ciências biomédicas, sociais e humanas, entre outras, no sentido de dar resposta aos cuidados individualizados e culturalmente congruentes com a singularidade da mulher e família, a cuidar.

Porque consideramos que a investigação tem um papel crucial na construção do conhecimento científico da enfermagem para compreender e agir face à complexidade do processo da maternidade, desenvolvemos estratégias de pesquisa que nos permitissem promover a consolidação da investigação nas práticas e, ainda, de acordo com a perspetiva de Lowdermilk e Perry (2008), efetuar um estudo no âmbito da maternidade e da saúde das mulheres, especificamente no que concerne à eficácia das estratégias de enfermagem para cuidar e assim legitimar a afirmação de que os cuidados de enfermagem, efetivamente, fazem a diferença.

1.1. Aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EEESMO

A nossa atuação, ao longo do processo de desenvolvimento de competências, teve em conta que os conhecimentos e competências do EEESMO, o colocam numa posição singular no que concerne à identificação de focos de atenção, diagnósticos, critérios de diagnóstico, intervenções e resultados esperados, face ao bem-estar das famílias, e as suas intervenções devem centralizar-se na unidade familiar, enquanto foco de cuidados, não só na saúde da mulher que deseja ter filhos, como na mulher que já os tem, e ainda na mulher que já ultrapassou a idade reprodutiva, tendo sempre em conta a unidade familiar e social em que se inserem (Graça, 2010).

De acordo com o mesmo autor o EEESMO é um pilar indispensável no acompanhamento da mulher, companheiro e família, e a sua intervenção ao longo do contexto de saúde/ doença da vida da mulher, conduz a importantes ganhos em saúde, muito pela relação de apoio e coordenação, que estabelece com os utentes e com a equipa multidisciplinar de saúde.

Nos próximos subcapítulos serão explanadas as atividades realizadas ao longo do estágio, demonstrando o conhecimento e competências específicas que foram adquiridas para a prestação de cuidados especializados à mulher e família durante o período pré-natal, TP e parto e pós-natal.

1.1.1. *Gravidez com patologia associada*

A gravidez é um acontecimento fisiológico normal que acarreta diversas modificações no organismo da mulher, que começam na primeira semana de gestação e se mantêm durante todo o período gestacional (Oliveira [et al.], 2010).

Atualmente sabe-se que durante esta fase, mesmo ocorrendo alterações anatómicas, endócrinas, hemodinâmicas e imunológicas importantes, o organismo feminino mantém-se em equilíbrio dinâmico por mecanismos compensatórios. Porém, Martins, Rezende e Vinhas (2003), referem que o limite entre a normalidade e a doença é extraordinariamente ténue e que o desequilíbrio apresenta um elevado risco de morbidade e mortalidade materno-fetal.

Dourado e Peloso (2007) relatam que, aproximadamente 20% das grávidas apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável da gravidez, tanto para a própria mãe como para o feto, constituindo, assim, o grupo designado de *grávidas de risco*. Neste sentido, uma vigilância eficaz permite conhecer, e antecipar a prevenção de alguns dos problemas desde a conceção ao planeamento, para concretizar o desejo de ter um filho, mesmo tendo conhecimento de que tinham um problema anterior à gestação, poderá contribuir para a melhoria dos cuidados prestados às mulheres grávidas.

Neste sentido a nossa atuação corroborou com a perspectiva de Oliveira [et al.], (2010), de que a enfermagem possui uma assistência sistematizada que visa atender as necessidades de grávida de forma holística. Para tal, construímos estratégias capazes de melhorar a

qualidade, facilitar a interatividade e perceber a multidimensionalidade dos cuidados nas práticas, já que vivenciar uma gravidez de risco caracteriza-se por um processo complexo, dinâmico, subjetivo e diversificado, podendo ser vivido individual ou socialmente.

Ao ocorrerem alterações no estado de equilíbrio dinâmico e fisiológico gestacional, podem surgir intercorrências precedidas de sinais e sintomas que poderão interferir no bem-estar materno e fetal (Magalhães [et al.], 2011).

As situações de cuidados que pudemos experienciar na UGR, possibilitaram a reflexão sobre o impacto da patologia durante a gravidez, e perceber a importância do cuidado especializado, das competências a adquirir, bem como a mobilização de conhecimentos para poder dar resposta à necessidade de cuidados individualizados. Assim, a abordagem bio-psico-social, cultural e espiritual tornou-se essencial à garantia de qualidade, para a personalização dos cuidados no âmbito dos focos de atenção, diagnósticos e intervenções específicas, no domínio do aconselhamento, orientação, e apoio à grávida e família, na promoção da adaptação às alterações fisiológicas da gravidez, bem como aos desconfortos que daí podiam advir. A deteção precoce de desvios da gravidez fisiológica foi outra competência desenvolvida durante o estágio, com o intuito de prevenir, identificar, referenciar e tratar as possíveis complicações materno-fetais.

Os diagnósticos mais frequentes, por nós formulados, e as respetivas intervenções resultaram de situações que requeriam cuidados especializados nomeadamente a grávidas internadas portadoras de: ameaças de parto pré-termo (APPT), a grávidas com rutura prematura de membranas (RPM), restrição do crescimento intra-uterino (RCIU), doenças hipertensivas da gravidez, oligoâmnios, hidrâmnios, metrorragias, entre outras.

Para delinear as intervenções, como já foi atrás referido, foi necessário, recorrer à recontextualização de conhecimentos, já adquiridos, que suportassem as nossas intervenções.

Sabemos que a rutura de membranas é um evento que normalmente acontece no decorrer do trabalho de parto. Todavia, esta pode acontecer em qualquer momento da gravidez, sendo designada por RPM, se acontecer antes das 37 semanas, e é responsável por cerca de um terço dos partos pré-termo, sendo em grande parte a causa de morbilidade e mortalidade perinatal (Graça, 2010).

Autores como Braga e Okasaki (2004) referem que um dos procedimentos importantes é a identificação correta da data da gravidez, pois perante este dado poderão ser tomadas atitudes corretas, de acordo com a idade gestacional. Também Matias, Tiago e Montenegro (2002), corroboram a ideia e referem, ainda, que cerca de 10 a 45% das mulheres grávidas desconhecem a data da última menstruação.

Assim, e reportando-me à experiência na UGR, uma grávida ficou internada por apresentar RPM. Com a idade gestacional de 26 semanas, o feto é considerado pré-viável, encontrando-se em fase crucial do seu desenvolvimento pulmonar. A ocorrência de morte fetal é frequente, pelo que a grávida e o acompanhante foram informadas do mau prognóstico fetal e neonatal e dos riscos de infeção que desta situação decorrem, tal como refere Graça (2010).

O internamento hospitalar bem como o repouso absoluto no leito parece ser apontado por diversos autores, e visa aumentar a probabilidade de restabelecimento da integridade das membranas amnióticas. Também a monitorização materno-fetal foram intervenções desenvolvidas, através de avaliações frequentes da vitalidade fetal, sendo que antes das 28 semanas os períodos de ausência de reatividade não devem ser encarados patológicos. Devido ao elevado risco de infeção, tornou-se também essencial ter em atenção qualquer sinal ou sintoma de infeção - taquicardia, hipertermia, contractilidade uterina, aspeto e consistência do líquido amniótico. (Graça, 2010), (Golino, Chein e Brito, 2006), (Pierre [et al.], 2003).

No caso acima referido, a equipa médica optou pelo tratamento conservador, pelo que, como intervenção interdependente foram administrados corticosteroides associados a terapêutica antibiótica, com o

objetivo de tratar ou prevenir a infecção ascendente aumentando o tempo de latência e conseqüentemente diminuir a morbidade neonatal. Relativamente, à administração de tocolíticos, e como se presenciou um período de contractilidade uterina, estes foram administrados até se atingir o período de máxima eficácia dos corticosteroides, apesar de não prolongarem significativamente a gravidez (Graça, 2010).

Outra situação que pudemos experienciar que requereram cuidados especializados foi na situação de APPT, que se caracterizou pela presença de contrações uterinas frequentes, regulares, dolorosas, com segmento inferior uterino distendido, mas sem repercussões a nível do colo uterino, antes das 37 semanas (Campo, Montenegro e Rodrigues, 2008).

Tendo em conta a idade gestacional, as atitudes terapêuticas tinham por base a tocolise, a corticoterapia, a neuroprotecção fetal com sulfato de magnésio e antibioterapia profilática direcionado ao *streptococos* do grupo B, bem como o repouso absoluto ou relativo e a vigilância do bem-estar materno-fetal.

Para além dos cuidados que envolvem as intervenções interdependentes acima referidas, foram realizadas outras intervenções no âmbito do suporte emocional à mulher e família. Assim foi possível permitir a presença do acompanhante, a expressão de sentimentos e dúvidas, esclarecer e explicar os diferentes tratamentos, proporcionar um ambiente calmo, assistir as grávidas no seu autocuidado aquando a indicação de repouso no leito, bem como ensinar e assistir a grávida no seu posicionamento promovendo assim a perfusão placentária e reduzir a pressão sobre o colo uterino.

Outra das situações em que prestamos cuidados especializados, foi a mulheres grávidas com alterações na gravidez, RCIU, que constitui a segunda causa de mortalidade perinatal, depois da prematuridade (Salge [et al.], 2008).

Atualmente são apontados múltiplos fatores etiológicos para os casos de restrição do crescimento fetal, que envolvem mecanismos complexos, dificultando assim a compreensão da sua fisiopatologia. Destes destacam-se

os maternos, os fetais e os placentários, (Neto, Córdoba e Peraçoli, 2011); (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

Perante o diagnóstico de um feto com crescimento restrito, implica ter o conhecimento sobre as intervenções específicas, tais como: avaliar o grau de deterioração da oxigenação fetal; assegurar a maturidade fetal e promover o parto o menos traumático possível, apenas quando existir a garantia da maturidade pulmonar ou se surgirem sinais de agravamento do estado fetal. Pela sua causa multifatorial, a orientação clínica de fetos com RCIU deve ser individualizada não existindo protocolos de atuação nestas situações (Graça, 2010).

Face ao exposto, tendo em conta que a maioria das intervenções não fazem parte da nossa tomada de decisão, nesta situação a nossa colaboração na supervisão, no gerir o ambiente, no instruir e orientar a grávida e família, revelou-se de extrema importância para a supressão de fatores que possam agravar e ou contribuam para a RCIU, já que para além do repouso absoluto da grávida, de preferência em lateral esquerdo, para evitar compressão da veia cava inferior, não existe tratamento eficaz para a RCIU. Assim, o internamento tem a vantagem de garantir o repouso absoluto bem como a avaliação fetal diária (cardiotocografia ou auscultação dos ruídos cardíacos fetais através do doppler).

A maturação fetal era assegurada através da corticoterapia prescrita, e por nós administrada. De acordo com Campos, Montenegro e Rodrigues (2008) está sempre indicada quando existe a necessidade de terminar a gravidez antes das 34 semanas.

A par das intervenções acima referidas e no âmbito do autocontrolo: ansiedade, foi possível encorajar a comunicação expressiva de emoções, encorajar ao esclarecimento de dúvidas, instruir técnicas de relaxamento, promover escuta ativa promover o suporte familiar, explicar todos os procedimentos, gerir ambiente físico, incentivar e assistir no posicionamento em decúbito lateral esquerdo e ensinar sobre sinais de alerta, como a contagem de movimentos fetais: 10 movimentos em 12 horas.

No âmbito do conhecimento foram implementadas intervenções objetivando a promoção de uma gravidez saudável e da parentalidade, sendo incentivada a presença do convivente significativo durante o internamento, vigiado o estado emocional daquela família, bem como executadas técnicas de relaxamento e de distração, permitindo assim o bem-estar da grávida.

Segundo Zamperi (2001), com o internamento da grávida, podem surgir alterações no contexto familiar, pois esta está afastada do domicílio, das atividades laborais e domésticas, promovendo assim a sua ansiedade, solidão, depressão e medo. Nesta fase, o nosso apoio, à mulher e família, como EEESMO, foi fundamental, pois esta situação provoca ansiedade na grávida, podendo sentir-se culpada pela situação, tal como refere Lowdermilk e Perry (2008). Estabelecer uma relação de confiança com a grávida e a família, constituiu uma das nossas intervenções, no sentido de identificar possíveis situações de risco e sinais de deterioração da saúde mental dos mesmos, corroborando com a perspetiva de Cepêda, Brito e Heitor (2006).

No HPH existe o serviço de Psicologia para o qual foram referenciados os casos que necessitaram de cuidados especializados no âmbito da saúde mental, garantindo assim uma resposta adequada nos casos mais problemáticos.

Para além dos cuidados prestados a grávidas internadas devido a patologias associadas à gravidez, foram realizadas intervenções que visaram a promoção do autocuidado e de estilos de vida saudáveis. Assim, em função das necessidades expressas pelas mulheres bem como as por nós identificadas foram planeadas e implementadas intervenções no âmbito do conhecimento diminuído relativamente à manutenção de um estilo de vida saudável durante a gravidez.

Concretizando, foram diversas as questões colocadas relativamente à ingestão nutricional, aumento de peso e exercício físico na gravidez e sobre o consumo de tabaco e cafeína. Neste sentido, uma ingestão nutricional adequada é fundamental para a promoção de uma gravidez saudável, contribuindo para a manutenção da saúde materna e suprimento de

nutrientes adequados ao desenvolvimento fetal. É necessário compreender que as necessidades energéticas variam consoante o tempo de gestação, de forma a adequar a dieta (Lowdermilk & Perry, 2008).

Apesar de não existir um consenso relativo ao aumento de peso ideal durante a gravidez é crucial perceber que este aumento ponderal é resultante de vários fatores. Assim, a nossa ação consistiu em informar sobre os conhecimentos que deviam ter sobre os valores a que o aumento de peso se deve manter ao longo da gestação, de forma a evitar o seu bem como a obesidade materna, pois são fatores fortemente associados a patologias como a pré-eclampsia e diabetes gestacional, partos distócicos, macrosomia fetal, hipoglicemia neonatal mortalidade perinatal e infantil bem como obesidade infantil (Shub [et al.], 2013).

No que concerne à atividade física durante a gestação, e segundo o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2002, cit por Batista [et al.], 2003), esta deve ser de intensidade regular e moderada. O desenvolvimento de um programa adequado, ao período gestacional em que a mulher se encontra, com as atividades centradas nas condições de saúde da grávida, na experiência em praticar exercício físico e na vontade e necessidade da mesma, constitui uma mais-valia.

Relativamente ao abuso de substâncias nocivas, foi explicado de acordo com a situação específica de cada grávida, que a ingestão ocasional de bebidas alcoólicas pode não ser prejudicial para a mãe e para o desenvolvimento do embrião/feto. No entanto, a abstinência completa de álcool está recomendada pelo aumento do risco de abortamento espontâneo e desenvolvimento da síndrome alcoólico fetal (Sarkola [et al.], 2012).

Perante uma situação de consumo de tabaco, a grávida internada foi instruída de que a exposição ao fumo de tabaco, bem como o seu consumo, está associado a restrições do crescimento fetal, aumento das taxas de morbilidade e mortalidade perinatal e infantil, parto pré-termo, RPM, placenta prévia e morte fetal, tal como afirmam Sarkola e colaboradores (2012).

Constatamos que no internamento se encontrava uma grávida que tinha o hábito de beber café, face ao tempo de gestação e a situação patológica de RCIU desenvolvemos intervenções no âmbito do ensinar que o consumo de cafeína durante a gravidez é prejudicial para o feto, aumentando o risco de RCIU, baixo peso ao nascer, parto prematuro e abortamento espontâneo corroborando o apresentado por Sengpiel [et al.] (2013) e por WiśNiewska-ŁOwigus e Drobik (2013).

Relativamente à quantidade de cafeína aconselhada a ingerir por dia, parece trazer controvérsias, existindo autores que apontam que não deve ser superior a 200mg/dia nos países nórdicos ou 300mg/dia nos EUA.

Contudo uma revisão sistemática da literatura, realizada por Jahanfar e Jaafar (2013), incluiu um estudo Dinamarquês, que envolveu mulheres grávidas com menos de 20 semanas distribuídas aleatoriamente por dois grupos, onde ingeriram café instantâneo com cafeína ou café solúvel descafeinado. O resultado aponta no sentido de que, beber três chávenas de café por dia, no início da gravidez, não teve efeitos negativos sobre o RN. Os autores dizem ainda que é necessário realizar mais ensaios com o objetivo de confirmar ou refutar os efeitos da cafeína. Outros autores defendem que o consumo não superior a 300mg/dia de cafeína não traz implicações na duração da gravidez, nem efeitos negativos no RN (Morgan, Koren w Bozzo, 2013) (Maslova [et al.], 2010) (Jarosz, Wierzejska e Siuba, 2012).

Neste sentido, as mulheres foram aconselhadas a não ingerirem mais de 300mg/dia de cafeína.

O maior desconforto referido pelas mulheres internadas foi os edemas dos membros inferiores. Após avaliar o seu conhecimento relativo a esta situação foi notório o défice do mesmo, pelo que foi explicado, de acordo com Lowdermilk e Perry (2008), que os edemas maleolares e dos membros inferiores estão associados a longos períodos da posição de pé ou sentada, a posturas incorretas, à falta de exercício, a roupas apertadas ou ao clima quente. As grávidas foram incentivadas a ingerir líquidos para aumentar o débito urinário, vestir meias elásticas antes de se levantarem,

fazer períodos de repouso com os membros inferiores elevados e orientadas para comunicar ao EEESMO se o edema generalizar.

Concluindo esta etapa, o grande objetivo foi promover o autocuidado dotando a grávida e família de conhecimentos para melhor se adaptarem à gravidez e adquirirem comportamentos saudáveis.

1.1.2. Trabalho de Parto, Parto e adaptação à vida extrauterina

O trabalho de parto e o nascimento representam o final da gravidez, o início da vida extrauterina para o RN e uma transição na vida da mulher/casal (Lowdremilk e Perry, 2008).

O parto pode ser considerado como um dos momentos mais marcantes na vida da mulher, cujos sentimentos experienciados serão lembrados minuciosamente. Neste sentido, é algo isento de neutralidade, podendo assim “mobilizar grandes níveis de ansiedade, medo, excitação e expectativas” (Lopes [et al.], 2005).

A primeira experiência de parto pode ter um impacto, positivo ou negativo, que se reflete durante toda a vida. Deste modo, esta vivência é influenciada por diversos fatores, dos quais se evidenciam os procedimentos obstétricos, a participação nos cursos de preparação para o parto, a história obstétrica anterior bem como o seu desenlace, a evolução da gravidez, as expectativas geradas em relação ao momento do parto e em relação ao próprio filho (Lopes [et al.], 2005).

Neste contexto, durante o trabalho, efetuamos o parto tal como preconiza a Ordem dos Enfermeiros (2010), com segurança, otimizando a saúde da mulher e do RN na sua adaptação à via extrauterina. Os cuidados centraram-se na avaliação e apoio à parturiente e família, com o objetivo de garantir os melhores resultados possíveis.

Tivemos em consideração o primeiro contacto com a parturiente e a forma como comunicamos, pois consideramos de extrema importância a

disponibilidade demonstrada para encorajar o esclarecimento de dúvidas e colocar as suas preocupações.

Assim, aquando da admissão de uma parturiente no BP, estas eram recebidas de forma acolhedora, potenciando o vínculo com ela e a família, por forma a obter confiança, elemento fundamental no sucesso e continuidade dos cuidados, tal como refere Dotto, Mamede e Mamede (2008).

A elaboração do plano de cuidados de cada parturiente foi fundamentado na avaliação inicial realizada, pois envolver a mulher como parceira nos cuidados ajuda a preservar a sensação de controlo, permite a sua participação no nascimento do filho, reforça a sua autoestima e nível de satisfação (Lowdermilk e Perry, 2008).

Torna-se clara a importância da avaliação inicial para o planeamento e conceção de cuidados à parturiente. Globalmente, esta etapa do processo de enfermagem consistiu na recolha de dados sobre a parturiente, como o estado civil, profissão, antecedentes pessoais e familiares, medicação domiciliária, grupo sanguíneo, alergias, avaliação e registo dos sinais vitais, uso de substâncias, integridade da pele, e dados acerca da história ginecológica e obstétrica. Ainda no que concerne à parturiente eram registados os dados acerca da gravidez atual, tais como: o local da assistência, o peso ganho durante a gravidez, o método de preparação para o parto, os exames complementares de diagnóstico realizados, a idade gestacional, o índice obstétrico - gesta, para, abortamentos, número de partos pré-termo e filhos vivos, a integridade das membranas/ características do líquido amniótico e o índice de Bishop - extinção, dilatação, consistência do colo uterino, posição e plano de Hodge. Paralelamente, era colhidos dados sobre o progenitor como a idade, antecedentes pessoais e uso de substâncias. No caso de o progenitor não ser o acompanhante era recolhidos igualmente dados sobre o acompanhante da grávida, concretamente o nome e o contacto.

Com o intuito de potenciar o *empowerment* da parturiente, era criado um ambiente propício a um diálogo com a mesma relativamente a decisões que estas poderiam tomar desde que são admitidas no bloco de

partos. Questões como a presença de um acompanhante permanente, gestão do ambiente da sala - música, luz e temperatura, gestão da dor - informação sobre a opção de métodos não farmacológicos como exercícios na bola de parto, massagem e duche morno ou analgesia epidural, e após o nascimento do filho quem corta o cordão umbilical, ter ou não contacto pele a pele colocando o RN sobre o seu abdómen e amamentar na primeira hora de vida, foram colocadas à parturiente. Proporcionar estes momentos às parturientes permite que estas se desenvolvam e utilizem as suas capacidades e desejos, potenciando a sua autonomia e plenitude das capacidades físicas, afetivas e psíquicas, tal como refere Pereira e Bento, (2012).

Durante o trabalho de parto e nascimento, são diversos os aspetos que podem proporcionar suporte à mulher, como cuidados físicos, medidas de conforto, aconselhamento e informação bem como o apoio emocional. Considerando este facto e segundo as *guidelines* apresentadas pelo *Royal College of Midwives* (2012) relativas ao apoio da parturiente, o suporte dado à mulher compreendeu quatro dimensões: apoio emocional, apoio informativo, apoio físico e defesa das suas escolhas. Para tal foi essencial auxiliar a parturiente na manutenção do autocontrolo e participação no nascimento do filho, para alcançar as suas expectativas em relação ao trabalho de parto, ajudar nas suas decisões, respeitar as suas escolhas, auxiliar no controlo da dor, reconhecer e elogiar os esforços da parturiente e companheiro durante o trabalho de parto.

Relativamente ao acompanhante ou pessoa significativa indicada pela parturiente, foi o pai da criança, a mais frequente. Houve situações em que por ausência deste, era a mãe ou irmã parturiente. Tal como refere Hoga e Pinto (2007) e o *Royal College of Midwives* (2012), a sua presença e apoio são cruciais pois são capazes de, mais facilmente, providenciar medidas de conforto à grávida, persuadi-la da dor, através de medidas não farmacológicas como o toque e massagens.

A presença paterna contínua na sala de partos foi muito incentivada pois tal como refere Perdomini (2010), esta é benéfica para a parturiente e traz recordações positivas que se tornarão marcantes na vida do casal, pois

acompanha toda e qualquer alteração durante o trabalho de parto e nascimento do filho.

Apesar de ser fundamental a presença do pai/ acompanhante durante o trabalho de parto e nascimento, este é exposto a imagens e odores que pode nunca ter vivenciado, pelo que foi informado que durante o processo de trabalho de parto, parto ou pós-parto, se poderia retirar da sala de parto para se recompor, e a sua decisão foi respeitada e apoiada evitando assim uma experiência traumática, quando o próprio não se sente preparado para a viver.

Outro cuidado que tivemos foi a gestão do ambiente da sala, disponibilizamos música e deixamos ao critério da parturiente a luminosidade e temperatura da sala, para que se sentisse inserida num ambiente calmo e acolhedor.

Durante o trabalho de parto, o cuidado transcendeu a utilização de procedimentos técnicos, envolvendo, sim, a sensibilidade e, no processo do nascimento, todas as habilidades essenciais, delineando um cuidado sensível, tal como perspectiva Frello e Carraro, (2010).

É de referir, também, que durante este processo e desenvolvimento do trabalho de parto, foram evidentes os níveis de ansiedade apresentados pelos pais, pelo que sempre que fomos solicitadas bem como quando percebemos ser pertinente, partilhamos a informação sobre a evolução do trabalho de parto, esclarecemos dúvidas e discutimos as expectativas dos pais no que respeitou ao nascimento do bebé.

A grande maioria das parturientes referiu ter dor ao longo da progressão do trabalho de parto de evolução normal. A dor consiste num fenómeno desagradável, complexo e individual e é composta por componentes, quer sensoriais, quer emocionais.

Durante o primeiro estadio do trabalho de parto, a dor sentida pela parturiente deveu-se principalmente às contrações uterinas, dilatação do colo e distensão do segmento inferior (Graça, 2010).

A dor que predomina durante o primeiro estadio do trabalho de parto é uma dor visceral, e localiza-se sobre a porção inferior do abdómen, irradiando para a região lombo-sagrada, cristas ilíacas, região glútea e para

as coxas. A parturiente só sente esse desconforto durante as contrações, não se verificando dor no intervalo das mesmas (Bismark, 2003). À medida que o primeiro estadio progride, as contrações uterinas são mais intensas e as dores tornam-se mais fortes, estendendo-se à região infra umbilical, lombar alta e sagrada (Graça, 2010).

Durante o segundo estadio de trabalho de parto, aos estímulos dolorosos do primeiro estadio, juntam-se os estímulos provocados pela compressão da apresentação fetal sobre as estruturas pélvicas, pela distensão do períneo e pela tração da saída do feto. A dor é causada pelo estiramento das fâscias dos tecidos subcutâneos e pela compressão sobre os músculos esqueléticos e aponevroses da zona perineal, tendo origem em áreas de enervação dos nervos pudendos (Bismark, 2003).

A dor do terceiro estadio do trabalho de parto, assim como a dor do período pós-parto imediato, é uterina e idêntica à sentida no início do primeiro estadio de trabalho de parto (Lowdermilk e Perry, 2008).

Assim, um dos focos merecedores da nossa atenção era o autocontrolo, classificando como eficaz ou não após avaliar o mesmo. Associado a um juízo negativo, as nossas intervenções passaram por assistir a pessoa no posicionamento, assistir na técnica respiratória, executar técnica de distração, facilitar a presença de acompanhante, entre outras.

No domínio do conhecimento e aprendizagem de habilidade relativos ao autocontrolo durante o trabalho de parto, foi possível ensinar, instruir e treinar sobre o trabalho de parto, técnicas de relaxamento, técnicas de distração, posicionamentos, etc., sempre que eram identificados défices nestas áreas.

A ansiedade está habitualmente associada ao aumento da dor durante o trabalho de parto. Apesar de a ansiedade moderada ser considerada normal, a ansiedade e medo excessivos aumentam a secreção de catecolaminas, potenciando a dor. À medida que o medo e a ansiedade aumentam, eleva-se a tensão muscular, diminui a eficácia das contrações uterinas, aumenta a experiencia de desconfortos e inicia-se um ciclo de medo e de ansiedade crescente que atrasa a progressão do trabalho de

parto, tal como refere Santos, Palma e Roncon (2004) e Boing, Sperandio e Santos (2007).

Assim sendo, o alívio da dor tornou-se essencial. Percebemos que o que determinou e influenciou a percepção da mulher sobre o parto, classificando-o como bom ou mau, prendeu-se com a experiência da dor e a sua forma de lidar com a mesma. Para minimizar o desconforto foram realizadas diversas intervenções com diferentes perspetivas, mediante os desejos das parturientes.

Como medidas não farmacológicas para alívio da dor, e tendo em conta a política do serviço de BP do HPH, foram proporcionados momentos de deambulação, liberdade de escolha de posições e movimentos com ou sem bola de pilates; realizadas massagens de relaxamento em diferentes regiões do corpo; foi também permitida a ingestão de líquidos em pequenas quantidades; e realizados ensinamentos relativos a técnicas respiratórias promotoras da oxigenação, durante as contrações, e de relaxamento, quando detetado o seu défice de conhecimento.

Relativamente às medidas farmacológicas utilizadas para o alívio da dor, foi explicado às parturientes que deveriam ser adotadas antes de a dor ser extremamente severa. Em relação a este aspeto, não sendo da nossa competência a sua prescrição, recontextualizamos saberes, já teoricamente adquiridos e seguimos a perspetiva de Lowdermilk e Perry, (2008), de que o domínio da anestesia e analgesia obriga à conjugação da experiência com o conhecimento especializado, à compreensão da anatomofisiologia da parturiente, dos fármacos, dos seus efeitos terapêuticos e adversos e das vias de administração.

Apesar de existirem diferentes técnicas de analgesia no trabalho de parto, como a sistémica, a inalatória e a loco-regional, a técnica mais comumente utilizada foi a analgesia epidural, pois constitui a técnica mais eficaz no alívio da dor em todas as fases do trabalho de parto e, se criteriosamente utilizada, é esta que produz menos efeitos secundários materno-fetais (Graça, 2010).

Assim, e se a opção da parturiente ocorresse neste sentido, o anestesista era contactado e chamado ao BP, apresentando este

disponibilidade 24 horas por dia. A nossa ação consistia em reunir o material necessário à execução da técnica, bem como explicação do procedimento e os fármacos que seriam administrados, sendo obtido o consentimento informado para a realização do procedimento.

Para além do suporte emocional, foram realizados ensinamentos às parturientes com a intenção de colaborarem no procedimento, como manter a posição ideal aquando do procedimento e técnicas respiratórias no momento da contração uterina.

Associado a este procedimento, as intervenções por nós realizadas após a administração dos fármacos, abrangeram a monitorização dos sinais vitais maternos, avaliação do bem-estar fetal, através da cardiocotografia (CTG), bem como a vigilância da eliminação urinária, pelo risco de retenção urinária.

Apesar de a opção das parturientes ir de encontro à analgesia epidural como método de alívio da dor, surgiram situações que se recorreu à analgesia sistémica, através da administração de Tramadol ou Petidina. Cunha (2010) refere, na sua revisão da literatura sobre analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto, que a Petidina é o opióide mais usado por via intramuscular para alívio da dor, e que comparativamente com o uso do Tramadol, não existiu diferença no que concerne ao alívio da dor, duração de trabalho de parto. No entanto foram apontados mais efeitos colaterais maternos quando foi administrada a Petidina.

Também relativamente ao RN, são vários os autores que referem a associação da administração de opióides à depressão respiratória, diminuição do estado de vigília e diminuição do reflexo de sucção neonatal. Mercer [et al.] (2007), apontam que não existe evidência que esclareça a relação direta entre a dosagem de medicação administrada e a depressão respiratória. Contudo, referem que esta é mais elevada se o nascimento ocorrer entre uma a quatro horas após a administração dos fármacos.

Uma revisão sistemática realizada por Leighton e Halpern (2002, cit por Mercer [et al.], 2007) refere que os RN expostos a opióides parenterais apresentaram uma maior incidência no score do índice de Apgar ao primeiro minuto inferior a sete, comparativamente aos RN expostos a

anestesia epidural. No entanto, na avaliação do índice de Apgar ao quinto minuto, os resultados não diferiram significativamente.

Perante estas evidências tornou-se importante a avaliação da resposta fetal à administração dos fármacos, bem como o registo do tempo decorrido entre a administração e o nascimento, tal como refere Bismark (2003).

A identificação e monitorização do trabalho foi uma das competências do EEESMO desenvolvidas no estágio, pelo que foi necessário recontextualizar os conhecimentos de forma a garantir os melhores cuidados à parturiente e família.

Assim, tornou-se essencial saber que o trabalho de parto se divide em três estadios: o primeiro estadio compreende a dilatação e extinção do colo do útero e está dividido em três fases: latente, ativa e de transição; o segundo estadio ou período expulsivo ocorre desde a dilatação completa até à expulsão fetal; a dequitação ou terceiro estadio compreende a expulsão da placenta e membranas. O quarto estadio, é apontado por alguns autores e inicia-se logo após o dequite, e decorre nas duas primeiras horas de pós-parto imediato, pelo elevado risco de hemorragia puerperal (Amorim, Porto e Souza, 2010) (Frello e Carraro, 2010).

Durante o estágio e com o objetivo de adequar as intervenções a cada situação, os cuidados por nós prestados basearam-se nas características dos padrões evolutivos normais do trabalho de parto apresentadas por Graça (2010), tal como apresentado na Tabela 1.

	Nulípara	Múltipara
1º estadio		
<i>Duração - Fase latente</i>	Até 20 horas	Até 14 horas
<i>Dilatação - Fase ativa</i>	>1,2 cm/h	>1,5 cm/h
<i>Duração - fase de desaceleração</i>	Até 3 horas	Até 1 hora
<i>Descida da apresentação</i>	> 1 cm/h	> 2 cm/h
2º estadio		
<i>Duração normal</i>	45 a 60 minutos	15 a 20 minutos
3º estadio		
<i>Duração normal</i>	Até 30 minutos	Até 30 minutos

Tabela 1: Padrões evolutivos normais do trabalho de parto

A admissão das parturientes no BP, teve por base a ideia de Amorim, Porto e Souza (2010), quando afirmam que a admissão deve ocorrer quando esta se apresenta em trabalho de parto ativo, ou seja, apresentar contrações uterinas regulares, e uma dilatação cervical superior ou igual a 3cm. Neste sentido, uma política de admissão precoce pode implicar intervenções desnecessárias, como uso precoce de ocitocina, analgesia epidural, em fase latente prolongada, e consequente maior duração do trabalho de parto intra-hospitalar (Amorim, Porto e Souza, 2010).

Relativamente ao processo de Enfermagem, neste momento era identificado o foco trabalho de parto e o seu *status* atribuído pelas seguintes atividades diagnósticas: avaliar o índice de bishop e monitorizar a gravidez. Assim, em casos de idade gestacional superior a 37 semanas e um índice de bishop inferior a 7, o diagnóstico atribuído seria Oportunidade de TP; caso apresenta-se um índice de bishop superior a 7, o diagnóstico de enfermagem seria TP.

Simultaneamente à dilatação e extinção do colo uterino, dá-se a progressão fetal através do canal de parto por diversas rotações e ajustamentos, denominados por mecanismo de parto. Este mecanismo é composto por sete movimentos cardinais que ocorrerem simultaneamente até à expulsão do feto. Contudo, este padrão de descida da apresentação fetal pode ser muito variável. Graça (2010), refere que nas nulíparas, mesmo antes do início do TP, o polo cefálico pode encontrar-se ao nível das espinhas isquiáticas, e nas múltiparas é comum a descida da apresentação iniciar-se quando a dilatação está completa.

O primeiro movimento cardinal é o encravamento do polo cefálico, que ocorre quando o diâmetro biparietal atravessa o estreito superior da bacia. A descida representa a progressão da apresentação, e depende da pressão exercida pelo líquido amniótico, da pressão exercida no feto pelo fundo do útero contraído, da contração do diafragma, dos músculos abdominais maternos e da extensão e alinhamento do corpo do feto. A flexão do pescoço do feto ocorre quando a cabeça encontra resistência, quer seja do colo, da parede ou do pavimento pélvico, permitindo que seja o menor diâmetro suboccipito-bregmático a atravessar o estreito inferior.

Sequentemente é ao nível das espinhas isquiáticas, quando a apresentação fetal roda e o seu diâmetro sagital coincide com o diâmetro ântero-posterior do canal de parto, que se inicia a rotação interna. No momento em que a cabeça do feto atinge o períneo, sofre uma deflexão anterior, provocada pelo mesmo, emergindo a cabeça por extensão. Depois da expulsão da cabeça esta vai rodar (rotação externa), cerca de 45 graus, voltando a alinhar a cabeça do feto com o dorso e os ombros, permitindo a saída do ombro anterior e depois o posterior, resultando por fim na expulsão do tronco e pernas, num movimento de flexão lateral em direção à sínfise púbica (Lowdermilk e Perry, 2008) (Graça, 2010).

Um dos aspetos mais importantes para uma condução adequada do trabalho de parto foi o seu registo. O instrumento utilizado no BP, foi o partograma, que consistiu na representação gráfica do trabalho de parto - dilatação, extinção do colo, descida da apresentação fetal, para além de outros dados como a frequência cardíaca fetal (FCF), integridade das membranas e contratilidade uterina, - permitindo acompanhar a sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e auxiliar nas tomadas de decisão mais adequadas, ajudando assim a evitar intervenções desnecessárias, corroborando Rocha [et al.] (2008) e Osanan [et al.] (2012).

Uma meta-análise realizada por Lavander, Hart e Smyth (2013) que envolveu cinco ensaios clínicos, concluiu não haver evidências suficientes para recomendar o uso rotineiro do partograma como parte do acompanhamento do trabalho de parto. No entanto, referem que como a sua utilização é comum e bem aceite pelas instituições, até existir evidencia científica disponível, a sua utilização seja determinada a nível local (Porto, Amorim e Souza, 2010).

A intervenção que serviu de base para o registo no partograma foi o exame vaginal, pois possibilitou avaliar se a mulher se encontra em verdadeiro trabalho de parto e a integridade das membranas. No entanto, numa revisão realizada por Downe [et al.] (2013), emerge o facto de não haver evidência científica suficiente para apoiar o uso rotineiro do exame vaginal durante o trabalho de parto.

Relativamente à frequência do exame vaginal, Dixon e Foureur (2010), mencionam autores que defendem que o exame vaginal deve ser realizado a cada duas horas (Lavender [et al.], 2005), (Pattiinson [et al.], 2003), contrapondo os resultados de estudos realizados por Albers (2001), que refere que o toque vaginal deve ser executado quando o comportamento materno ou sinais clínicos o sugerirem.

Durante o estágio foi possível perceber que alguns profissionais não tinham em conta o *timing* do último toque vaginal realizado. A elevada frequência desta intervenção invasiva pode ser geradora de *stress* materno e potenciar o traumatismo dos tecidos bem como aumentar o risco de infeção (Dixon e Foureur, 2010).

Corroborando com Dixon e Foureur (2010) e Lowdermilk e Perry (2008), o exame vaginal foi executado criteriosamente quando existiu uma necessidade de obter mais informação, como sendo no momento de admissão da grávida, quando ocorreu uma alteração significativa na atividade uterina, quando a mulher sentiu pressão na região perineal ou vontade de fazer esforços expulsivos, quando ocorreu rutura de membranas ou se observaram alterações no traçado cardiotocográfico.

Sendo a explicação completa do exame e o apoio à parturiente fatores importantes para a diminuição do *stress* e desconforto causado pelo toque vaginal, antes da sua realização foi explicada a forma como a mulher poderia contribuir para minimizar o desconforto, ou seja, adotando um posição confortável, e fornecida a informação de que através deste exame poderíamos avaliar a extinção e dilatação do colo, a integridade das membranas, bem como a apresentação fetal, a sua variedade e a descida da apresentação do feto no canal de parto.

Assim, os exames vaginais realizados tiveram em conta a individualidade de cada parturiente, bem como os benefícios e os potenciais danos que poderiam ser causados por esta intervenção.

A evolução do trabalho de parto, dá-se em grande parte pela ação das contrações uterinas. Estas podem ser voluntárias e involuntária, e a sua combinação promove a expulsão fetal e placenta. A avaliação das contrações uterinas foi feita através da palpação abdominal e colocação de

uma sonda externa - tocodinamómetro - no fundo uterino. No entanto, o relato da parturiente afirmou-se como dado essencial pois verificou-se que por vezes as informações dadas pela mulher não eram coincidentes com o registo gráfico. Pela fácil aplicação do tocodinamómetro, este pode deslocar-se e transmitir informações erradas.

Assim, e tal como referem Lowdermilk e Perry (2008), a sonda externa era reposicionada aquando da alteração da posição materna e fetal, bem como massajadas, suavemente, as áreas roborizadas sob o transdutor e mudada a posição do cinto, se necessário, com o objetivo de promover o conforto da parturiente.

As contrações uterinas são exibidas no gráfico sob a forma de sino, e podem ser caracterizadas pela sua frequência (3 a 4 em 10 minutos, na fase ativa; entre 4 a 5 no período expulsivo), intensidade (leve, moderada ou intensa), duração (45 a 90 segundos, na fase ativa) e tónus de basal (pressão na cavidade amniótica no intervalo das contrações - entre 5 a 10 mmHg) (Lowdermilk e Perry, 2008) (Graça, 2010). Apoiado nos parâmetros normais supracitados, qualquer alteração observada foi reportada ao obstetra de serviço, indo de encontro à competência que refere referenciar situações que estão par lá da nossa atuação.

Neste sentido, foi possível presenciar duas situações de taquissístolia uterina. Nestes casos, observou-se no gráfico da CTG mais de 5 contrações uterinas em 10 minutos, durante pelo menos 20 minutos. Estas duas situações ocorreram pelo facto de estar a ser administrada ocitocina endovenosa. A atitude imediata passou por suspender este medicamento, e administrar Salbutamol (protocolo existente no BP: 1 ampola de 5mg/5ml de Salbutamol, diluída em 500ml de SF, e perfundir a um ritmo de 150ml/h, cerca de 5 minutos). A par desta perfusão, foi essencial avaliar a FC materna pelo risco de taquicardia. Nos casos presenciados, não houve necessidade de reduzir o ritmo de perfusão de salbutamol. (Souza [et al.], 2010) (Brittar e Zugaib, 2009) (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

O Protocolo apresentado por Tran, Kulier e Hofmeyr (2012), refere que o uso de terapia tocolítica na taquissístolia uterina, não é consistentemente recomendado nas diretrizes atuais. No entanto, a diretriz

apresentada pela OMS (2011), aponta o uso de agonistas beta-adrenérgicos (salbutamol, por exemplo) em situações de taquissístolia durante o trabalho de parto, o que corrobora o protocolo em vigor no BP do HPH.

Outro aspeto que faz parte da monitorização da CTG é a avaliação da frequência cardíaca fetal. Neste sentido, foi importante compreender a relação entre a localização do ponto de intensidade máxima da frequência cardíaca fetal - foco, e a apresentação, atitude e posição fetal. Realizar as manobras de Leopold revelou-se essencial pois esta intervenção permite estabelecer essa relação.

Desde que as mulheres são admitidas no BP, existe indicação para ser monitorizada continuamente. Para além desta situação, o protocolo do serviço faz referência à monitorização contínua em situações de administração de ocitocina, analgesia epidural, amniotomia e em mulheres com cesariana anterior.

Contudo, a bibliografia encontrada refere que não existe diferença significativa entre a auscultação intermitente e a monitorização contínua, no que concerne à taxa de mortalidade perinatal, paralisia cerebral, embora se tenha verificado uma redução do número de crises convulsivas neonatais nos grupos em que existiu monitorização da FCF contínua. A este método está também associado um aumento do número de cesarianas e partos instrumentados (Amorim, Porto e Souza, 2010) (Silva [et al.], 2013) (Alfirevic, Devane e Gyte, 2013).

A prevenção da doença neonatal por *streptococcus B* é também alvo de crescente atenção e atuação dos profissionais de saúde, pelas importantes taxas de morbilidade e mortalidade, especialmente em RN prematuros. Devido à implementação de medidas profiláticas maternas intraparto, tem sido notória a redução na doença neonatal precoce por SGB (Moreira [et al.], 2013).

Segundo Apgar, Greenberg e Yen (2005, cit por Moreira [et al.], 2013), em mães colonizadas e sem fatores de risco, a eficácia da antibioterapia intraparto é de cerca de 89%. Neste sentido, existe um protocolo no BP, que refere a administração de Penicilina G, como antibiótico de primeira linha, a ser administrado nos casos em que se

verifica rastreio com cultura positiva durante a gravidez atual, RN anterior com doença neonatal invasiva por SGB, bacteriúria por SGB na atual gravidez, estado de colonização desconhecido e presença de um ou mais fatores de risco - RM igual ou superior a 12 horas, TP <37 semanas e febre intraparto igual ou superior a 38°C (Moreira [et al.], 2013) (Patterson, Winslow e Matus, 2008) (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

Tal como o descrito por Patterson, Winslow e Matus (2008) e Moreira [et al.] (2013), durante o estágio, a administração deste fármaco foi iniciado o quanto antes, e aguardou-se pelo menos quatro horas até ao nascimento. Nos casos em que o parto não aconteceu neste tempo, a administração de Penicilina G foi continuada em metade da dose.

Paralelamente, a admissão de uma mulher em TP e com rastreio positivo para SGB, a determinação da integridade das membranas (em caso de rutura espontânea deve-se estabelecer a hora exata) e as características do LA revelou-se de crucial importância para a prestação dos cuidados mais ajustados neste contexto específico.

Avaliar as características do LA foi fulcral, pois deu informações relativas ao bem-estar fetal. A presença de mecónio no LA intraparto pode surgir pela maturidade fisiológica, estando aumentada após as 38 semanas de gestação; resultar do peristaltismo e relaxamento dos esfíncteres induzidos por momentos de hipóxia, e pode ainda resultar da estimulação vagal induzida pela compressão do cordão umbilical, em fetos maduros (Maayan-Metzger [et al.], 2012) (Osava [et al.], 2012).

Segundo Duah, Paul e Duhan (2010), associado a este facto surgem os partos por cesariana, baixo índice de Apgar ao primeiro minuto e aumento dos internamentos nas unidades de cuidados intensivos neonatais. Paralelamente, e corroborando com os autores, nestas situações as mulheres foram monitorizadas continuamente e as intervenções geridas oportunamente, com o objetivo de evitar a aspiração fetal de mecónio e a asfixia grave.

Reportando-me agora aos momentos em que foi verificada a presença de mecónio no LA, a intervenção passou por comunicar ao

pediatra, preparar o material para a aspiração de secreções e o material de ventilação assistida, de modo a minimizar possíveis consequências nefastas.

Concomitantemente a esta situação, surge o protocolo de atuação perante uma mulher com RM superior a 12 horas, pois nestes casos existe elevado risco de infeção quer materna, quer neonatal (Marowitz e Jordan, 2007).

Nestes casos procedeu-se à administração de antibioterapia endovenosa, fazendo preferencialmente duas tomas no mínimo antes do parto. Uma revisão realizada, envolvendo 838 mulheres, revelou que o uso de antibióticos reduz significativamente o risco de infeção materna. No entanto, não foram encontradas diferenças significativas nos resultados referentes à morbilidade neonatal (Flenady e King, 2012).

Durante o período de permanência no BP foi possível prestar cuidados a mulheres cujo parto aconteceu antes das 35 semanas de gestação. Ocorreram duas situações em que as parturientes foram admitidas no BP com contractilidade uterina regular, dilatação superior a 6 cm e uma delas com rotura de membranas.

Perante estes casos, procedemos ao acolhimento da parturiente e acompanhante no BP, à monitorização da FCF e contractilidade uterina continua, atraso da rotura de bolsa pelo facto de uma delas ter rastreio para SGB positivo e necessitar de cumprir o protocolo apropriado, facilitar a analgesia epidural, realizar episiotomia por forma a facilitar o período expulsivo e diminuir o risco de lesões cerebrais por pressão intracraniana, tal como referem Júnior, Patrício e Félix (2013) e Clode, Jorge e Graça (2011).

A par das intervenções mais instrumentais surge o suporte emocional, efetuado através das seguintes intervenções: proporcionar um ambiente calmo e tranquilo, encorajar a verbalizar os medos e fornecer informação sempre que solicitada relativamente ao bem-estar fetal e evolução do TP.

A diabetes gestacional é uma patologia concomitante à gravidez que mereceu a nossa atenção pelo facto de serem elevados os números de parturientes com este diagnóstico. No entanto, todos os casos eram

tratados com dieta e nenhuma mulher necessitou de fazer correção insulínica durante a gravidez.

No que concerne à programação e indução do parto, o Consenso sobre a Diabetes e Gravidez (2011) refere que este poderá ocorrer entre as 40 e 41 semanas de gestação em grávidas com bom controlo metabólico. Pelo risco de complicações, como a morte fetal tardia e aumento excessivo de peso fetal aumentando as hipóteses de distocia de ombros e lesões do plexo braquial, era programada a indução do TP.

Neste sentido, o protocolo vigente fazia referência a, desde que era suspensa a alimentação oral, foi iniciada uma perfusão de soro glicosado a 5% ou polielectrolítico com glicose, a 125ml/h, até iniciar a alimentação oral. Para além deste cuidado, a glicemia capilar foi monitorizada e registada de 4 em 4 horas, bem como vigiados sinais de hipo e hiperglicemia.

Após o nascimento, e reiniciada a alimentação oral, a soroterapia foi suspensa, mantendo apenas as avaliações da glicemia capilar uma vez por dia, em jejum, procedimento este já realizado no serviço do puerpério. Relativamente ao RN, e pelo risco de ocorrerem hipoglicemias, a monitorização da glicemia capilar foi realizada antes das mamadas, e até se verificarem três valores consecutivos a 50mg/dl.

O relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez (2011) recomenda que no dia do parto seja administrada fluidoterapia com um soro polielectrolítico com glicose a 125ml/h, e as glicemias capilares sejam monitorizadas de 4 em 4 horas, tal como o realizado no BP. No entanto, o esquema insulínico recomendado era diferente do vigente no protocolo, bem como o plano de atuação no pós-parto. Neste contexto, verificou-se que este protocolo estaria em atualização no momento do estágio.

O TP disfuncional é descrito como aquele em que existem achados anormais, impeditivos da evolução normal da dilatação e extinção do colo uterino, bem como da progressão do feto. São conhecidos dois tipos de mecanismos responsáveis pela distocia no TP: dinâmicos e mecânicos. Os mecanismos de natureza dinâmica englobam as disfunções contracteis uterinas (disfunção hipotónica, hipertónica e anomalias do TP) e as forças

expulsivas voluntárias inadequadas. Os mecanismos de natureza mecânica englobam as anomalias da apresentação, posição e dimensões do feto, e as anomalias da bacia materna e tecidos moles do canal de parto (Graça, 2010).

Em contexto de estágio apenas tivemos contacto com distocias dinâmicas, pelo que serão esses os exemplos aqui apresentados, sendo que a disfunção hipertónica já foi abordada anteriormente.

No TP hipotónico a amplitude da CU é baixa, com duração não superior a 45 segundo e com um intervalo prolongada (cerca de duas em 10 minutos). Neste sentido, a pressão exercida torna-se insuficiente para dilatar o colo uterino a um ritmo satisfatório. Esta disfunção ocorre normalmente na fase ativa do TP, e o seu reconhecimento precoce permite evitar o prolongamento de uma situação de ineficácia contráctil (Graça, 2010).

Nos casos experienciados, e após a avaliação do bem-estar materno fetal, bem como excluir um falso trabalho de parto, foram adotadas diferentes atitudes como, permitir a deambulação e duche morno, realizar amniotomia e administrar ocitocina endovenosa, com o objetivo de estimular a progressão do TP.

Assim como o apresentado na tabela 1, a duração dos três períodos de TP difere entre nulíparas e múltiparas, bem como a descida da apresentação fetal, pelo que através do registo no partograma e da sua análise, foi possível detetar anomalias do TP e orientar as nossas intervenções em função do problema. Podem surgir então os seguintes padrões anómalos: fase latente, ativa e de desaceleração prolongada, paragem secundária de dilatação, prolongamento da progressão da apresentação e ausência de progressão da apresentação (Cunningham [et al.], 2012) (WHO, 2005).

As causas mais frequentes da fase latente prolongada são a administração precoce e excessiva de narcóticos e/ou analgésicos, o recurso à analgesia epidural antes do TP bem estabelecido e a disfunção uterina hipotónica (Graça, 2010). Neste sentido, e quando foi detetado uma fase latente prolongada, as intervenções realizadas visaram a

realização da amniotomia e colocação de perfusão ocitócica. A corroborar estas intervenções, surge um estudo realizado por Nachum [et al.] (2010), no qual referem que a associação da amniotomia e administração de ocitocina é mais eficaz na resolução deste tipo de distocia, comparando com a sua utilização isolada.

Os restantes padrões anómalos estão normalmente associados, e como fatores causadores podem ser apontados as apresentações de vértice nas variedades posterior e transversa, a hipotonia uterina e a analgesia epidural. Antes da tomada de decisão por alguma intervenção invasiva, é aconselhado descartar a existência de incompatibilidade feto-pélvica (Graça, 2010).

Perante estes resultados surgiu a questão da realização do parto por cesariana com vista a reduzir o risco de complicações materna e fetais durante parto, dado que existe evidência que suporta as suas complicações futuras, como o aumento da morbidade e mortalidade materna e o aumento do risco de placenta prévia, placenta acreta, rotura uterina e histerectomia peri-parto em gravidezes subsequentes (Leeman e Plante, 2006, cit por Oliveira, 2013).

Segundo o relatório apresentado, em 2011, pela Comissão para a Redução da Taxa de Cesariana da ARS Norte, relativamente à taxa de cesariana realizadas em Portugal, o nosso país é o segundo da União Europeia com a percentagem mais elevada de cesarianas. Assim, e até 2009, tem sido notado um aumento deste tipo de parto nos hospitais públicos, cerca de 33,2%, e nos hospitais privados com cerca de 65,9% dos partos realizados, em 2005.

Os principais motivos referidos para a decisão de realizar uma cesariana são o trabalho de parto estacionário, suspeita de incompatibilidade feto-pélvica, estado fetal não tranquilizador, apresentação pélvica, tentativa frustrada de indução do trabalho de parto e cesariana anterior (Oliveira, 2013) (ACOG, 2014).

Foram presenciadas algumas situações em que a parturiente foi encaminhada para o bloco operatório com o objetivo de realizar uma cesariana. As razões mais comuns foram por trabalho de parto estacionário,

quer em nulíparas quer em múltíparas, e um caso de incompatibilidade feto-pélvica.

De forma geral, durante o período de estágio no BP, foram implementadas práticas promotoras de um parto normal. Tendo em vista o bem-estar materno-fetal, durante a primeira fase do trabalho de parto, as mulheres eram incentivadas a deambular, pois são conhecidos os seus benefícios quer para a mãe, para o feto e também na progressão do TP. Num ensaio clínico randomizado, Mathew, Nayak e Vandana (2012) concluem que a deambulação reduz a duração do trabalho de parto.

Paralelamente à deambulação, foi também disponibilizada a bola de parto. A sua utilização teve como objetivo de diminuir a dor materna, pelo relaxamento e alongamento da musculatura, facilitar a circulação materno-fetal e a descida do feto, conseguida através da associação do relaxamento muscular e ampliação da pelve. O recurso a este tipo de materiais proporcionou à mulher liberdade de mudança de posição, fazendo-a sentir parte ativa do processo de nascimento do filho (Silva [et al.], 2011).

No entanto, podem surgir contraindicações do recurso à deambulação e à bola de parto. Lowdermilk e Perry (2008) apontam que nos casos em que a mulher está sob efeito de analgesia epidural, apresenta rotura de membranas e a apresentação não está encravada, não devem adotar posições de verticalização pelo risco de cair e prolapso do cordão umbilical, respetivamente.

Outro aspeto que foi muitas vezes solicitado pelas parturientes, era a ingestão de líquidos. Neste sentido, foi sentida a necessidade de procurar evidências científicas que suportassem esta intervenção, pela controvérsia gerada entre os profissionais. Assim, a literatura encontrada suportou o fornecimento de líquidos e alimentos às parturientes de baixo risco, desde que em pequenas quantidades, e alimentos de fácil digestão (Singata, Tranmer e Gyte, 2013). Uma revisão da literatura realizada por Hunt (2013), refere mesmo que a ingestão de líquidos só poderia ser prejudicial à mulher e ao feto caso fossem ingeridos cerca de 7 a 8 litros de líquidos.

Relativamente à eliminação urinária, esta foi sempre incentivada durante o trabalho de parto, pois a distensão da bexiga é impeditiva da

progressão do feto no canal de parto, inibindo as contrações uterinas e diminuindo o tónus da bexiga (Lowdermilk e Perry 2008). Contudo, e pelo facto de grande parte das parturientes solicitar analgesia epidural, o uso dos fármacos analgésicos potenciou a que muitas perdessem a sensação de vontade de urinar pelo que houve necessidade de recorrer ao esvaziamento vesical (Clode, Jorge e Graça, 2012).

A amniotomia foi uma intervenção frequentemente realizada durante o estágio, o que levou à pesquisa de evidências científicas no que respeita às indicações da mesma.

O protocolo existente referia que a rotura artificial das membranas pode ser feita entre os 4/5 cm de dilatação, desde que se verifique progressão do TP e haja ausência de complicações materno-fetais.

Uma revisão sistemática, realizada por Smyth, Markham e Dowswell em 2013, que englobou 15 estudos e envolveu 5583 mulheres demonstrou que não existem diferenças significativas entre os grupos de mulheres nos quais foi realizada amniotomia e os grupos controle no que concerne à diminuição do primeiro período de TP, cesariana, satisfação materna com o parto ou índice de Apgar inferior a sete no quinto minuto. Nos ensaios englobados, não houve consenso entre o momento ideal para a realizar.

Contudo um ensaio clínico randomizado, envolvendo 200 primigestas, revelou que a amniotomia reduz a duração do trabalho de parto, sem quaisquer efeitos prejudiciais materno-fetais e mesmo tipo de parto. Referem ainda que não existem motivos para manter a integridade das membranas aquando de um TP espontâneo e em mulheres onde a amniotomia não é contraindicada (Bellad, Kamal e Rajeshwari, 2010).

Este procedimento está contraindicado em gravidezes de alto risco, ou seja, na presença de patologias maternas (hipertensiva, diabetes mellitus, infeção genital ativa e HIV), gravidez múltipla, placenta prévia e em mulheres em TPPT (Caple, 2012) (Clode, Jorge e Graça, 2011).

Sempre que realizado, a parturiente foi devidamente informada sobre a intervenção, que seria indolor para o feto e para ela, embora pudesse sentir algum desconforto aquando da introdução da pinça de Herff. Neste momento, a apresentação fetal estava bem apoiada e encravada no

colo, a fim de evita o prolapso do cordão. Após a colocação da aparadeira para recolher o LA, o procedimento foi realizado sob condições de assepsia, colocando umas luvas esterilizadas.

A FCF foi alvo da nossa atenção antes e após o procedimento, pois é comum uma taquicardia transitória, e descartar acontecimentos como o prolapso do cordão umbilical que se traduz com desacelerações da FCF. A avaliação e registo das características do LA (cor, cheiro e quantidade), bem como da temperatura da mulher foram dados importantes na manutenção do bem-estar materno-fetal (Lowdermilk e Perry, 2008).

Relativamente à fluidoterapia endovenosa durante o trabalho de parto parece existir controvérsia no que concerne à diminuição da duração do TP com a administração de fluidos endovenosos. Assim, Shrivastava [et al.] (2009), através de um ensaio clínico randomizado duplamente cego, concluem que a administração de solução glicosada, independentemente da concentração, está associada a uma diminuição do TP em nulíparas, em TP ativo. Já Dawood, Dowswell e Quenby (2013), na revisão sistemática que realizaram, referem que a administração de fluidos por via endovenosa reduziu a duração do TP, em mulheres em que não foi permitido beber líquidos. Relatam ainda que o número de cesarianas também reduziu quando foi administrada solução salina ou lactato de Ringer a um ritmo de 125 ou 250ml/hora. A administração de solução glicosada parece reduzir os níveis de sódio materno-fetais. Ainda relativamente ao tipo de fluidos que devem ser administrados, Sharma [et al.] (2012), realizaram um ensaio clínico randomizado que conclui que a administração de uma solução de glicose a 5% alternada com soro fisiológico torna-se mais eficaz na redução da duração do trabalho no prazo vaginal

Contrapondo, surge Coco e colaboradores (2010) com a realização de um ensaio randomizado, onde concluem que o aumento da hidratação endovenosa não diminui a duração do trabalho em mulheres nulíparas, quando o acesso ao fluido oral é irrestrito.

Contudo, e segundo as Guidelines publicadas pelo NICE em 2007, este procedimento só deve ser aplicado em situações de tratamento de hipotensão, emergências hemorrágicas e na administração de analgesia.

Perante as evidências encontradas, a prática deste aspeto foi baseada nas mesmas, ou seja, foi administrada soroterapia com glicose em situações de jejum materno, deteção de baixa variabilidade fetal por causas maternas e analgesia epidural.

No que concerne a associação de ocitocina endovenosa, este é um aspeto que está protocolado no HPH, pelo que foi feita por indicação médica e tendo em conta a história clínica da parturiente, bem como a resposta uterina e fetal à mesma.

Tal como refere Buchana [et al.] (2012), a ocitocina desempenha um papel importante na gestão do trabalho de parto, no entanto foi cuidadosamente administrada para minimizar a morbilidade materna e fetal.

Segundo Clark [et al.] (2009), a sua administração deve ser criteriosa e aponta o prolongamento da fase latente e ativa do TP, a paragem da progressão da apresentação no segundo período de TP e a disfunção hipotónica, como diagnósticos estabelecidos para proceder à administração de ocitocina.

Tendo em conta os objetivos presentes no protocolo do BP relativamente à administração de ocitocina, foi essencial monitorizar a perfusão e o traçado cardiotocográfico, devido aos riscos materno-fetais que advêm deste fármaco - hiperestimulação uterina, descolamento prematuro da placenta, rotura uterina e lacerações do colo com sequente hemorragia, desacelerações da FCF, asfixia e hipóxia fetal pela redução do fluxo placentário.

Relativamente ao ritmo da perfusão de ocitocina, o realizado durante o estágio seguiu o estipulado pelo protocolo, não sendo este aumentado em intervalos inferiores a 30 minutos, tal como defende Simpson (2011).

Findo o primeiro período do trabalho de parto, segue-se o período expulsivo, que tal como acima referido tem uma duração de cerca de 45 a 60 minutos, nas nulíparas, e de 15 a 20 minutos nas múltiparas (Cunningham, 2011). Neste momento foi verificado todo o material essencial para realizar o parto e receber o RN, prestados os cuidados de

higiene perineal, assegurado um ambiente calmo e aquecido, bem como mantida a privacidade da parturiente.

Este período é composto por três fases: a latente, a descida e a de transição. Em cada uma delas as nossas intervenções adaptaram-se com o objetivo de promover o conforto materno e o nascimento do feto (Lowdermilk e Perry, 2008).

Assim durante a fase latente, foi promovido um ambiente calmo e de descanso até que começasse a sentir necessidade de puxar, com o objetivo de conservar energia para os esforços expulsivos.

Os esforços expulsivos maternos podem ser orientados ou não, precoces (quando a dilatação está) ou tardios (unicamente quando a parturiente sente vontade de fazer força). Neste sentido, as parturientes foram incentivadas a realizar os esforços expulsivos quando sentissem essa necessidade. Esta atitude é suportada por uma meta-análise realizada por Brancato, Church e Stone em 2008, que recomenda a descida fetal passiva, em mulheres submetidas a analgesia epidural e sem complicações.

Uma revisão sistemática comparou os puxos precoces e tardios, incluindo nove ensaios clínicos randomizados e 2953 mulheres. Nas mulheres que efetuaram puxos tardios, observou-se aumento da duração do segundo estadió do TP, no entanto houve uma redução de partos distócicos. Referem ainda que não houve influência do tipo de puxo nos resultados do índice de Apgar, na frequência de lacerações perineais, admissão do RN em unidades de cuidados intensivos neonatais e na satisfação materna (Roberts [et al.], 2004).

Existem autores que defendem que os puxos precoces diminuem a duração do período expulsivo, contudo aumentam o risco de partos distócicos e complicações maternas (Roberts [et al.], 2004).

A fase da descida, é caracterizada pela forte necessidade de fazer esforços expulsivos, devido à pressão exercida pela apresentação sobre o pavimento pélvico. Nesta fase a mulher está concentrada nos esforços expulsivos e procura adotar a posição mais confortável para a realização dos mesmos.

O acompanhamento da parturiente nesta fase foi crucial pois a adoção de outras posições prendeu-se também com a posição, apresentação e bem-estar fetal. Assim, e tendo em conta as expectativas maternas, as mulheres foram instruídas na técnica respiratória, nos esforços expulsivos e no posicionamento, que variou entre puxar em decúbito lateral, semi-fowler e de cócoras.

Pela controvérsia gerada em volta do tipo de posicionamento que as mulheres deveriam adotar, foi realizada uma pesquisa de evidências científicas que as justificassem. Assim, numa revisão sistemática realizada em 2012, os autores referem que associado às posições verticalizadas ou laterais verifica-se uma redução na duração do segundo período do TP, diminuição de alterações na FCF e diminuição de dor e recurso a episiotomias. No entanto, apontam que existe maior perda de sangue, superior a 500 ml. Os autores defendem que deverão ser realizados mais estudo no sentido de comparar as diferentes posições não-supinas entre si (Gupta, Hofmeyr e Shehmar, 2012).

Indo de encontro à evidência encontrada, as mulheres foram aconselhas a adotar a postura mais confortável e que promovesse a progressão do feto, pois os ângulos entre o feto e a bacia mudam frequentemente até ao nascimento, bem como sugeridas estratégias capazes de melhorar os puxos, quando identificado que estes não estariam a ser eficazes, e a descansar no intervalo das mesmas, através de uma respiração profunda e lenta.

Na fase de transição, a apresentação encontra-se no períneo e os esforços expulsivos tornam-se mais eficazes para promoverem o nascimento (Lowdermilk e Perry, 2008).

Neste momento, para executar o parto com técnica assética, para além de usar touca, mascara, sapatos, luvas e bata esterilizada, eram colocados os campos cirúrgicos por baixo das nádegas da mulher e abdómen, e as pernas. Paralelamente, a progressão fetal ia sendo vigiada, bem como a FCF através do traçado cardiotocográfico.

Relativamente às condições do períneo, estas eram avaliadas à medida que se dava a coroação da cabeça fetal. Por forma de tentar

proteger a integridade do períneo, os toques vaginais eram realizados com vaselina, bem como pequenas massagens, pois está demonstrado que a sua utilização diminui os traumas perineais - lacerações e episiotomias (Geranmayeh [et al.], 2012).

A episiotomia é a incisão feita no períneo para aumentar o canal de parto e facilitar a expulsão da cabeça do feto. No entanto, o seu uso rotineiro está fortemente desaconselhado. A revisão sistemática feita por Carroli e Mignini (2012), concluí que a realização seletiva de episiotomias traz benefícios quando comparado com a sua execução rotineira, referindo menos trauma perineal posterior, menos suturas e menos complicações no pós-parto. No entanto, houve aumento do risco de trauma perineal anterior, nos grupos com episiotomia restrita.

Salge [et al.] (2012), referem ainda que foi encontrada relação estatística significativa entre o uso de episiotomia e maior risco de lacerações perineais graves e lesões do esfíncter anal. Verificou-se que as lacerações de segundo grau ocorreram em 4,6% dos partos realizados sem recorrência à episiotomia, e as de primeiro grau em cerca de 57%, não havendo registo de lacerações de terceiro e quarto grau.

Segundo o ACOG (2007, cit por Amorim, Porto e Souza, 2010), as indicações para realizar um episiotomia são evitar lacerações maternas graves e facilitar partos difíceis, sendo que esta decisão deve ser tomada a nível individual.

Assim sendo, e após a decisão ou não de realizar a episiotomia, a expulsão da cabeça do feto era assistida com movimentos suaves, protegendo os tecidos maternos e redução da dor no período pós-parto. De seguida efetuou-se a pesquisa de circulares cervicais do cordão umbilical, através da palpação do pescoço do feto. Nos casos em que foi detetada, e se fosse larga, o cordão era desenrolado. No entanto, verificaram-se algumas situações em que a circular não permitiu fazer esta manobra, pelo que se procedeu à laqueação e corte do cordão à vulva.

Durante a restituição e rotação externa a cabeça foi apoiada, e de seguida libertado o ombro anterior e o posterior, realizando a devida proteção do períneo com a mão direita. Realizada a extração do corpo do

feto, o RN era colocado sob o abdómen materno, e o nariz e a boca eram limpos com compressas, com o intuito de permeabilizar a via aérea através da drenagem de secreções. Neste momento era determinada a hora de nascimento, bem com o índice de Apgar do primeiro minuto. Procedíamos à clampagem do cordão umbilical e incentivamos o acompanhante ou a mãe a cortarem o cordão umbilical. Esta prática é recorrente no BP do HPH, por parte dos EEESMO, pois valoriza a presença paterna durante o parto e está demonstrado que os pais que cortaram o cordão umbilical apresentaram valores de *bonding* mais elevados (Nogueira e Ferreira, 2012).

A laqueação tardia do cordão umbilical parece trazer vantagens para o RN, pois aumenta o nível de hemoglobina e de ferro. Esta intervenção foi fundamentada pela revisão sistemática que envolveu 15 ensaios randomizados, apresentando um total de 3911 mulheres e RN, onde se concluiu que o clamp tardio do cordão em RN de termo, aumenta a concentração de hemoglobina e ferro até seis meses após o nascimento. Refere ainda que não encontraram diferenças significativas nas taxas de hemorragia pós-parto (McDonald [et al.], 2013).

Caso fosse necessário, foi realizada a colheita de sangue do cordão umbilical para determinação do grupo sanguíneo do RN, bem como a colheita de sangue do cordão e o próprio cordão para a criopreservação das células estaminais.

Outra das competências do EEESMO, é avaliar o RN imediatamente após o nascimento, implementando medidas de suporte à sua adaptação à vida extrauterina. Neste sentido, e como referido anteriormente, a via aérea era permeabilizada, bem como determinado o índice de Apgar, ainda com o RN sob o abdómen da mãe.

Posteriormente eram realizadas várias intervenções com o objetivo de otimizar a adaptação à vida extrauterina do RN: aspiração suave das vias aéreas superiores, estimulação tátil através de massagem do dorso e manutenção da temperatura, envolvendo o RN num lençol aquecido, e mantendo-o sob uma fonte de calor até ser possível o contacto pele a pele com a mãe.

O sistema de índice de Apgar oferece uma avaliação padronizada, eficiente da adaptação do RN à vida extrauterina que se baseia em cinco critérios: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. A cada critério é atribuído uma pontuação de 0 a 2, ao 1º, 5º e 10º minuto de vida. Assim a um RN pode ser atribuído um índice de Apgar entre 0 e 10, de acordo com as suas condições físicas ao nascer (Li [et al.], 2013).

Para além destas características, foram avaliados outros parâmetros demonstrativos de dificuldade respiratória, ou seja, presença de adejo nasal, tiragem ou gemido respiratório, pois cerca de 0,1% dos RN necessitará de manobras de reanimação avançada (Albuquerque, Oliveira e Cardoso, 2010).

Após o nascimento, o RN passa por uma fase designada “*inatividade alerta*”, com duração média de quarenta minutos, na qual se preconiza a redução de procedimentos de rotina, em recém-nascido de baixo risco. Neste sentido, o contato pele a pele mãe-filho deve ser iniciado imediatamente após o nascimento, de forma contínua, prolongada (Matos [et al.], 2010) (Raylene, 2013).

A promoção do contato pele-a-pele entre mãe-filho foi alvo da nossa atenção, sendo que foi promovido e incentivado em todos os nascimentos, exceto quando as mães referiam que não o desejavam. Assim, o RN era colocado nu, sob o peito da mãe, e tapado com um lençol aquecido, e mantido assim mesmo durante a correção de lacerações e da episiotomia, caso existisse. É ainda de referir que a separação do RN para realização de procedimentos foi minimizado ao máximo, quando este era de baixo risco, pois tal como refere Cruz, Sumamll e Spíndola (2007), o facto de os cuidados serem prestados fora do campo visual da mãe proporciona ansiedade e sensação de medo, preocupação e afastamento do filho.

Apesar de todas as vantagens acima descritas, foi presenciada uma situação em que o RN, depois de colocado sob o peito da mãe e com a cabeça lateralizada, foi visualizado em decúbito ventral apresentado sinais de cianose. Este facto remete-nos para o estudo realizado por Andres [et al.] (2011), onde foram analisados seis estudos de casos de RN que

apresentaram complicações durante o contacto pele a pele com a mãe. Salienta-se assim a importância da nossa vigilância neste período, bem como da informação prestada aos pais sobre o posicionamento do RN.

A par do contacto pele a pele do RN com a mãe, surge a amamentação na primeira hora de vida. Esta recomendação da OMS, é uma das estratégias prioritárias do BP do HPH que visa promover a proteção e apoio ao aleitamento materno. Esta atitude aumenta a produção de ocitocina o que promove a contração uterina, reduzindo a hemorragia materna; e estabiliza a temperatura, glicemia e frequência respiratória do RN (Will [et al.], 2013). Por apresentar um reflexo de sucção mais ativo na primeira hora de vida, tornou-se importante permitir o contacto físico entre ambos, contribuindo assim para o estabelecimento e continuidade do vínculo, estimulando também o aleitamento materno.

Mesmo depois do desgaste que o TP induz na mulher, estas demonstraram sempre vontade de amamentar, contudo foi essencial a nossa observação, incentivo e assistência durante a primeira mamada. Assim, o Amamentar foi foco da nossa atenção, sendo identificado e registado no processo de cuidados com as seguintes intervenções diagnósticas: avaliar condições clínicas da mãe para amamentar, avaliar a intensão de amamentar e vigiar a mama.

Ainda no âmbito da amamentação, no processo de cuidados do RN, era identificado o foco mamar e registadas as intervenções: avaliar as condições clínicas do RN para mamar, vigiar a mamada e vigiar a pega.

O terceiro estadio do TP inicia-se desde o nascimento até ao momento em que se dá a expulsão da placenta e membranas ovulares, e pode ter uma duração média de 15 minutos, sendo que se for superior a 30 minutos o risco de hemorragia aumenta cerca de seis vezes (OGCCU, 2013). Apresentando-se as complicações desta fase como a causa mais importante de mortalidade materna a nível mundial, tornou-se fulcral a vigilância e assistência durante o mesmo (Amorim, Porto e Souza, 2010).

Devido a contrações uterinas fortes, o útero torna-se mais pequeno provocando a rotura das vilosidades e a placenta separa-se. Assim, e de acordo com o referido por Lowdermilk e Perry (2008), os sinais observados

e pesquisados durante o estágio que indiciaram este mecanismo foram a contração firme do útero, saída súbita de sangue pelo introito vaginal, aumento do cordão umbilical e visualização de um volume no introito vaginal e sensação materna de puxo pela sua presença na vagina.

Nesta fase podem ser adotadas duas posturas de intervenção, ou seja, podíamos ter uma abordagem passiva ou ativa para controlo do terceiro estadio do TP. Segundo o autor supracitado, a abordagem passiva consiste na expulsão natural da placenta através de esforços da mulher, não sendo administrada ocitocina endovenosa.

Já o método ativo implica a perfusão endovenosa de ocitocina, *clamp* e corte do cordão umbilical após o nascimento e tração controlada do mesmo a partir do momento em que são evidentes os sinais de descolamento da placenta, com o objetivo de reduzir a duração do terceiro estágio e prevenir a hemorragia pós-parto (Amorim, Porto e Souza, 2010) (Férrandez [et al.], 2013) (OGCCU, 2013) (Begley [et al.] 2011).

Tendo por base a bibliografia encontrada, o método preferencialmente utilizado durante o terceiro período do TP foi o ativo. Assim, as nossas intervenções neste âmbito tiveram em conta a evidência mais recente, bem como a prática preferencialmente adotada no BP, e passaram por clampar o cordão tardiamente, como já referido, pois é defendido que para além das vantagens para o RN, não diminui a hemorragia materna se for feito imediatamente após o nascimento; a administração de ocitocina, teve por objetivo aumentar a contração do útero promovendo assim a descida da placenta e a diminuição da hemorragia; eram colocadas 10 UI em 500ml de soro polieletrolítico, a um ritmo de 250ml/hora. Relativamente à terceira intervenção, esta surge no âmbito da tração controlada do cordão umbilical, onde primeiramente foi colocada uma pinça no cordão umbilical junto à vulva, e exercida uma pressão na região supra-púbica para verificar a retração do cordão umbilical; eram vigiados os sinais de descolamento da placenta (acima descritos), e quando indicavam isso mesmo realizava-se uma pressão ligeira sobre o corpo uterino no sentido ascendente, conjuntamente com a contração uterina, e com a outra mão orientava-se o cordão facilitando a

descida da placenta. Uma vez diagnosticada a saída da placenta, esta era recebida com as duas mãos, torcendo-a suavemente de modo a que as membranas se dispusessem em fuso, diminuindo o risco da sua fragmentação. A para da exteriorização da placenta, era identificado o mecanismo de expulsão, podendo ser de Schultze (o mais frequentemente observado) ou Duncan, sendo posteriormente colocada num tabuleiro e devidamente inspecionada (forma, integridade dos cotilédones, achados anormais), tal como as membranas (presença dos dois folhetos completos) e o cordão umbilical (local de inserção na placenta, comprimento, duas artérias e uma veia e achados anormais). Procedia-se então à confirmação da formação do globo de Pinard, realizando uma massagem uterina, estimulando a contração do útero e a expulsão de coágulos existentes e vigiava-se a perda sanguínea, que sendo superior a 500ml, era comunicado ao obstetra (OGCCU, 2013) (Amorim, Porto e Souza, 2010) (Férnandez [et al.], 2013) (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

Posteriormente era inspecionada a vulva e vagina para identificar a presença de lacerações. Caso se verificasse a integridade do períneo, eram realizados cuidados de higiene perineal, e a puérpera era devidamente posicionada na cama de parto, proporcionando maior conforto à mesma. Se fossem verificadas lacerações de 2º grau e se se tivesse executado a episiotomia, estas eram corrigidas nesta altura.

O risco de ocorrerem traumas a nível perineal durante o parto vaginal é multifatorial, sendo por isso adotadas diferentes medidas alternativas com o objetivo de minimizar os efeitos negativos do parto sobre as estruturas do pavimento pélvico. Neste sentido entre as principais morbidades maternas do puerpério encontramos a dor e a perda sanguínea aumentada, que podem ocorrer por lacerações espontâneas do períneo - primeiro, segundo, terceiro e/ou quarto grau, ou então pela realização de uma incisão cirúrgica - a episiotomia - no período expulsivo (Riesco [et al.], 2010).

Após a identificação do trauma perineal, foi explicado à puérpera o procedimento que se iria realizar, oferecida analgesia suplementar em caso de dor acentuada e auxiliada no posicionamento para que os tecidos fossem

bem visualizados, tal como referem a *Guideline* apresentada pelo *Royal College of Midwives* relativamente à sutura perineal (2012).

A episiorrafia e correção das lacerações de segundo grau foram feitas por planos, ou seja, a sutura era iniciada na mucosa vaginal de forma contínua, um centímetro acima do vértice, até ao anel himenial. O segundo plano, que corresponde ao tecido muscular, foi suturado por camadas, por pontos isolados, até à aproximação do tecido subcutâneo. Uma vez suturado o segundo plano, procedia-se à aproximação dos bordos da ferida cirúrgica com pontos Donati. Relativamente à correção das lacerações de primeiro grau, esta era feita através de uma sutura contínua para aproximar os bordos. Esta prática é corroborada pela *guideline* supracitada, bem como por uma revisão sistemática da literatura realizada por Kettle, Dowswell e Ismail, em 2012, que sugere que para além dos benefícios da sutura contínua para o encerramento perineal (diminuição da dor até 10 dias após o parto), estes são ainda mais significativos se aplicados em todos os tecidos (vagina, músculos e pele).

O tipo de fio utilizado na realização da episiorrafia e correção das lacerações é também um fator que muito contribui para o bem-estar da puérpera. Assim, e de acordo com Kettle [et al.] (2010, cit por *Royal College of Midwives*, 2012) e Graça (2010), o material de sutura utilizado era o Vicryl Rapid[®] 2/0, um multifilamento sintético e de absorção rápida.

Relativamente aos registos de enfermagem, a presença de uma ferida cirúrgica e/ou laceração, implicaram a sua documentação e identificação específica, bem como associação das intervenções no âmbito do vigiar a ferida cirúrgica/laceração, e ensinar sobre complicações da ferida cirúrgica/laceração.

Nas duas horas posteriores ao parto, e seguindo o protocolo do serviço, as puérperas e os RN eram transferidos para o serviço de Obstetrícia, sempre que o seu bem-estar estivesse assegurado. Para tal, era avaliada a coloração de pele e mucosas e sinais vitais maternos, o tónus uterino e o seu posicionamento, a perda sanguínea, o grau de dor, a tolerância à alimentação oferecida, bem como incentivada a eliminação urinária e retirado o cateter epidural. Relativamente ao RN, este era

identificado com duas pulseiras e sempre que disponível era também colocado o chip eletrônico de segurança, bem como administrado vitamina K (via intramuscular) e avaliada a cor, o choro, reatividade a estímulos e o início da alimentação. O momento em que se prestaram cuidados ao RN, como a colocação da fralda, limpeza do coto umbilical e vestir, foram aproveitados como oportunidades de ensino e promover a vinculação da tríade pai-mãe-bebê.

No momento da transferência, era reportado à Enfermeira responsável pela puérpera e RN, os seguintes dados: índice obstétrico, antecedentes relevantes (doenças, alergias, grupo sanguíneo, rastreio positivo para EGB), tipo e hora da rotura de membranas, tipo de analgesia realizada, tipo e hora do parto, integridade do canal de parto/ presença de ferida cirúrgica/lacerações, evolução do pós-parto imediato (condição do útero e tipo de lóquios, início e tolerância da dieta, micção espontânea), identificação e dados antropométricos do RN, avaliação do bem-estar neonatal, tipo de alimentação e horário da última mamada e a existência de complicações maternas ou neonatais, caso se verificassem.

1.1.3. Pós-parto e adaptação à Parentalidade

Neste âmbito as nossas intervenções tinham como objetivo de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (OE, 2010). Assim, tornou-se possível o desenvolvimento e aquisição de competências técnico-científicas, relativas ao processo de autocuidado, de transição e adaptação à parentalidade.

O nascimento de um filho é, não só, um tempo de mudança na vida de uma família que exige a aprendizagem inerente aos cuidados à criança, mas igualmente um evento crítico caracterizado pela adaptação da mulher ao novo papel, às exigências que os cuidados do RN requerem, e não podendo deixar de lado, às alterações fisiológicas que a mulher está sujeita após o parto.

No que concerne ao puerpério do parto vaginal, e em grávidas sem patologia, está associado um risco muito baixo de complicações. No entanto foi essencial a vigilância de parâmetros fisiológicos, prestação de cuidados gerais e administração ocasional de medicação sintomática (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

Assim, no pós-parto a mulher apresentava-se ainda dependente no seu autocuidado devido à indicação de repouso no leito, pelo que existiu a necessidade de prestar cuidados de higiene parcial no leito. Neste momento, foi reforçado o ensino relativo aos cuidados perineais, e à importância destes serem diários, bem como a forma de limpeza perineal - no sentido da uretra para o ânus, após urinarem ou defecarem, pois é o primeiro passo na prevenção de possíveis infeções do aparelho génito-urinário.

O primeiro levante, e segundo Campos, Montenegro e Rodrigues (2008) e as guidelines publicadas pelo Government of Western Australia - Department of Health (OGCCU, 2013), foi incentivado logo que a mulher o deseja-se, nas primeiras 12 horas após o parto, e sempre na presença de uma enfermeira. Até então, as foram puerperas incentivadas a mobilizar os membros inferiores, como medida preventiva do tromboembolismo.

O protocolo existente no serviço de Obstetria do HPH, visa que, depois do período de repouso inicial, 6 horas no parto vaginal e 12 horas na cesariana, e após tolerância da alimentação, a puerpera era incentivada a levantar e deambular frequentemente. Para que tal acontecesse em segurança, foi essencial a avaliação dos sinais vitais durante o levante, bem como a vigilância de sintomas e sinais de lipotímia, tal como refere Lowdermilk e Perry, 2008.

Relativamente à função vesical, após o parto, a mulher deve urinar espontaneamente dentro de 6 a 8 horas, sendo que as primeiras micções devem ser documentadas, pelo risco de ocorrer uma distensão da bexiga e consequente retenção urinária com deslocação uterina impedido a sua contração (NICE, 2006). A nuliparidade, o trabalho de parto prolongado, o parto instrumentalizado e a anestesia epidural, apresentam-se como fatores de risco à retenção urinária no pós-parto. Neste sentido, foram

várias as intervenções promotoras da eliminação vesical, desde a colocação da aparadeira, se indicação de repouso, auxiliar a puérpera na deslocação ao WC, abrir a torneira da água para se fazer ouvir o som da água a correr, etc. Caso a micção não ocorresse, era realizada uma cateterização vesical intermitente, até que fosse restabelecida a micção espontânea (Moisés [et al.], 2011).

A eliminação intestinal foi o aspeto que mais preocupou as puérperas pelo desconforto causado. Assim, foi explicado que esta pode não surgir nos primeiros três dias, devido à diminuição do tónus muscular do intestino. No entanto, a ingestão hídrica adequada, uma alimentação rica em fibras e a deambulação foi incentivada junto das puérperas, tal como refere NICE (2006) e OGCCU (2013).

Após o parto, ocorre a involução uterina, e no final de 12 horas o fundo do útero deve estar, aproximadamente, a 1 cm acima do umbigo. Esta involução progride rapidamente durante os dias que se seguem, diminuído cerca de 1 a 2 cm a cada 24 horas (Lowdermilk e Perry, 2008).

A causa mais comum de hemorragia excessiva a seguir ao parto é a atonia uterina, ou seja, a incapacidade do útero se contrair firmemente. As duas intervenções mais importantes na presença da hemorragia, são a manutenção de um bom tónus uterino e a prevenção da distensão vesical. Para evitar esta situação, foram realizadas massagens suaves no fundo do útero e a puérpera também foi instruída para a realização das mesmas, apresentado as suas vantagens apesar do desconforto e dor causado, tal como referido nas guidelines propostas no NICE (2006) e OGCCU (2013).

A estimativa visual rigorosa do globo de segurança, para controlar a perda de sangue uterina, vigiar a característica dos lóquios, foi uma intervenção por nós realizada. Caso se verificasse alguma perda hemática era classificada entre abundante, moderada, ligeira ou escassa. Neste sentido, as puérperas foram informadas das características que os lóquios apresentam ao longo dos primeiros dias do puerpério, ou seja, inicialmente apresentar-se-iam de cor vermelho vivo (lóquios hemáticos), podendo conter pequenos coágulos. Com o decorrer do tempo, 3 a 4 dias, estes tornar-se-iam rosados ou acastanhados (lóquios sero-hemáticos),

diminuindo de fluxo. Foram informadas também de que o fluxo tornar-se-ia amarelado a branco (lóquios serosos), cerca de 10 dias após o parto, podendo permanecer assim até mais de 14 dias (OGCCU, 2013) (Lowdermilk e Perry, 2008).

A evolução favorável da cicatrização das feridas cirúrgicas, perineal ou abdominal, e das lacerações, fizeram parte dos cuidados prestados inseridos na vigilância puerperal. Assim sendo, para além da observação das mesmas em todos os turnos, foi ensinado às puérperas como reconhecer os sinais de infeção da ferida bem como encaminhar-se a um profissional de saúde caso deteta-se esses sinais.

Foi também percebido que um elevado número de mulheres referia queixas álgicas no local da ferida cirúrgica, pelo que foi identificado o foco Dor como alvo da nossa atenção. Nessas situações foram realizadas intervenções com o objetivo de diminuir esse desconforto através de medidas não farmacológicas, como a aplicação de gelo local, incentivar o decúbito lateral ou utilizar uma almofada quando sentada, ou administrar a analgesia previamente prescrita, que principalmente nos casos de partos por cesariana, se mostrou a medida de alívio da dor mais eficaz (NICE, 2006).

Após o nascimento do filho, foram vários os fatores perturbadores do repouso das puérperas. Neste sentido, e por forma a promover um repouso reparador no internamento, as puérperas eram aconselhadas a restringir o número de visitantes, e aproveitar os períodos de sono do RN para descansar também (NICE, 2006). O ambiente físico bem como os horários dos cuidados eram geridos para não coincidirem com os períodos de descanso dos dois.

Já em 1856, Marcé referiu que as alterações fisiológicas relacionadas com puerpério influenciavam o humor materno. Para além das mudanças biológicas, a transição para a parentalidade é pautada por alterações psicológicas e sociais. Assim, esta fase exige uma reorganização social e adaptação ao novo papel de mãe (Cantilino, 2010).

Neste sentido, os primeiros dias após o nascimento do seu filho, são retratados por um vasto número de sentimentos e expectativas que promovem instabilidade emocional (Shardosim e Heldt, 2011).

Alt e Benetti (2008) e Shardosim e Heldt (2011), referem que por volta do terceiro dia após o parto algumas puérperas apresentam depressão precoce ou *baby blues*, um estado de fragilidade e hiperemotividade. A falta de confiança e incapacidade para cuidar do RN acompanham os períodos de choro fácil, tristeza, humor lábil, abatimento, isolamento, perturbações do sono, entre outros.

Esta síndrome psiquiátrica pode atingir cerca de 50 a 80% das puérperas, e os estudos apontam que a sua etiologia seja multifatorial, envolvendo aspetos biológicos e psicossociais (Shardosim e Heldt, 2011). A depressão pré-natal, a baixa autoestima, *stress* por cuidar do bebé, ansiedade pré-natal, falta de suporte social, relação conjugal problemática, baixa condição socioeconómica, família monoparental e gravidez não planeada e/ou desejada, são os principais fatores de risco apontados por Romero-Gutiérrez [et al.] (2010) e Denisa, Ponsinb e Callahanb (2012).

Neste sentido, passamos pela experiência de avaliar a saúde mental das mães e oferecer intervenções terapêuticas e para referenciar quando necessário. Assim, as puérperas foram incentivadas a partilhar os seus sentimentos sobre os problemas emocionais com familiares e amigos próximos; ao auto cuidado; a fazer uma dieta equilibrada, exercício regular e dormir o suficiente; a pedir ajuda para cuidar do bebé para poder dormir uma noite; não se isolar em casa; não traçar expectativas irrealistas para si própria e não se deve envergonhar por ter problemas emocionais depois do bebé nascer, tal como referido pelo NICE (2006).

Sendo o nascimento de um filho um momento de transição na vida da mulher/casal, foi também possível desenvolver competências na área da iniciação ao exercício da maternidade/paternidade, pois é descrita como uma das tarefas mais complexas, difíceis e com maiores desafios e responsabilidades para o ser humano (Holden, 2010) (Kane, 2005, cit por Barroso e Machado, 2010)

Durante o internamento, os novos pais podem sentir-se confusos e ansiosos com a grande quantidade de informação a reter relativamente aos cuidados ao RN. Assim, as diretrizes da OMS (1998) recomendam que as intervenções devem incluir os cuidados de higiene, cuidados ao coto umbilical, precauções de segurança (aquecimento do RN), identificação de sinais de alerta e consecutivo tratamento, bem como a amamentação exclusiva (Sines, [et al], 2007).

Neste sentido, e por forma a proporcionar cuidados de excelência, individualizados e de acordo com as necessidades de cada puérpera/casal, foi essencial ter conhecimentos sistematizados relativos a esta nova etapa das suas vidas, para os tornar capazes de responder às necessidades do RN.

No estágio realizado, após a deteção de défice de conhecimentos e habilidades dos pais, a orientação dos cuidados ao RN incluiu as seguintes temáticas: ciclos de sono e vigília do RN, interpretação do choro e técnicas de acalmar o bebé, reconhecimento de sinais de doença, consultas de vigilância, imunização do RN, estimulação sensorial, marcos do desenvolvimento, cuidados de higiene e limpeza do coto umbilical.

Relativamente à eliminação vesical e intestinal do RN, foi notório um grande défice de conhecimentos. Assim, foi ensinado que é esperado que um RN tenha 6 a 8 micções e que não é motivo de alarme a coloração rosa da urina nos primeiros dias devido à eliminação de cristais de uratos; e que deve apresentar cerca de 4 dejeções por dia, bem como o padrão de alteração da cor das fezes de acordo com o tipo de alimentação. A par destes ensinamentos, a mãe/pai foram incentivados a trocar a fralda do RN com frequência e lavar as mãos antes e depois da prestação de cuidados ao bebé, visto ser o método mais eficaz da prevenção do eritema de fraldas (Silva, 2006).

Tal como acima referido, o conhecimento do padrão de sono e vigília do RN, a interpretação do choro (por fome, dor, desconforto, tédio e fadiga) bem como as estratégias para acalmar o bebé, são aspetos cruciais para potenciar a confiança e segurança dos pais na prestação de cuidados ao seu filho. Neste sentido, tornou-se de extrema importância os ensinamentos realizados neste âmbito.

No que concerne à segurança e prevenção de acidentes, foram diversos os temas abordados: queimaduras (manter o recém-nascido afastado de líquidos quentes - água, café ou chá; temperar a água do banho para 37°C e confirmar a temperatura; testar a temperatura do leite antes de o administrar), asfixia e sufocação (não deixar objetos de reduzidas dimensões ao alcance da criança; posicionar o recém-nascido em decúbito dorsal com lateralização da cabeça; a roupa do berço é colocada ao nível do tronco da criança, presa sob o colchão; deitar a criança de modo a que os pés fiquem encostados ao fundo do berço; retirar as peças com atilhos - babetes e gorros, antes de deitar a criança), quedas (não deixar a criança sozinha numa cama, mesa, ou num sofá; assegurar que a grade da cama fica levantada; supervisionar os irmãos mais velhos (ou outras crianças) a pegar no recém-nascido); reunir previamente todo o material quando vai executar algum procedimento; travar sempre o carrinho de passeio quando parado; não pendurar sacos ou objetos pesados nas pegadas do carrinho de passeio, para não o desequilibrar; apertar os cintos de segurança quando sentado na cadeira de transporte;), síndrome de morte súbita (deitar a criança para dormir em decúbito dorsal, com cabeça lateralizada para dormir (quando sob supervisão a criança pode estar em qualquer posição, inclusive em decúbito ventral, pois permite desenvolver os músculos do pescoço e os dorsais).

A roupa do berço deve estar ao nível do tronco da criança e presa sob o colchão; deitar a criança com os pés encostados ao fundo da cama; afastar a criança de locais com fumo; manter a temperatura ambiente entre os 18°C e os 21°C;), transporte de automóvel (usar de dispositivo de retenção; usar dos cintos do dispositivo ajustados de modo a que a folga entre o cinto e os ombros da criança não seja superior a um dedo; colocar a cadeira no sentido oposto ao do movimento do carro; uso do cinto segurança do carro de três pontos; nunca deve viajar ao colo de um adulto; desativar o *airbag* dianteiro, se a criança for aí colocada; a primeira viagem (saída do hospital) deve ser feita com o dispositivo de segurança) (Cardoso, 2010).

Apesar de ser ensinado durante o internamento, como estratégia para o regresso a casa, no momento da alta era reforçado o ensino relativo aos sinais de alerta e vigilância de saúde do RN. Neste sentido foi dito que, para além da primeira consulta com o pediatra, vacinação e realização do teste diagnóstico precoce, deveriam recorrer a um profissional de saúde se: apresenta-se dificuldade respiratória (presença de adejo nasal, cianose), choro inconsolável, aumento da temperatura, alterações da atividade motora (hipotonia), vômitos abundantes e persistentes e/ou diarreia, alteração da cor da pele, sinais de infeção do coto umbilical (cheiro fétido, rubor na pele peri coto, exsudado esverdeado e calor), recusa alimentar por duas vezes consecutivas (Hockenberry, 2006) (Cardoso, 2010).

Sendo uma das competências do EEESMO diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde do RN no período pós-natal, a monitorização do seu estado de saúde revelou-se de extrema importância.

O uso e abuso de substâncias ilícitas revela-se um dos problemas mais graves da sociedade de hoje, e torna-se uma condição mais grave e preocupante quando a ele se associa uma gravidez (Martins, Guedes e João, 2008).

Nas drogas classificadas como opióides, os efeitos fetais são secundários aos maternos. O feto sofre diminuição do fluxo sanguíneo e de oxigenação pela vasoconstrição fetal e placentar. As dificuldades encontradas em RN expostos a drogas complicam-se quando a mãe consome várias drogas em conjunto (Lowdermilk e Perry, 2008).

Reportando-me a um caso experienciado em estágio, a mãe referiu ser consumidora frequente de cocaína e heroína, e que o tinha feito momentos antes de entrar em trabalho de parto.

Neste contexto, surge a síndrome de abstinência neonatal, pois após o nascimento os RN ficam privados das drogas para as quais desenvolveram dependência in útero (Martins, Guedes e João, 2008).

Devido à adição múltipla de substâncias, são vários os sinais que os RN podem manifestar nas primeiras horas de vida. No estudo realizado por Martins, Guedes e João (2008), a síndrome de abstinência esteve presente em 71% dos casos analisados.

Tal como descreve Nelson (2013) os sintomas de abstinência são exibidas por meio do sistema nervoso central - tremores, irritabilidade, choro agudo, padrão de sucção anormal, sucção excessiva ou má alimentação e convulsões, sistema nervoso autónomo - espirros e bocejos, gastrointestinais - diarreia, fezes moles ou líquidas, vômitos, e pulmonar - períodos de apneia e dificuldade respiratória, e podem manifestar-se desde ligeiros a fortes, consoante o nível da exposição.

Os cuidados de enfermagem dirigidos a este RN, passaram por comunicar ao pediatra de urgência os sinais evidenciados, monitorizar a síndrome de abstinência através do Índice de Finnegan, e tal como descrito por Lowdermilk e Perry (2008), os cuidados visaram o tratamento dos sinais presentes, no âmbito da nutrição, consolo, controlo de possíveis infeções e cuidados respiratórios.

Como o RN se apresentava irritado e hiperativo, o diminuir os estímulos exógenos, embalar, pegar ao colo, envolve-lo de modo confortável e alimenta-lo em horário livre foram intervenções cruciais para potenciar o seu comportamento de autocontrolo e autorregulação (Nelson, 2013) (Davidson e Schub, 2012) (OGCCU, 2012).

A icterícia fisiológica é uma alteração que surge em cerca de 60% dos RN entre o terceiro e o quinto dias de vida, e é visível quando os níveis séricos de bilirrubina atingem os 5 a 7 mg/dl. Caso esta ocorra nas primeiras 24 horas de vida está descrito como situação patológica, e deverá ser comunicado ao pediatra de apoio (González [et al.], 2012). Contudo não foi presenciada nenhuma situação deste âmbito.

Esta surge porque após o nascimento o RN tem de ativar mecanismos de excreção da bilirrubina própria, e devido há imaturidade hepática pode ocorrer um atraso da eliminação da mesma, traduzindo-se assim na icterícia fisiológica (Silva, 2011).

O seu aparecimento é céfalo-caudal, pelo que o exame físico do RN revelou-se uma fonte privilegiada para realizar o teste de branqueamento. Este consistiu em pressionar uma área óssea com o dedo (nariz, testa ou esterno), durante alguns segundos, e se estivermos perante uma situação de icterícia, a região pressionada ficaria amarela antes dos capilares

voltarem a ser preenchidos. Esta avaliação foi realizada, preferencialmente, durante o dia e à luz natural, pelo risco de alteração da cor com a iluminação artificial, reflexo das paredes, etc. (González [et al.], 2012).

Perante a suspeita de icterícia é necessária a avaliação da bilirrubina sérica. Para tal foi necessário colher a amostra através da punção do calcâneo do RN.

Apesar de ser uma prática bastante comum, o rigor na sua execução não pôde ser descorado, pois as complicações que dela podem advir são bastante severas para o RN, como por exemplo a osteocondrite necrosante.

Para prevenir esta situação as punções do calcânhar realizados durante o estágio, foram inicialmente limpas com álcool, imobilizado o pé do RN e com a mão livre foi puncionada a zona lateral mais proeminente do calcânhar com uma lanceta automática, pois provoca menos dor e diminui a necessidade de puncionar mais vezes. Este procedimento pode ser antecedido pela colocação de uma compressa embebida em água aquecida e colocada à volta do pé, para promover a vasodilatação. Após acolheita da amostra, foi exercida pressão local, com uma compressa seca, e posteriormente protegida a área com um penso, tal como o preconizado pelas guidelines apresentadas pelo OGCCU (2013).

Os traumatismos obstétricos abrangem qualquer lesão física cometida a um RN, durante o TP e nascimento. Segundo Murguía-González, Hernández-Herrera e Nava-Bermea (2013) estes eventos vão desde os quase fisiológicos até aqueles que consideram muito graves e que podem causar a morte do RN ou proporcionar problemas para o resto da sua vida.

A lesão física mais observada durante o estágio foi o *caput succedaneum*. Esta lesão é descrita como edema do couro cabeludo facilmente identificável, sendo mais frequentemente observado na região occipital. Os fatores que estão na sua origem incluem o trabalho de parto prolongado, instrumentado - ventosa, trabalho de parto pré-termo, macrosomia e incompatibilidade feto-pélvica (Murguía-González, Hernández-Herrera e Nava-Bermea, 2013) (Lowdermilk e Perry, 2008).

Apesar de ser uma situação comum, este edema despertou elevada preocupação aos pais, pelo que foi explicado aos mesmos que é algo

temporário pois desaparece espontaneamente no espaço de 3 a 4 dias, e não tem consequências para o RN (López e Laza, 2007).

Sendo a incidência de perda auditiva bilateral significativa, 1 a 3 em cada 1000 RN saudáveis e 20 a 40 por cada RN de risco, o rastreio auditivo realizado durante o internamento hospitalar torna-se essencial para o despiste ou diagnóstico da mesma (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2007).

Assim, todos os RN foram submetidos a este rastreio, e caso este fosse inconclusivo, o RN era encaminhado para a consulta de Pediatria com o intuito de repetir o exame, após um mês do nascimento. Pela falta de conhecimento dos pais relativamente a este rastreio, foram realizados ensinamentos neste sentido.

Uma nutrição adequada na infância promove um ótimo crescimento e desenvolvimento. Para a OMS, a questão do aleitamento materno é uma prioridade, por isso preconiza o mesmo de forma exclusiva até aos 6 meses de idade. Em Portugal, apenas 55-64% das mães amamentam até aos 3 meses, e só 34% o faz até aos 6 meses (Aguar e Silva, 2011).

Para que estas percentagens se mantenham e aumentem, foi desenvolvido pela OMS e a UNICEF, a nível mundial, a iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, propondo a adoção de dez passos promotores do aleitamento materno. Assim, os enfermeiros do serviço de obstetrícia do HPH implementaram as medidas anunciadas pela OMS e UNICEF neste âmbito, obtendo assim o certificado de Hospital Amigo dos Bebés.

Neste âmbito, as intervenções desenvolvidas foram de encontro à promoção, proteção e apoio do aleitamento materno, ou seja, informar as mulheres relativamente às vantagens da prática do aleitamento materno, quer para ela quer para o RN, mesmo que separadas temporariamente do seu filho (por exemplo, extrair o leite em situações de o RN ficar internado no serviço de neonatologia); amamentar sempre que o RN o queira; incentivar a mulher a não dar outro alimento além do leite materno, a não ser que haja indicação médica para tal; promover o alojamento conjunto; encorajar a não oferecer tetinas ou chupetas aos RN, até que a adaptação do RN à mama esteja estabelecida; apresentar a linha SOS Amamentação

do HPH, que está disponível 24 horas, bem como informar que têm ao seu dispor os Cantinhos da Amamentação localizados nos Centros de Saúde da ULSM.

Foram várias as puérperas que frequentemente pediram ajuda no processo da amamentação, principalmente na adaptação do bebé à mama, pois não conseguiam identificar os sinais de uma pega correta. Neste sentido foi-lhes ensinado os sinais que poderiam evidenciar esse processo, ou seja, o RN deveria estar com a boca bem aberta, o lábio inferior invertido, bochechas redondas e queixo junto à mama.

Outro aspeto referido pelas puérperas, como preocupação, tinha que ver com o manter o bebé acordado durante a mamada ou despertá-lo para mamar. Assim os pais foram ensinados a identificar sinais e comportamentos que pudessem indiciar que o RN teria fome, como por exemplo movimentos de sucção ou levar as mãos à boca. No entanto foram superiores as vezes em que as intervenções se direccionaram para o auxiliar a despertar o RN para mamar, ou seja, foram ensinadas estratégias como despirmo o bebé, mudar a fralda, sentá-lo, massajar as costas, mãos ou pés (NICE, 2006).

Relativamente à duração da mamada bem como o oferecer uma ou as duas mamas, as dúvidas foram transversais durante todo o estágio. Neste sentido, as mães foram instruídas relativamente à diferente constituição do leite durante a mamada, pelo que deveriam deixar que o bebé esvazia-se uma mama até ao fim e só depois deveria oferecer a outra (Levy e Bértolo, 2008).

Durante o internamento, as dificuldades mais frequentes em manter a amamentação prenderam-se com o facto de as mulheres apresentarem os mamilos dolorosos e ingurgitamento mamário. No primeiro caso e como recomenda Levy e Bértolo (2008), foi ensinado como prevenir a dor e/ou a tratar os mamilos dolorosos, isto é, que deveriam colocar o bebé na posição correta bem como verificar os sinais de uma boa pega, não lavar os mamilos com sabão, não interromper a mamada, ou caso seja necessário, fazê-lo colocando um dedo entre a boca do bebé e o mamilo para desfazer o vácuo. Na segunda situação, os mesmos autores defendem que o

ingurgitamento mamário surge quando o leite não é retirado em quantidade suficiente. As mamas ficam brilhantes, tensas e dolorosas, sendo difícil o bebé fazer uma extração de leite adequada. Para que isto não acontecesse, as puérperas foram incentivadas a alimentar o RN em livre horário, colocar o bebé na posição correta para mamar bem como verificar se está a pegar corretamente na mama. Já estando na presença do ingurgitamento mamário as mulheres foram orientadas no sentido de retirar o leite, através de expressão manual ou bomba elétrica, até que mama fique mais macia e oferecer ao bebé, ou então colocar o leite num copo e dá-lo ao RN. Deveriam continuar a retirar o leite com a frequência necessária com o objetivo de as mamas ficarem mais confortáveis e até o ingurgitamento desaparecer (Levy e Bértolo, 2008). Para auxiliar este processo era administrado às mulheres ocitocina, em forma de nebulização, 2 a 5 minutos antes da mamada ou do esvaziamento mamário, tal como refere Campos, Montenegro e Rodrigues (2008).

O processo da alta hospitalar é tratado desde a entrada da mulher e do RN no serviço de obstetrícia, pois todas as intervenções realizadas primam por dotar a mulher de conhecimentos e habilidades para cuidar do RN no domicílio, bem como estar atenta a alterações consigo própria.

Assim, antes do regresso a casa, a mulher foi orientada no que respeita à promoção da saúde - atividade sexual, exercício físico, dieta - e no âmbito da prevenção, sabendo identificar sinais e sintomas indicativos de problemas.

Relativamente ao RN, os pais foram informados de que deveriam agendar uma consulta médica para as duas semanas de vida do seu filho, e que deveriam entrar em contacto com o seu centro de saúde para ser realizado o diagnóstico precoce, entre o terceiro e o sexto da de vida.

Uma questão muito comumente colocada pelas puérperas foi a partir de que momento poderiam realizar exercício físico. Assim e de acordo com o referido por Martins, Ribeiro e Soler (2011) foram informadas de que os exercícios do pós-parto podem ser iniciados logo após o nascimento do filho, no entanto deveriam ser realizados de forma gradual,

e em caso de parto por cesariana, os exercícios abdominais deverão ser realizados após um mês.

Outro tipo de exercícios ensinados às mães, e sendo constatado que era uma área desconhecida ou então tabu, foram os exercícios de Kegel, que têm por objetivo a prevenção da incontinência urinária (Haddow, Watts e Robertson, 2005, cit por OGCCU, 2012). Sendo o parto vaginal um importante fator na prevalência da incontinência urinária, pois o tônus muscular é habitualmente perdido devido ao estiramento dos tecidos pélvicos, é crucial que a mulher seja ensinada a executar estes exercícios o mais precocemente possível (Santos e Pedroso, 2007). Contudo, a bibliografia não é muito consensual relativamente ao tipo e frequência dos exercícios, referindo a necessidade de mais estudos científicos nesta área (Haddow, Watts e Robertson, 2005).

Sendo que muitos casais retomam a atividade sexual antes da tradicional consulta de revisão de puerpério, foi de extrema importância abordar esta temática durante o período de internamento da puérpera (OGCCU, 2012).

Neste âmbito as mulheres foram informadas de que deveriam agendar a sua consulta de revisão de puerpério, entre a quarta e a sexta semana após o parto, bem como sobre os diferentes métodos de contraceção para assim tomar decisões antes de iniciar a sua atividade sexual. Aquelas que referiam não ter decidido qual o método contracetivo a utilizar, foram aconselhadas a usar o preservativo masculino até à consulta. Para iniciarem a sua atividade sexual, as puérperas foram aconselhadas a fazerem-no depois da quarta semana após o parto, momento em que a hemorragia deverá ter cessado e a ferida cirúrgica ou laceração perineal está já cicatrizada (Lowdermilk e Perry, 2008).

Esta intervenção junto das puérperas é justificado por Lowdermilk e Perry (2008), pois esperar até ao momento da consulta para tomar uma decisão informada sobre a contraceção pode ser demasiado tarde pelo risco de engravidar mais cedo do que o planeado.

Após o nascimento de um filho, são inúmeras as transformações na vida da mulher e do casal, quer a nível físico, quer a nível psicológico, pelo

que estes efeitos foram discutidos e esclarecidos com as puérperas sempre que estas mostraram interesse, embora se tenha verificado durante este estágio que este tema não foi comumente abordado.

Integrado nos cuidados especializados prestados pela ULSM, existe o projeto BEM-ME-QUER, que visa a assistência às mulheres no pré e mulheres e RN no pós-natal, pertencentes a esta unidade de cuidados. A par deste projeto existe também a Linha de apoio à Amamentação, 24 horas disponível, garantindo apoio e disponibilidade de uma enfermeira especialista para orientar na resolução de problemas e complicações relativas à Amamentação, bem como encaminhar para os serviços que considerar necessário, como seja o Cantinho de Amamentação, existente em grande parte dos centros de saúde da ULS, o serviço de urgência ou o centro de saúde. Estas informações foram fornecidas no momento da alta da mulher e do RN.

Sendo o puerpério, indubitavelmente, uma fase de intensa mudança *biopsicossocial* na vida da mulher, os cuidados prestados nesta área tiveram como principal objetivo promover a saúde da mulher e do RN, potenciar a sua participação no autocuidado e fomentar a sua transição e adaptação à parentalidade.

2. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: *Implicações da utilização da manobra de pressão no fundo do útero no período expulsivo*

No contexto do presente Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, foi realizada uma revisão integrativa da literatura relativa a uma temática presente nos cuidados especializados prestados pelo EEESMO, com o objetivo de adquirir competências na área da investigação bem como dar resposta à contínua necessidade de mobilizar conhecimentos suportados na mais recente evidência científica.

Durante o trabalho de parto, mais especificamente na segunda fase do mesmo, a expulsão do feto é feita com base na pressão intra-abdominal, produzida pela contração muscular e esforços respiratórios maternos (Kang, [et al.], 2009). Nos casos em que estes fatores se revelam ineficazes, é comum recorrer-se a fatores externos, como os fórceps, a ventosa e a aplicação de pressão no fundo do útero.

A manobra de Kristeller foi descrita pela primeira vez por Samuel Kristeller, em 1867, como uma nova técnica a realizar durante o parto, consistindo na aplicação de pressão externa, com as mãos, em casos de contrações débeis (Díaz, 2011).

Segundo Verheijen, Raven e Hofmeyr (2009), a execução da manobra de Kristeller, durante o período expulsivo, é realizada com o objetivo de evitar o prolongamento desta fase bem como a necessidade de instrumentar o parto. No entanto, e segundo a OMS (1996), esta prática é recorrentemente utilizada, sem que se tenha demonstrado cientificamente a sua eficácia, pelo que é classificada na categoria de evidência C, ou seja, não existe evidência clara para a justificar e deveria ser utilizada com precaução até que novos estudos a apresentem como válida (Díaz, 2011) (OMS, 1996).

O objetivo desta revisão é determinar a evidência científica existente sobre as implicações da aplicação desta manobra durante a segunda fase do trabalho de parto. Para isso, foi realizado este estudo sob a forma de uma revisão integrativa da literatura dos estudos relativos a esta problemática, indexados a bases de dados da área da saúde entre os anos de 2002 a 2013.

Pela análise dos artigos, verifica-se que a realização da manobra de Kristeller é ineficaz na redução do período expulsivo, e que pode acarretar diversos riscos maternos, como a laceração perineal, episiotomia e partos instrumentados, bem como a exaustão materna. No que concerne a complicações neonatais, não existe evidência científica significativa.

Os resultados desta revisão integrativa revelam a importância da formação contínua, orientação e investigação dos profissionais de saúde, pois a aplicação desta manobra mantém-se controversa, pelo que serão necessários mais estudos científicos para validar a sua utilização segura e eficaz.

2.1. Contextualização da temática

O processo de trabalho de parto e o nascimento sofreu diversas alterações ao longo dos anos, passando da esfera privada e feminina para a esfera hospitalar, centrada no modelo biomédico, visualizando-se como um evento patológico com recurso a intervenções obstétricas para o seu término. O crescendo desta corrente favoreceu assim, a medicalização do corpo da mulher durante o trabalho de parto, submetendo-a a uma cascata de intervenções, colocando de parte o processo fisiológico do parto (Lopes [et al.], 2012).

Durante o trabalho de parto, a mulher experiencia diversas transformações físicas, onde as contrações uterinas e os músculos abdominais são responsáveis pela dilatação e extinção do colo, pela expulsão do feto, bem como a saída da placenta.

A manobra de Kristeller ou manobra de pressão no fundo uterino é uma intervenção utilizada há vários anos por parte dos profissionais de saúde, que envolve a aplicação de pressão no fundo do útero, dirigida para o canal de parto, com o intuito de aumentar os esforços expulsivos durante o segundo período de TP, na tentativa de assistir o parto vaginal espontâneo e evitar o prolongamento do período expulsivo ou a necessidade de recorrer parto cirúrgico (Tukur [et al.], 2007) (Verheijen, Raven e Hofmeyr, 2009).

O recurso a esta prática varia em todo o mundo, no entanto a sua aplicação apresenta-se mais frequente em locais onde outras intervenções obstétricas não estão disponíveis com rapidez, ou devido à escassez de profissionais de saúde qualificados. Surge assim como intervenção rotineira nos partos vaginais em países de baixo rendimento, e como técnica desatualizada e controversa nos países ocidentais (Verheijen, Raven e Hofmeyr, 2009).

O estudo de Kline-Kaye e Miller-Slade (1990, cit por Tongate e Gibbs, 2010), revelou cerca de 84% dos inquiridos utilizaram a manobra de pressão no fundo do útero, sob a indicação de sofrimento fetal e exaustão materna. No entanto, 52% dessa população não documentou de forma nenhuma o recurso a esta prática.

Devido à falta de documentação é difícil de estabelecer a sua prevalência, contudo Verheijen, Raven e Hofmeyr (2009) fazem referência a vários autores que investigaram este dado. Declerck (2006) refere que em 17% das entrevistadas, num estudo realizado nos EUA, tinha sido aplicada a pressão no fundo do útero no período expulsivo. Já Schulz-Lobmeyer (1999) demonstraram que esta prática foi aplicada em 23% dos partos vaginais realizados num hospital universitário austríaco. Num estudo das Nações Unidas, relativamente a práticas e experiências do parto em Bangladesh, revelou que a pressão fundica do útero é uma conduta recorrente.

Segundo Hurts (2009) citando Abshire (2006) e Simpson e Knox (2001), as possíveis indicações clínicas para realizar a pressão no fundo do útero são: traçado não tranquilizador, estabilizar o polo cefálico fetal aquando da amniotomia para prevenção do prolapso do cordão uterino, colocação de

cateter na monitorização interna, e quando se realiza o parto por meio de ventosa ou fórceps por exaustão materna.

Relativamente às complicações maternas associadas ao uso da manobra surgem as lacerações de terceiro e quarto grau, rotura ou inversão uterina, rotura hepática e fratura de costelas. Quanto ao RN, o aumento da pressão intracraniana, padrão de FCF não tranquilizador, compressão do cordão umbilical, hemorragia subgaleal, são os riscos mais frequentemente descritos. A aplicação da pressão no fundo do útero pode incrementar também a distocia de ombro, potenciando ainda mais as fraturas da clavícula e lesões do plexo braquial (Hurts, 2009) (Tongate e Gibbs, 2010). Embora não esteja claro, pela pouca evidência científica existente, outro aspeto abordado por Verheijen, Raven e Hofmeyr (2009), é o aumento do risco de isoimunização rhesus e da transmissão vertical do vírus HIV e Hepatite B, com a aplicação desta manobra.

Face ao exposto, torna-se essencial efetuar uma revisão integrativa da literatura de modo a obter a melhor evidencia disponível acerca das vantagens, desvantagens e implicações da realização da manobra de Kristeller.

2.2. Metodologia

A revisão integrativa surge como uma metodologia capaz de proporcionar uma síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade dos resultados de estudos significativos para a prática.

É assim um instrumento da Prática Baseada na Evidencia, caracterizando-se por ser uma abordagem voltada para o cuidado clínico e para o ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência. Neste sentido, envolve a definição do problema clínico, a identificação das informações necessárias, a condução da procura dos estudos na literatura e a sua avaliação crítica, a identificação da aplicabilidade dos resultados encontrados e a determinação da sua utilização na população alvo (Pereira, Cardoso e Martins, 2012).

Concomitantemente, a revisão integrativa é considerado um instrumento singular no campo da saúde, uma vez que aglutina e resume as pesquisas disponíveis sobre determinada temática, direcionando a prática com base no conhecimento científico (Souza, Silva e Carvalho, 2010).

Neste sentido, e pelo facto de a aplicação da manobra de pressão no fundo uterino ainda ser executada em muitas salas de parto Portuguesas, emergiu a necessidade de verificar o que a evidência científica tem vindo a demonstrar sobre as implicações da sua utilização durante o trabalho de parto.

Assim, a pergunta de partida da presente revisão integrativa é:

Quais as implicações materno-fetais da realização da manobra de pressão no fundo do útero, no período expulsivo?

Iniciar uma pesquisa requer que a questão formulada seja clara, para que a informação possa ser facilmente recolhida. Associado a este facto, deve ser também delineada uma estratégia metodológica capaz de assegurar uma recolha de estudos satisfatória.

Para elaborar esta revisão, foi realizada uma procura de artigos através do motor de busca EBSCOhost Web, nas bases de dados electrónicas - Cinahl, Medline, MedicLatina e Scielo. Posteriormente foram definidos os descritores relacionados com a questão de partida, bem como os operadores booleanos. A pesquisa foi assim realizada com os seguintes termos: *uterine fundal pressure* (ou pressão no fundo uterino), *second stage* (ou segunda fase), *labor* ou *delivery* (ou trabalho de parto) e *risks* ou *implications* (ou riscos ou implicações).

Como critérios de inclusão foram definidos os seguintes factos: artigos de língua portuguesa, inglesa ou espanhola, publicados entre 2002 e 2014, e que abordassem a temática em estudo, em partos eutócicos. Estes deveriam estar disponíveis de forma completa para serem analisados, classificados como revisões sistemáticas da literatura ou ensaios clínicos, e que apresentassem no título e/ou resumos os descritores acima referidos. A

exclusão de artigos foi feita tendo em conta o não cumprimento dos critérios referidos.

Craig e Smyth (2002) referem que quando é procurada evidência sobre a eficácia de determinada intervenção, o processo de amostragem aleatório proporciona o mais elevado grau de evidencia, pois as diferenças encontradas entre os dois grupos prender-se-ão mais com a própria intervenção, do que com outros fatores.

Visto a temática em questão passar por reconhecer se determinada intervenção produz determinado resultado, os estudos escolhidos devem comparar grupos que recebem a intervenção e outros que não. Esta questão traduz-se assim na utilização de estudos cujo desenho apresentado sejam ensaios controlados, comparativos, aleatórios (Craig e Smyth, 2002).

Também Craig e Smyth (2002) afirmam que na procura de evidência acerca da eficácia das intervenções, as revisões sistemáticas de ensaios aleatórios controlados de forma adequada, bem como de um ensaio aleatório propiciam a mais válida forma de evidência.

2.3. Resultados

Tendo por base a estratégia de pesquisa acima descrita, foram identificados nas diferentes bases de dados 28 artigos, dos quais 8 aparecem em duplicado, 3 foram rejeitados pelo título ou por serem relacionados com outras disciplinas. Dos restantes, 1 artigo foi rejeitado pela leitura do resumo, 2 por se apresentarem em línguas que não as definidas, 1 era apenas um comentário e por último 5 artigos não se apresentavam disponíveis na forma integral. Em síntese, foram incluídos 8 artigos nesta revisão da literatura dos quais, 7 são artigos originais e 1 artigo de revisão sistemática da literatura.

Na Tabela 2 é efetuada a análise dos artigos selecionados, particularizando a informação referente aos autores, ano de publicação, fonte, objetivo do estudo, abordagem metodológica, resultados e conclusões, bem como o seu nível de evidência.

Um elevado número de artigos apresenta as suas evidências e recomendações clínicas baseadas na qualidade das evidências encontradas. Para classificar as evidências e a “força” da recomendação clínica são utilizadas diferentes taxonomias. Neste sentido, Braga e Melo (2009), referem que a força da recomendação está intimamente ligada com o nível de evidência.

Craig e Smyth (2004) mencionam que esta hierarquia de evidência se aplica somente a questões relativas à eficácia de terapias ou intervenções, que é o caso desta revisão integrativa.

Segundo Duke University Medical Library (2005, cit. por Levin, Singleton e Jacobs, 2007) o nível mais alto de evidência está no topo da pirâmide e é caracterizada pelo aumento da relevância das provas para a situação clínica estudada. A classificação de nível I é dada à evidência obtida a partir revisões sistemáticas, sendo considerado o nível mais forte de evidência, apresentado por Verheijen, Raven e Hofmeyer em 2009. Já o nível II deriva de ensaios clínicos singulares, sendo esta classificação atribuída a cinco dos artigos utilizados: Api [et al.], 2009; Peyman, Shishegar e Abbasi, 2011; Mahender, 2010; Buhimschi [et al.], 2002; Sartore [et al.], 2012. O nível IV corresponde ao relato de casos, o que é apresentado do artigo de Matsuo, Shiki e Yamasaki, 2009.

No que concerne ao grau de recomendação pode considerar-se que, e segundo a Classificação dos Níveis de evidência científica por tipo de estudo de “Oxford Center for Evidence-based Medicine”, os artigos selecionados possuem um grau de recomendação A, B e C (Jovella e Navarro-Rubio, 1995). Neste sentido o artigo G apresenta o grau de recomendação mais elevado (A), o que significa que possui excelentes evidências para recomendar a não utilização da manobra de pressão no fundo do útero. Os artigos A, C, D, E e F são classificados com o grau de recomendação B, sugerindo assim recomendação para a intervenção, pois são encontradas evidências razoáveis para o desenvolvimento da intervenção. O artigo B, situa-se no grau de recomendação C, logo existe evidência científica insuficiente que suporte o seu resultado.

Tabela 2: Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa da literatura

A						
The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: A randomized controlled trial						
Autor	Publicação	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões	N.E.
API, O.; BALCIN, M.E.; UGUREL, V.; API, M.; TURAN, C.; UNAL, O.	Acta Obstetricia et Gynecologica, 2009	Determinar o efeito da pressão uterina sobre a redução do segundo estagio do trabalho de parto e os seus efeitos sobre o feto.	Ensaio clínico randomizado controlado, num hospital de ensino e investigação. Foi aprovado pela Comissão de Ética e obtido o consentimento informado das participantes. 197 Parturientes entre 37 e 42 semanas de gestação, com gestação única e o feto em apresentação cefálica. Foram formados aleatoriamente dois grupos, um em que foi executada a manobra de pressão no fundo do útero e outro em que não foi usada a manobra, durante a segunda etapa do trabalho de parto. A principal medida de resultado foi a duração da segunda fase do trabalho. As medidas de resultado secundárias foram os valores da artéria umbilical (pH, HCO ₃ , pO ₂ , pCO ₂), a taxas de partos instrumentados, a morbidade/mortalidade	Não houve diferenças significativas entre os grupos na duração média da segunda fase do trabalho de parto e nas medidas de resultado secundárias, com exceção do grupo de intervenção apresentar menor pO ₂ e maior pCO ₂ no sangue do cordão umbilical. Porém, os valores ainda permaneciam dentro da normalidade e não houve recém-nascidos com um índice de Apgar <7 em ambos os grupos. Como não foi usada analgesia em nenhuma das participantes, não é possível determinar se o seu uso, associado à aplicação de pressão no fundo do útero, pode ter efeito sobre a duração da segunda fase do trabalho de parto.	Aplicação da manobra de pressão no fundo uterino durante trabalho de parto foi ineficaz na redução da segunda fase do trabalho de parto, mas não parece provocar complicações maternas e fetais a curto prazo.	II

		materna, trauma neonatal, internamento em unidades de cuidados intensivos neonatais e morte neonatal. Análise dos dados: foi utilizado o programa SPSS 11,0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA) e para comparação das variáveis entre os dois grupos foram realizados os testes de Student-t e Pearson.			
--	--	--	--	--	--

B Use of uterine fundal pressure maneuver at vaginal delivery and risk of severe perineal laceration						
Autor	Publicação	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões	N.E.
MATSUO, K.; SHIKI, Y.; YAMASAKI, M.	Archives of Gynecology and Obstetrics, 2009	Identificar os fatores de risco para a aplicação da manobra de pressão no fundo uterino e avaliar os seus resultados obstétricos	Estudo exploratório de abordagem quantitativa, não-experimental. Aprovado pela Comissão de Ética Hospitalar. Foram analisados todos os registos de enfermagem relativos às variáveis maternas (alteração de peso durante a gestação, duração do trabalho de parto), neonatais (peso da criança ao nascer, sexo e admissão na UCIN) e as complicações obstétricas (perda de sangue, laceração do colo do útero ou/e perineal, distocia de	A primiparidade, aumento de peso elevado materno durante a gravidez e a maior duração do trabalho de parto são os fatores de risco para a aplicação da manobra de Kristeller no parto vaginal. Foi relatado um caso de distocia de ombros com aplicação da manobra (primípara, 965' em trabalho de parto e 11 kg de ganho de peso durante a gravidez). A episiotomia e o uso de ventosa foram frequentemente realizados com a manobra de pressão uterina no parto	A manobra de pressão no fundo uterino durante a segunda fase do trabalho de parto aumenta o risco de laceração perineal grave. Assim sendo, o uso da manobra deve ser ponderado e deve ser efetuada com cuidado acrescido, tendo em conta o risco de complicações associadas	IV

		<p>ombro), dos partos vaginais ocorridos entre Jan/2005 e Abr/2006, nos quais as mulheres foram submetidas à manobra de Kristeller.</p> <p>Foram analisados 661 partos vaginais e em 39 (5,9%) foi aplicada a manobra de Kristeller.</p> <p>Para análise dos dados foi utilizado Statistical Package for <i>software</i> Cientistas Sociais (SPSS, Inc., versão 12.0).</p>	<p>vaginal.</p> <p>A manobra de pressão uterina no parto vaginal aumentou o risco de laceração perineal grave. Sendo que o risco aumenta significativamente quando a esta é usada concomitantemente com a ventosa e a episiotomia.</p>		
--	--	--	--	--	--

C Uterine Fundal Pressure on the Duration of the Second Stage of Labor in Iran: A Randomized Controlled Trial

Autor	Publicação	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões	N.E.
PEYMAN, A.; SHISHEGAR, F.; ABBASI, Z.	Journal of Basic and Applied Scientific Research, 2011	Determinar a percentagem de mulheres a quem é aplicada a manobra de Kristeller, bem como saber se esta manobra diminuiu a segunda fase de trabalho de parto e as suas complicações neonatais.	Ensaio clínico duplamente cego, realizado nos hospitais relacionados com a Universidade de Azad, no Teerão. Este estudo foi feito a 2631 mulheres admitidas nos hospitais entre 2005 e 2008, em trabalho de parto normal. Número real de participantes: 2236 - foram divididas em dois grupos de múltiparas e nulíparas. O grupo experimental e o de	52% Dos participantes receberam a manobra de Kristeller. A média de aplicações foi 3 com uma duração de 58 segundos. Como os grupos não eram homogéneos em termos de paridade, a duração média da segunda fase de trabalho de parto foi medido separadamente nas mulheres nulíparas e múltiparas. Foram registadas diferenças significativas na duração da	De acordo com os resultados deste estudo o uso de pressão no fundo do útero é eficaz na redução do segundo estadio do trabalho de parto. Esta manobra pode causar complicações maternas e fetais, como a rutura uterina, embolia do líquido amniótico, lacerações do esfíncter anal, fraturas fetais e lesões cerebrais. Esta investigação mostrou diferença significativa entre os grupos controle e intervenção	II

			<p>controle foram formados por seleção aleatória.</p> <p>Das 2631 grávidas que cumpriam os critérios de pesquisa, foram excluídas 395 por partos distócicos ou complicações médicas/obstétricas - bradicardia, disfunção uterina, e o trabalho de parto estacionário.</p> <p>Das 2236, 1207 era nulíparas e 1029 múltiparas.</p> <p>Critérios de inclusão - trabalho de parto ativo, gravidez de termo, feto único e apresentação de vértice.</p> <p>Critérios de exclusão - parto pré-termo (antes das 37 semanas de gestação), apresentação transversa ou de pelve; problemas placentários, uterinos e pélvicos; história de distocia de ombros na gravidez anterior.</p> <p>Todas as parturientes receberam ocitocina em perfusão endovenosa e não foi parada na segunda fase do trabalho de parto.</p> <p>Dados observados - variáveis demográficas, paridade, duração da segunda fase do</p>	<p>segunda fase de trabalho de parto entre os grupos de intervenção e controle nas nulíparas e múltiparas.</p> <p>Dos 1171 RN que nasceram com a manobra de Kristeller, 3,1% apresentou um índice de Apgar (1º minuto) inferior a 4 e 26,9% inferior ou igual a 7. Após reanimação, ao 5º minuto, 6% dos RN registou-se um índice de Apgar inferior a 7. 3,4% Dos RN necessitaram de internamento em unidades de cuidados intensivos neonatais. Não se registaram mortes neonatais.</p> <p>Ao 1º minuto, o índice de Apgar dos RN entre os grupos de intervenção e controle foi diferente, mas ao 5º minuto as diferenças não foram significativas.</p> <p>Os parametros avaliados pelo índice de Apgar que mais sofreram alterações foram: a cor, a respiração e o tónus muscular.</p>	<p>relativamente ao índice de Apgar no primeiro minuto após o parto.</p> <p>A Pressão uterina não é recomendada como cuidado de rotina, bem como a sua eficácia e segurança em mulheres com uma segunda fase de TP prolongada de são desconhecidas.</p>	
--	--	--	---	---	---	--

		<p>trabalho de parto, multiplicidade e duração da pressão uterina, e resultado do índice da Apgar ao 1º e 5º minuto.</p> <p>Análise de dados - SPSS; comparação de variáveis - teste t Student e teste de Pearson.</p>			
--	--	--	--	--	--

D Shortening the second stage of labor?						
Autor	Publicação	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões	N.E.
MAHENDRU, R.	Journal of the Turkish-German Gynecological Association, 2010	Avaliar os riscos e benefícios da utilização da pressão no fundo uterino na redução do segundo estagio do trabalho de parto e o efeito sobre os resultados obstétricos.	<p>Estudo piloto, experimental, entre 19/03/07 e 05/09/08. Foi aprovado pela Comissão de Ética e obtido o consentimento informado das participantes.</p> <p>209 Primigestas (20-27 anos) entre as 37 e 40 semanas de gestação, com pelve ginecóide, sem evidência de incompatibilidade fetopélvica, com gestação única e com o feto em apresentação cefálica.</p> <p>Critérios de exclusão: mulheres com anomalias ou cicatrizes uterinas, com aborto instrumental anterior, RCF, indução do trabalho de</p>	<p>Não houve diferenças significativas na duração média da segunda fase do trabalho e nas medidas de resultado secundárias.</p> <p>Foram observados, no grupo onde a pressão no fundo uterina foi exercida, um caso de retenção de placenta e um de prolapso uterino, além de alta evidência de exaustão materna e lesões perineais (num dos casos completa).</p> <p>Não houve diferenças significativas entre o índice de Apgar dos RN dos dois grupos (7 e 9, ao primeiro e quinto minuto, respectivamente), nem registo de traumas ou mortes</p>	Aplicação da manobra de pressão no fundo uterino durante trabalho de parto não só foi ineficaz na redução da segunda fase do trabalho de parto, como aumenta os riscos durante o parto.	II

		<p>parto, uso inapropriado de prostaglandinas e ocitocina e, uso no trabalho de parto de ventosa, fórceps, manipulação intra-uterina ou cesariana.</p> <p>Foram compostos dois grupos aleatoriamente: I com aplicação da manobra de pressão uterina durante a segunda etapa do trabalho e no II não é aplicada a manobra.</p> <p>A todas as participantes do grupo I foi realizada episiotomia.</p> <p>Foi realizada a comparação entre os dois grupos, considerando principal medida de resultado a duração da segunda fase do trabalho.</p> <p>Medidas de resultado secundárias: morbidade materna grave/mortalidade, trauma neonatal, internamento na unidade de cuidados intensivos neonatal e morte neonatal.</p>	neonatais.		
--	--	--	------------	--	--

E

The effect of fundal pressure manœuvre on intrauterine pressure in the second stage of labor						
Autor	Publicação	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões	N.E.
BUHIMSMCHI C.S.; BUHIMSMCHI I.A.; MALINOW A.M.; KOPELMAN J.N.; WEINER CP.	BJOG An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2002	Determinar a relação entre a pressão intra-uterina e a aplicação da manobra de pressão no fundo uterino padronizada, e determinar as características maternas, fetais e do trabalho de parto que modulam essa relação.	Ensaio clínico experimental controlado. De Nov/1999 a Ago/2000, foram estudadas 40 parturientes de termo, com gestação única, feto em apresentação cefálica, em 2ª fase de trabalho de parto espontâneo. Todas solicitaram analgesia epidural. Critérios de exclusão: sem critérios de inclusão, suspeita de macrossomia fetal, grande multiparidade, inserção de placenta anormal, anormalidades estruturais do útero, antecedentes de distocia de ombro, cicatriz uterina anterior e frequência cardíaca fetal anormal no momento da admissão. Foi monitorizada a atividade uterina 15 a 20 minutos antes de iniciar a intervenção. Este período de contrações espontâneo constituiu a contractilidade uterina basal. Depois foi monitorizada a pressão intra-uterina através um cateter com sensor de ponta, em cinco diferentes	No geral a força expulsiva foi gerada em 53% pela contração uterina, 30% pela manobra de valsalva e 17% pela pressão no fundo uterino. O uso simultâneo da manobra de Valsalva e pressão fundica, durante as contrações na 2ª fase do trabalho de parto, pode aumentar temporariamente em 86% a pressão intra-uterina. A eficiência pela qual as manobras de associação à contração aumentaram a pressão intra-uterina está diretamente relacionada à idade gestacional e inversamente proporcional à espessura do miométrio.	A pressão no fundo útero, aplicada sob condições controladas, aumenta significativamente a pressão intra-uterina em algumas mulheres, não todas. Para aplicar a manobra de pressão no fundo uterino sob condições controladas, sem exercer força excessiva, deve monitorizar-se a pressão intra-uterina simultaneamente à sua aplicação. É necessário o delineamento dos grupos de mulheres que poderiam ou não beneficiar da aplicação da manobra, para evitar a realização de intervenções obstétricas desnecessárias.	II

		<p>intervenções: (1) Manobra de Valsalva na contração uterina; (2) Pressão fundica e de Valsalva na contração; (3) Pressão fundica na contração sem Valsalva; (4) Pressão fundica na ausência de contrações; (5) Valsalva, na ausência de contrações.</p>			
--	--	---	--	--	--

F						
The effects of uterine fundal pressure (Kristeller maneuver) on pelvic floor function after vaginal delivery						
Autor	Publicação	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões	N.E.
<p>SARTORE A.; DE SETA F.; MASO G.; RICCI G.; ALBERICO S.; BORELLI M.; GUASCHINO S.</p>	<p>Archives of Gynecology and Obstetrics, 2012</p>	<p>Avaliar o impacto da manobra de Kristeller nas disfunções do pavimento pélvico da puérpera, comparativamente com um grupo de controlo ao qual não foi aplicado a manobra.</p>	<p>522 Primigestas, com gravidez única e partos vaginais; inscritas no hospital para avaliar a função do pavimento pélvico 3 meses após o parto; Estudo aprovado pela Institutional Review Board; Critérios de exclusão: cesarianas, partos pré-termo; incontinência anal e/ou vaginal pré-existente ao parto e histórias de cirúrgica vaginal e/ou anal; Puérperas divididas em 2 grupos: grupo A - 297 mulheres; identificadas como as que receberam a manobra de Kristeller; grupo B - 225 mulheres; não receberam a</p>	<p>A duração da segunda fase ativa do trabalho de parto, peso neonatal, partos instrumentados, o uso de analgesia epidural e a variedade occipital-posterior, foram significativamente maiores no grupo Kristeller do que no grupo de controlo. Apenas o peso neonatal, tempo de segunda fase do trabalho de parto e episiotomia medio-lateral foram significativamente associados à pressão no fundo do útero. 76.4% Grupo A - não referiu qualquer tipo de sintomas, contra 77.7% do grupo de controlo.</p>	<p>Conclui-se que a manobra de Kristeller não causa diretamente dispareunia ou dor perineal, mas determina um aumento das episiotomias, situação esta que está frequentemente associada a esses sintomas. Esta manobra parece não influenciar as funções e força do pavimento pélvico, 3 meses após o parto.</p>	<p>II</p>

		<p>manobra - grupo controlo.</p> <p>Os dados foram recolhidos a partir de registos médicos; as puérperas foram convidadas a participar no estudo e submetidas a uma entrevista e avaliação clínica da função e força do pavimento pélvico.</p> <p>Os dados foram tratados por diferentes métodos: Teste t Student para as variáveis quantitativas, para verificar a diferença entre os valores médios da mesma variável dentro das diferentes subpopulações; as percentagens foram submetidas ao teste de Fisher.</p>	<p>Incontinência urinária de esforço foi mais apontada pelo grupo de controlo, mas a dispareunia e dor perineal foi mais referida pelas mulheres do grupo A.</p> <p>Períneo intacto e lacerações perineais estão mais presentes no grupo de controlo; episiotomias medio-laterais são mais significativas no grupo A.</p> <p>Não foram registadas diferenças significativas entre os dois grupos no que respeita ao prolapso uterino e alterações na força muscular perineal e mobilidade uretral.</p>	
--	--	---	--	--

G						
Fundal pressure during the second stage of labour (Review)						
Autor	Publicação	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões	N.E.
VERHEIJEN, E.C.; RAVEN, J.H.; HOFMEYR, G.J.	The Cochrane Collaboration, 2009.	Determinar se a pressão uterina é eficaz na consecução do parto vaginal espontâneo, e impede uma segunda fase prolongada ou a	Critérios de inclusão: RCT, ou quasi RCT; Tipo de participantes - mulheres nulíparas ou múltiparas, em período expulsivo, gravidez única e apresentação cefálica do feto; foram excluídas mulheres com registo de cesariana anterior, e registo	Foram identificados 3 RCT que estudaram a aplicação de pressão no fundo do útero, segundo os critérios de pesquisa. Foram excluídos dois por: um deles não utilizou uma distribuição aleatória dos grupos; e o segundo porque não	Não há nenhuma evidência disponível para concluir sobre os efeitos benéficos ou nocivos da pressão uterina manual - são necessários ensaios randomizados de boa qualidade para estudar este efeito. A aplicação de pressão uterina por um cinto insuflável, durante a	I

	<p>necessidade de parto cirúrgico. Explorar os efeitos adversos maternos e neonatais.</p>	<p>de distocia de ombros em partos anteriores. Tipo de intervenção - aplicação de pressão manual no fundo do útero vs. não aplicação de pressão manual no fundo do útero; a pressão uterina aplicada através de um cinto inflável foi avaliada como uma intervenção em separado. Pesquisa artigos: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register.</p>	<p>apresentava qualidade metodológica e elevado risco de viés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não foram encontrados estudos que comparassem o uso ou não da pressão uterina (manual) na segunda fase do TP. • Apenas um estudo comparou a aplicação de pressão no fundo do útero através de um cinto insuflável e a sua não utilização - distribuição aleatória de nulíparas, com analgesia epidural, em dois grupos, sob um dos quais foi utilizado o cinto insuflável durante a segunda fase do TP, para avaliar se diminui as taxas de partos distócicos. <p>Efeito das intervenções: a taxa de partos não diminuiu com o uso do cinto insuflável. Resultados fetais: não foram registadas diferenças significativas entre os dois grupos no que respeita ao resultado do índice de Apgar ao</p>	<p>segunda fase do trabalho, não parece aumentar a taxa de partos vaginais espontâneos em mulheres com analgesia epidural. Não há evidências suficientes sobre a segurança para o RN. Os efeitos sobre o períneo materno são inconclusivos.</p>	
--	---	---	--	---	--

				<p>5º minuto < 7; diminuição do pH arterial do sangue do CU e internamento em unidades de cuidados intensivos neonatais.</p> <p>Resultados maternos: aumento de períneos intactos, bem como lacerações do esfíncter anal, no grupo experimental.</p> <p>Não houve registos de mortes maternas e neonatais.</p> <p>Não houve diferenças significativas no que respeita à diminuição da segunda fase do TP; foram registados elevados níveis de satisfação materna em ambos os grupos.</p>		
--	--	--	--	---	--	--

H						
Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis						
Autor	Publicação	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões	N.E.
MOIETY, F.M.; AZZAM, A.Z.	Journal of Obstetrics and Gynaecology Research © 2014	Determinar se a aplicação da pressão no fundo do útero deve ter um papel ativo na gestão do segundo período de TP, e determinar a prevalência, riscos e benefícios materno-fetais.	<p>Estudo realizado com 8097 mulheres, admitidas num Hospital Universitário, em trabalho de parto espontâneo, entre Março de 2010 e Março de 2011.</p> <p>Com consentimento informado assinado, e aprovado pelo Comité de Ética da Faculty of Medicine, Alexandria University.</p> <p>Critérios de inclusão: gravidez</p>	<p>Prevalência da aplicação da pressão no fundo do útero - 24,38%; em 34% dos casos foi aplicada com o cotovelo e antebraço; 13,4% com o punho e palma da mão; 11,8% com a palma da mão; 40,8% uso combinado destes últimos.</p> <p>Diminuição significativa do segundo período do TP entre primíparas; sem alterações</p>	Aplicar pressão no fundo uterino diminui a duração do segundo período de TP, nas primíparas, contudo só deverá ser utilizada sob diretrizes rígidas e quando outras alternativas não estiverem disponíveis, devido aos maus resultados que desta prática advêm.	

		<p>entre 37 a 42 semanas; TP espontâneo; apresentação fetal cefálica.</p> <p>Critérios de exclusão: outros tipos de apresentação; grande multiparidade; anomalias uterinas; anomalias placentárias; cicatriz uterina; parto distócico anterior; suspeita de macrosomia fetal e alterações da FCF.</p> <p>Foram formados dois grupos: Grupo I - aplicada manobra de pressão no fundo do útero (1974 mulheres); Grupo II - não foi aplicado nenhum tipo de manobra (6123 mulheres).</p> <p>A ocitocina foi utilizada para indução do TP, ou para acelerar um primeiro período de TP prolongado; no início do período expulsivo a perfusão foi suspensa.</p> <p>A pressão uterina foi na parte superior do útero, com um ângulo de 30 a 45° em relação à coluna vertebral, em direção à pelve materna, com o cotovelo e antebraço; punho e/ou palma da mão, coincidente com as contrações uterinas; neste momento foram tidas em atenção possíveis alterações</p>	<p>significativas entre múltiparas.</p> <p>Riscos maternos imediatos: Grupo I - aumento do risco de lacerações de terceiro e quarto grau; Grupo I e II - não apresentam diferenças significativas relativamente a rotura uterina e distocia de ombro; Riscos maternos tardios: Grupo I - 15,3% apresentou dispareunia e 8,1% incontinência urinária, contra 6,3% e 4,5%, do grupo II, respectivamente.</p> <p>As primíparas nas quais foi aplicada a manobra de pressão no fundo do útero apresentaram maior percentagem de lacerações, distocias de ombro e dispareunia; nas múltiparas verificaram-se mais casos de rotura uterina e incontinência urinária.</p> <p>Riscos RN: Grupo I - aumento do número de internamentos nas unidades de cuidados intensivos de neonatologia; Não apresentaram diferenças significativas relativamente ao índice de Apgar ao quinto</p>		
--	--	--	--	--	--

		<p>materno-fetais.</p> <p>Resultado primário - diminuição do segundo período do TP; avaliada a média do TP das primíparas e multíparas, separadamente nos dois grupos;</p> <p>Resultado secundário - maternos imediatos: lacerações perineais, rotura uterina, distocia de ombro; maternos tardios (6 meses a 1 ano): dispareunia e incontinência urinária.</p> <p>Resultado secundário - RN: avaliar índice de Apgar ao 5 minuto; internamento na unidade de cuidados intensivos neonatais.</p> <p>Os dados estatísticos foram tratados no SPSS, e a comparação de resultados através do teste t-student e Pearson.</p>	<p>minuto (<7).</p>		
--	--	--	------------------------	--	--

2.4. Discussão

Nesta etapa, procedeu-se à interpretação e síntese dos resultados, comparando os dados evidenciados na análise dos artigos com o referencial teórico (Souza, Sila e Carvalho, 2010). Assim, estabelecer a gestão de cuidados com base em evidência científica consiste em associar a evidência mais adequada com a questão clínica formulada.

Os estudos incluídos na revisão foram analisados relativamente aos seus objetivos, metodologias e resultados, gerando assim uma fonte de conhecimento sobre a temática em estudo e possibilitar a determinação se esse conhecimento é válido para ser transferido para a prática (Pompeo, Rossi e Galvão, 2009).

Todos os estudos foram aprovados pela Comissão de Ética local, bem como obtido o consentimento informado das participantes, com a exceção do estudo realizado por Matsuo, Shiki e Yamasaki (2009), pois diz respeito à análise de registos de Enfermagem anteriores à data do estudo.

Realizou-se então a extração dos conceitos abordados em cada estudo relacionados com a implicação da aplicação de pressão no fundo uterino no período expulsivo, tendo sido agrupados em três categorias, esquematizadas na figura 1:

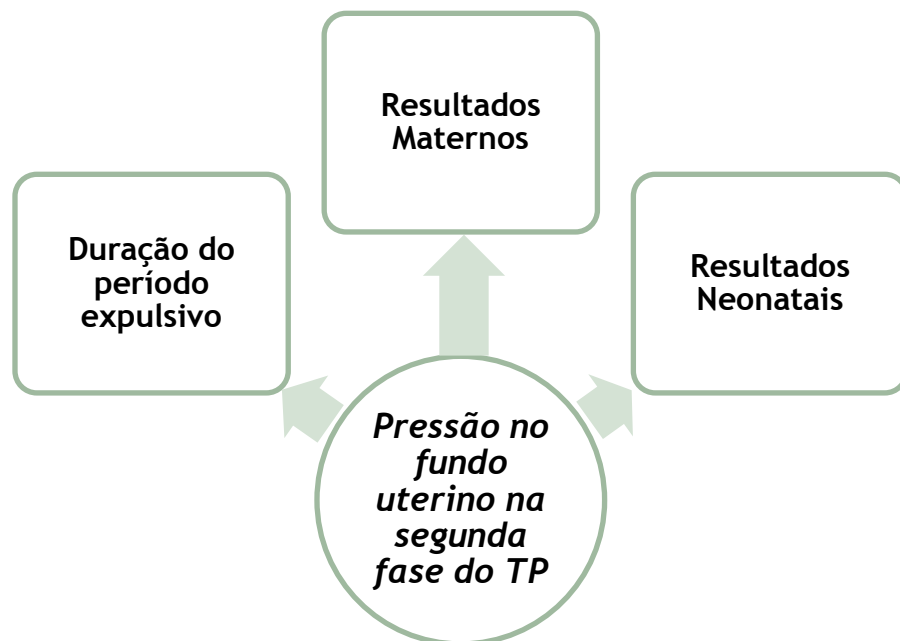


Figura 1: Categorização das implicações da aplicação de pressão no fundo uterino no período expulsivo

Em 1996, a OMS classificou as condutas a ter durante o parto normal, de forma a incentivar, corrigir e eliminar práticas. Neste sentido, a aplicação de pressão no fundo uterino no período expulsivo foi classificada na categoria C, pela suspeita de complicações maternas e neonatais associadas ao seu uso.

Indubitavelmente, é perceptível que esta prática ainda se mantém pelos elevados relatos, apesar dos poucos registos escritos que existem. Durante o estágio realizado foi possível perceber a controvérsia gerada à volta desta manobra, bem como o mal-estar gerado aquando da aplicação da mesma pelo não consenso da equipa.

Duração do segundo período do TP

Diminuir a duração do período expulsivo é o principal objetivo apontado para a aplicação de pressão no fundo do útero. As indicações clínicas principais passam pela presença de um traçado cardiotocográfico não tranquilizador, não evolução do segundo período de TP, exaustão materna ou contra-indicação materna de realizar puxos, por exemplo, por patologia cardíaca (Moiety e Azzam, 2014).

Neste sentido, os artigos C e G registaram diferenças significativas na duração do período expulsivo nos grupos onde foi aplicada a manobra de *Kristeller* em comparação com os grupos controlo, pelo que concluem que é eficaz neste aspeto (Peyman, Shishegar e Abbasi, 2011) (Moiety e Azzam, 2014).

Contra pondo, Api [et al.] (2009), Mahender (2010) e Verheijen, Raven e Hofmeyr (2009), autores dos artigos A, D e G, referem que o recurso a esta manobra não alterou a duração do período expulsivo, classificando-a assim como ineficaz, invalidando a justificação de que o uso da manobra evita o prolongamento da fase ativa do TP.

Resultados maternos

No que respeita a riscos e consequências que advêm da aplicação de pressão no fundo uterino no período expulsivo, de uma forma geral, os estudos analisados suportam a ideia de que esta prática aumenta o risco de resultados negativos, com a exceção do artigo A, onde Api [et al.] (2009), concluem que o uso da pressão no fundo do útero não provocou complicações na mulher.

Como efeitos negativos imediatos, parece haver consenso entre os autores dos estudos B, C, D, G e H, em apresentar a elevada incidência de lacerações de terceiro e quarto grau, nos grupos de mulheres às quais se aplicou a manobra de pressão no fundo uterino. Outras consequências como a distocia de ombro, rotura uterina, embolia de LA, retenção placentária, prolapso uterino, aumento da realização de episiotomias e partos distócicos, foram apontadas pelos mesmos autores, contudo não estiveram presentes em todos os estudos, pelo que se conclui que apesar do risco a sua incidência é mais baixa. Moiety e Azzam (2014) referem mesmo que não houve diferenças significativas entre o número de casos de rotura uterina e distocia de ombros entre os dois grupos.

Sartore [et al.] (2012), referem a dispareunia e a incontinência urinária como consequências tardias da aplicação da pressão no fundo do útero durante a segunda fase do TP. Contudo, concluem que não é causa direta para tal, mas determinou um elevado número de episiotomias, situação esta que está frequentemente associada a esses sintomas. Acrescentam ainda que parece não influenciar a força muscular, bem como as funções do pavimento pélvico, três meses após o parto.

Já Moiety e Azzam (2014), apresentam uma taxa de 15,3% de mulheres, nas quais foi aplicada a manobra de *Kristeller*, que referiu dispareunia e cerca de 8% apresentava incontinência urinária, comparativamente com o grupo controlo que apresentou valores mais baixos, 6,3% e 4,5%, respetivamente. Estes autores relacionam ainda a paridade com os riscos e consequências desta prática. Assim, concluem que nas primíparas do grupo que sofreu a intervenção surgiu maior percentagem

de lacerações graves, distocia de ombro e dispareunia; nas múltiparas do mesmo grupo, apresentaram mais casos de rotura uterina e incontinência urinária.

Resultados neonatais

Relativamente às implicações neonatais, os estudos utilizaram principalmente o índice de Apgar para basear a sua avaliação.

Neste sentido, Api [et al.] (2009), Mahendr (2010) e Verheijen, Raven e Hofmeyr (2009), não registaram diferenças significativas no que concerne ao resultado do índice de Apgar no primeiro e quinto minuto, diminuição do pH do sangue do CU, traumas, internamentos e mortes neonatais. Contudo, como conclusão geral, Verheijen, Raven e Hofmeyr (2009) referem não existirem evidências científicas suficientes sobre a segurança do RN quando a mãe é sujeita manobra de Kristeller.

O estudo realizado por Peyman, Shishegar e Abbasi (2011), mostrou diferenças significativas relativamente ao resultado do índice de Apgar nos RN do grupo onde incidiu a manobra de pressão no fundo do útero, no primeiro minuto. Assim, 3,1% dos RN apresentou, ao primeiro minuto, um índice de Apgar inferior a 4 e cerca de 27% inferior ou igual a 7. Apesar de não se registarem mortes neonatais, cerca de 3,4% dos RN necessitou de internamento na unidade de cuidados intensivos neonatais.

Os resultados apresentados por Moiety e Azzam (2014) vão de encontro aos dos autores anteriores, referindo assim um aumento do número de internamentos nas unidades de cuidados intensivos neonatais.

Mesmo com o aumento dos casos de distocia de ombro, não houve registo de nenhuma situação de trauma neonatal, como a fratura da clavícula e lesões do plexo braquial, como referido por Hurts (2009) e Tongate e Gibbs (2010).

2.5. Conclusão

Esta revisão integrativa foi produzida pelo reconhecimento da necessidade de determinar as implicações da realização da manobra de pressão no fundo uterino durante o período expulsivo.

A análise dos dados mostrou que os estudos incluídos na revisão integrativa comprovam que a execução da manobra de Kristeller não reduz a segunda fase do TP. Segundo Berghella, Baxter e Chauan (2008), esta manobra é ineficaz e os danos causados não superam os benefícios da sua aplicação.

Associado à manobra de Kristeller, os resultados dos estudos revelam elevadas taxas de lacerações perineais graves, aumento de episiotomias, distocias de ombro, prolapso uterino, retenção placentar e exaustão materna de forma imediata, e dispareunia e incontinência urinária como resultado tardio.

Relativamente aos resultados neonatais, parece existir pouca evidência científica que suporte os riscos a que os RN podem estar sujeitos.

Neste sentido, é passível de questionar se não existe evidência científica que justifique o recurso à manobra de Kristeller, o porquê se esta ser utilizada nas salas de parto. Assim, e por ser uma prática que mantém a sua controvérsia, serão necessários mais estudos de investigação para validar a sua eficácia e segurança.

Depois da realização desta revisão integrativa, o EEESMO deverá envolver-se e elaborar e implementar, em conjunto com a instituição onde está inserido, orientações específicas com a intenção de invalidar a prática da manobra de pressão no fundo uterino, aumentando a instrução profissional baseada na evidência, promovendo uma melhor e adequada prestação de cuidados e bem-estar da mulher e família.

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA RELATIVA À AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMO

A gravidez e o parto constituem umas das experiências humanas mais significativas e de grande impacto na vida da mulher. Da singularidade e complexidade que permeiam este processo, desenrolando-se ele normalmente ou com intercorrências clínicas, emana a necessidade de um acompanhamento onde exista confiança e segurança entre o EEESMO e a mulher/família (Milbrath [et al.], 2010).

A parte inicial do presente relatório representa a reflexão de situações experienciadas durante o estágio, que foram significativas e promotoras do desenvolvimento de competências, bem como a procura da mais recente evidência científica, capaz de justificar essas mesmas competências e as intervenções realizadas para concretizar as mesmas.

As competências de um profissional consistem em saber combinar os recursos provenientes do próprio e as do meio onde está inserido, no âmbito da realização de uma ação concreta que mobiliza esses mesmo recursos. É assim um processo de construção individual que, ao enfatizar a capacidade de saber gerir a complexidade em situações profissionais, articula intrinsecamente a sua competência e autonomia (Leitão e Alarcão, 2006). Neste sentido, a aquisição de competências durante o estágio não foi circunscrita ao conhecimento memorizado de termos, factos e procedimentos, desprovidos de compreensão e interpretação. Questionar os aspetos mais relevantes para o processo formativo, bem como analisar criticamente o processo de cuidados a prestar à grávida com complicações, durante o TP e no puerpério, fundamentaram a base da demonstração da aquisição das competências de um EEESMO.

Paralelamente, os princípios da responsabilidade profissional, ética e legais presentes no regulamento das competências do Enfermeiro Especialista foram integrados em toda a prática profissional.

O EEESMO possui um vasto leque de intervenções devido às diferentes áreas de intervenção, a assistência pré-natal, unidades de internamento em gestações de risco, admissão na sala de parto, parto e nascimento e no puerpério (Barbosa, Carvalho e Oliveira, 2008). Neste sentido, a aquisição e desenvolvimento das competências foram sustentadas na Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia, para assim cumprir os requisitos condicionantes para obter o título de EEESMO. Visando esta diretiva e o regulamento exposto pela OE no âmbito da especialização em saúde materna e obstetrícia, consideramos que as competências descritas relativas à prestação de cuidados no âmbito da gravidez, TP e puerpério foram adquiridas, com a exceção da prescrição de exames auxiliares de diagnóstico fundamentais para a deteção de riscos durante a gravidez, e da decisão esclarecida da mulher em caso de interrupção voluntária da gravidez, por motivos de ordem legal e das instituições onde foram realizados os estágios.

Tendo em conta os diferentes campos de intervenção do EEESMO, é importante referir que para concretizar esta etapa foi necessário mobilizar conhecimentos no âmbito das áreas de obstetrícia, psicologia da gravidez e maternidade, farmacologia, monitorização biofísica fetal e o cuidado de enfermagem de gravidez, trabalho de parto e pós-parto e cuidados ao recém-nascido. Assim, e refletindo sobre o estágio, as experiências e práticas executadas, é possível referir que foram realizados de forma sistemática e baseado em evidências, tendo por objetivo a promoção da saúde da mulher, recém-nascido e família.

Como já foi descrito anteriormente, de forma a atingir os requisitos da Diretiva 2005/36/CE, foi efetuado o número de partos exigido, bem como a prestação de cuidados e vigilância a grávidas com e sem patologia associada e a puérperas e RN, tal como apresentado de seguida nas figuras 2, 3 e 4.

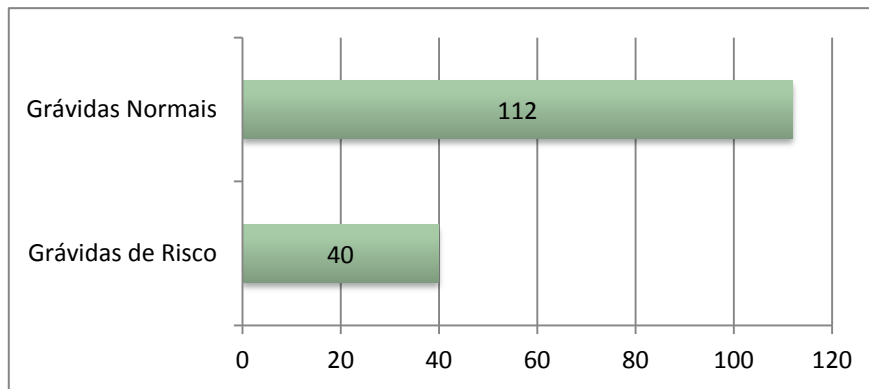


Figura 2: Grávidas alvo de cuidados e vigilância

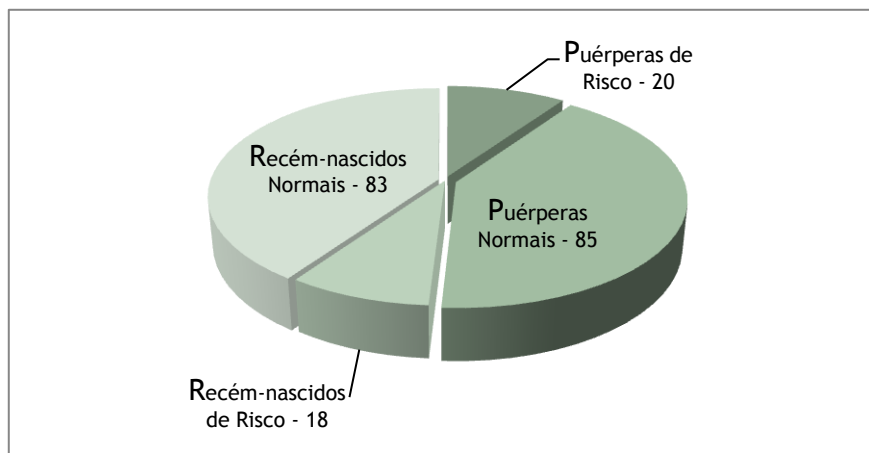


Figura 3: Puérperas e recém-nascidos alvo de cuidados e vigilância

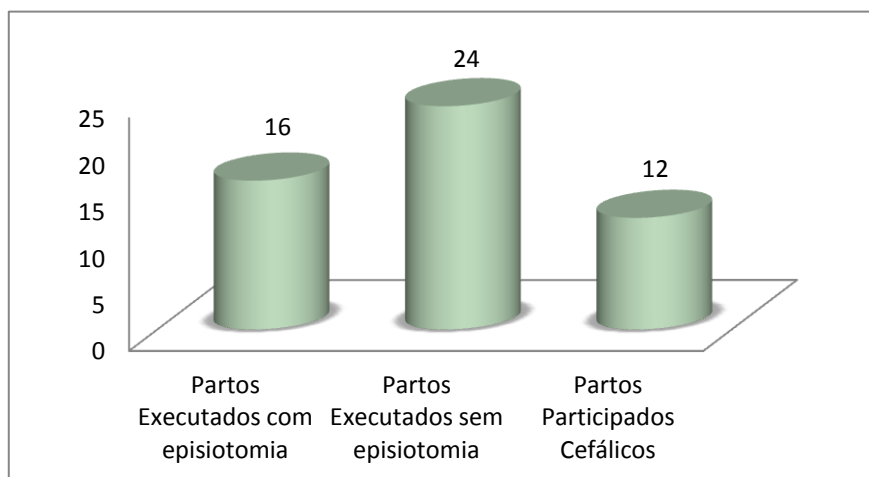


Figura 4: Partos realizados e participados

Paralelamente, e considerando a singularidade das atividades desenvolvidas no BP, é apresentada em anexo a descrição pormenorizada dos partos executados e participados, como comprovativo do cumprimento da diretiva supracitada (Anexo II).

As principais dificuldades sentidas prenderam-se com a diminuição da taxa de natalidade em Portugal, pois reduziu o número de oportunidades de prestar cuidados especializados no âmbito da gravidez com complicações, TP, parto e pós-parto. No entanto, através de muita dedicação e disponibilidade e do excelente apoio das equipas de profissionais dos serviços onde decorreram os estágios, os objetivos propostos foram cumpridos. Não obstante, o facto de ter realizado o estágio profissionalizante no HPH, proporcionou-nos as condições ideais para uma aprendizagem rica e desenvolvimento de competências adequado à prestação de cuidados especializados.

Os conhecimentos e competências do EEESMO colocam-no numa posição singular no que concerne ao bem-estar das famílias e as suas intervenções devem centralizar-se na unidade familiar enquanto foco de cuidados, não só na saúde da mulher que deseja vir a ter filhos, como na mulher que já tem filhos, tendo sempre em conta a unidade familiar e social em que se inserem (Graça, 2010).

Um outro aspeto a referenciar é o desenvolvimento da perspicácia e habilidade de nos apercebermos acerca do que é menos perceptível e observável, ou seja, a descoberta de mensagens que nos são transmitidas através de linguagem não-verbal, face à complexidade das situações encontradas. Este desenvolvimento permitiu-me expandir mecanismos de relacionamento com as grávidas/parturientes/puérperas e família, e entender as suas preocupações, que à primeira vista se poderiam reduzir a algo palpável ou observável, mas que na realidade, são muito mais complexos.

Nos serviços onde decorreu o estágio, e indo de encontro à filosofia de cuidados das enfermeiras responsáveis, os cuidados à mulher e família foram prestados tendo em vista a sua singularidade e o respeito pelas suas diferenças. Pois tal como refere Farelo e Carrar (2010), esta prática é imprescindível nos momentos que antecedem o parto e durante o nascimento do bebé, permitindo que vivenciem este momento de forma plena, e que se sintam respeitados no processo de parturição.

Para a realização deste estágio foram numerosas as horas dedicadas ao estudo, à investigação, na busca do conhecimento e da mais atualizada literatura disponível, pois reconheço que permanentemente posso enriquecer os meus conhecimentos. A metodologia adotada foi a prática baseada na evidência, recorrendo assim a competências adquiridas no primeiro ano do Mestrado, sem as quais se iria tornar difícil a sua concretização. Suportando esta decisão, surge Pereira, Cardoso e Martins (2012) que referem que a prestação de cuidados de Enfermagem baseada em evidência traz ganhos em saúde, quantificando-os em 28%, quando comparados com os prestados de forma rotineira.

A prática baseada na evidência, no âmbito da Enfermagem, é definida por Stetler [et al.] (1998, cit. por Caliri e Marziale, 2000), como uma abordagem que usa os resultados de pesquisa, o consenso entre especialistas e a experiência clínica confirmada como base para a prática clínica ao invés de experiências isoladas e não sistemáticas, rituais e opiniões sem fundamentação. Compreende assim um processo que integra a competência clínica individual com os achados clínicos originados pelas pesquisas sistemáticas existentes (Domenico e Ide, 2003).

Transpondo para a nossa realidade, é através deste processo que o EEESMO toma decisões utilizando a evidência científica mais recente, a sua experiência clínica e as preferências/ situação clínica da grávida/parturiente/puérpera, no contexto dos recursos disponíveis (Dicenso, Cullum e Ciliska, 1998).

Assim, esta prática desempenhou um elo entre a pesquisa e a prática profissional, como instrumento para a capacitação e inserção como profissional, no quotidiano de trabalho, uma vez que permitiu a aquisição e validação de conhecimentos. Para que tal fosse possível, foi necessário a apresentação dos resultados dos estudos à prática assistencial e que os temas de pesquisa resultem dessa necessidade, de forma objetiva e aplicada ao seu dia-a-dia (Pedrolo [et. al], 2009).

A segunda parte do relatório vai de encontro ao que acima foi referido, tendo assim por objetivo integrar os conhecimentos teóricos de investigação com uma problemática de interesse para os cuidados

prestados pelo EEESMO. Neste sentido, foi realizada uma revisão integrativa da literatura relativa às implicações da aplicação da manobra de pressão no fundo uterino durante a segunda fase do TP.

Esta revisão integrativa permitiu o desenvolvimento de competências no âmbito da investigação e também perceber o porquê da controvérsia gerada em torno da manobra de Kristeller (figura 5).

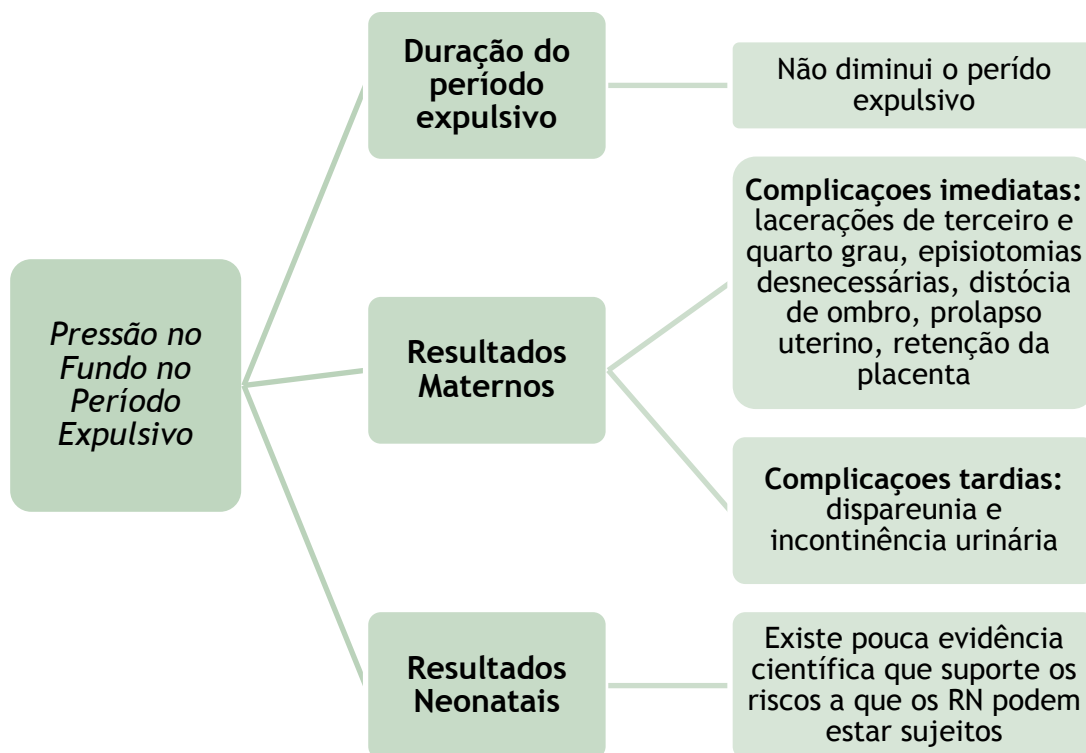


Figura 5: Implicações da aplicação de pressão no fundo uterino no período expulsivo

Desta forma, surge a questão: porquê realizar uma intervenção quando se sabe que não existe evidência científica que a justifique e classifique como uma prática eficaz na gestão do TP?

Foi possível observar durante o estágio que esta manobra era realizada com alguma frequência quer pela equipa de enfermagem, quer pela equipa médica. Acontecimento este que gerou desconforto entre os profissionais com diferentes opiniões relativas à aplicação da manobra de Kristeller. Assim, e por ser uma prática que mantém a sua controvérsia, serão necessários mais estudos de investigação que validem a sua eficácia e segurança, e formular protocolos que regularizem a sua prática.

Neste sentido, e pelas diversas dúvidas inerentes à prática de enfermagem, relacionadas não só com a eficácia, mas também com a relação custo-benefício da intervenção, o EEESMO deverá elaborar e/ou participar na elaboração de mais estudos de investigação e orientações específicas neste âmbito, aumentando a instrução profissional baseada na evidência, promovendo uma melhor e adequada prestação de cuidados e bem-estar da mulher e família.

Contudo, é essencial ter em conta a cultura dos profissionais de saúde, que molda as suas crenças e comportamentos no local de trabalho. Sem uma consciencialização do impacto da cultura na implementação da evidência, as estratégias para a mudança podem não ter sucesso (Craig e Smyth, 2002). Concordando com estes autores, e por ser uma intervenção não só realizada pelo EEESMO, fatores relacionados com o nível de literacia, aquisição de conhecimentos, valorização da investigação e da mudança podem influenciar a tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde.

A educação e formação contínua, formação em contexto de trabalho, o desenvolvimento de literacia baseada na evidência no contexto de trabalho, a participação em estudos de investigação e a fomentação de uma atitude inovadora, podem promover a confiança de todos em utilizar os resultados das suas investigações para aplicar os resultados na prática.

6. CONCLUSÃO

Findo este relatório, considero importante referir alguns aspetos inerentes ao percurso desenvolvido. Neste sentido, penso que a mobilização de conhecimentos teóricos para a aplicação dos mesmos na prática, possibilitou o desenvolvimento e aquisição das competências descritas anteriormente, com o objetivo de potenciar a saúde da mulher, detetar e tratar prematuramente prováveis complicações tendo como intuito o bem-estar materno-fetal.

Após a realização deste relatório, tomamos consciência do carácter enriquecedor que este nos proporcionou ao realizá-lo, bem como o estágio que o fundamentou. Após a pesquisa e análise bibliográfica, é passível referir que a presença e intervenção do EEESMO é de basilar importância pois a vivência de uma gravidez de risco, trabalho de parto e parto e pós-parto, pode ser muito positiva e enriquecedora, mas também percebida como um processo traumático, decorrente de cuidados inadequados, durante este período.

Foi essencial uma prática de qualidade e humanizada para promover e manter a saúde materna e neonatal. Tal como afirma Milbrath [et al.] (2010), humanizar a assistência prestada à mulher grávida, durante o TP e no pós-parto, é sinónimo de a compreender a ela e à família como elemento singular, com necessidades específicas, que ultrapassam as questões biológicas e abrangem as circunstâncias sociais, culturais, éticas, educacionais e psicológicas.

Neste sentido, as intervenções desenvolvidas tiveram como objetivo a promoção do autocuidado da mulher como grávida, parturiente e puérpera, recorrendo ao planeamento, aconselhamento e concretização dos cuidados necessários em situações de baixo risco, bem como detetar

atempadamente situações de risco que requereram outros níveis de cuidados.

Como futura enfermeira especialista de saúde materna e obstetria acreditamos que o EEESMO ocupa um papel fulcral no acompanhamento da mulher com uma gravidez de risco, que necessita de cuidados especializados para que a gravidez chegue a termo, com a finalidade de prevenir a prematuridade e os riscos para a saúde da mulher e do feto; da mulher como parturiente respeitando as suas particularidades e privacidade, para que possa vivenciar a experiência do parto da melhor forma possível; e da mulher como puérpera e mãe, pois é um período de transição situacional, no qual ocorrem adaptações fisiológicas e comportamentais complexas, promovendo assim o seu bem-estar e a relação mãe-filho e familiares.

Integrar a componente da investigação com a realização de uma revisão integrativa foi uma condição essencial ao Mestrado, pois demonstra uma mais-valia para a Enfermagem na medida em que dá visibilidade aos cuidados prestados e permite explicar o contributo dos EEESMO na saúde das mulheres e família.

Tal como as intervenções e práticas explanadas, neste relatório, foram baseadas na evidência científica mais recente. A revisão da literatura foi concretizada relativamente a uma área de interesse na prestação de cuidados especializados, pois a tomada de decisão do EEESMO necessita de ser baseada em princípios, com o objetivo de selecionar a intervenção mais adequada naquela situação específica. Deste modo, e por tudo o anteriormente descrito, observa-se que a metodologia utilizada foi a mais adequada e coerente.

Refletindo agora sobretudo sobre os resultados da investigação pode afirmar-se que a manobra de Kristeller não reduz a segunda fase do TP e os danos causados não superam os benefícios da sua aplicação. Associado a esta prática estão os prejuízos maternos imediatos e tardios, como as lacerações perineais graves, aumento de episiotomias, distocias de ombro, prolapso uterino, retenção placentar, dispareunia e incontinência urinária. Quanto às implicações neonatais, os estudos não as demonstram com

grande diferença estatística comparativamente aos RN, não expostos à manobra de pressão no fundo uterino durante o seu nascimento. Neste sentido, esta prática continua a ser vista como controversa, mas ainda assim praticada com regularidade nas salas de parto portuguesas. Serão necessários mais estudos de investigação para validar a sua eficácia e segurança.

Os objetivos previamente definidos para a elaboração do estágio e do relatório foram atingidos, na medida em que se procedeu à descrição e fundamentação das competências adquiridas no domínio dos cuidados de enfermagem especializada, bem como foi realizada a revisão integrativa proposta. Concomitantemente, consideramos que o percurso e projeto individual proporcionaram um bom contributo a nível institucional, nomeadamente através das pesquisas efetuadas que facultaram a possibilidade de uma partilha de conhecimento permanente e reflexões acerca das práticas alicerçadas na mais atual evidência científica disponível.

Concluindo, importa acentuar que o percurso profissional se constrói com base em aprendizagens constantes e que a mudança de comportamentos e atitudes por parte dos profissionais de saúde se declara de elevada importância em qualquer momento do seu percurso profissional, pois é sempre possível cooperar para a excelência da qualidade dos cuidados que se prestam. Foi este o nosso lema.

7. BIBLIOGRAFIA

- AGUIAR, H.; SILVA, A.I. - ALEITAMENTO MATERNO: A Importância de Intervir. *Acta Med Port.*, 2011.
- ALBERS, L.; Rethinking dystocia: patience please. *MIDIRS Midwifery Digest*, 2001.
- ALBUQUERQUE, M.E.; OLIVEIRA, G.; CARDOSO, B. M. - Manual reanimação neonatal; 4ª edição; 2010 Angelini Farmaceuticas.
- ALFIREVIC Z., DEVANE D., GYTE G.M.L. - Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour (Review). *The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.* 2013.
- ALMEIDA, N.A.M.; [et al.] - A dor do parto na literatura científica da Enfermagem e áreas correlatas indexada entre 1980-2007. *Rev. Eletr. Enf.*, 2008.
- ALT, M.S.; BENETTI, S.P.C. - Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. *Psicologia em estudo*, 2008.
- AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY - *Obstetric care consensus*. 2014.
- AMORIM, M.; PORTO, A.; SOUZA, A. - Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. Nov. vol 38. nº 11, 2010.
- ANDRES, V.; [et al.] - Apparent life-threatening events in presumably healthy newborns during early skin-to-skin contact. American Academy of Pediatrics, 2011.
- API, O.; [et al.] - The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 2009.

- BARBOSA, P.O.; CARVALHO, G.M.; OLIVEIRA, L.R. - Enfermagem obstétrica: descobrindo as facilidades e dificuldades do especialista nesta área. *O Mundo da Saúde São Paulo*, 2008.
- BARROSO R.G.; MACHADO C. - *Definições, Dimensões E Determinantes Da Parentalidade*. Psychologica - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade De Coimbra, 2010.
- Batista, D.C.; [et al.] - Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 2003.
- BEGLEY, C.M. et al. - Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 11, 2011.
- BELLAD, M.B.; KAMAL, P.; RAJESHWARI, P. - Does Artificial Rupture of Membranes (ARM) Reduce Duration of Labor in Primigrávidae: A Randomized Controlled Trial. *Journal of South Asian Federation of Obstetrics & Gynecology*. 2010, Vol. 2 Issue 1.
- BERGHELLA, V.; BAXTER, J.K.; CHAUNAN, S.P. - Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2008.
- BRAGA R.; MELO M. - Como fazer uma Revisão Baseada na Evidência. *Rev Port Clin Geral*, 2009.
- BRAGA A.F.; OKASAKI E.L.F.J. - Prevenção da prematuridade? papel da enfermagem. *Rev Enferm UNISA*, 2004.
- BRANCATO, R.M.; CHURCH S.; STONE P.W. - A meta-analysis of passive descent versus immediate pushing in nulliparous women with epidural analgesia in the second stage of labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2008. ISSN: 0884-2175.
- BITTA, R.E.; ZUGAIB, M. - Tratamento do trabalho de parto prematuro. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*, 2009.
- BISMARCK, J.A. - Analgesia em Obstetrícia. Portugal: Permanyer, 2003.
- BOING, I.; SPERANDIO, F.F.; SANTOS, G.M. - Uso de técnica respiratória para analgesia no parto. *FEMINA*, 2007.

- BUCHANAN S. L.; [et al.] - Trends and morbidity associated with oxytocin use in labour in nulliparas at term. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2012.
- BUHIMSCHI, C.S.; - The effect of fundal pressure manœuvre on intrauterine pressure in the second stage of labor. *BJOG An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2002.
- CALIRI, Maria H. L.; MARZIALE, Maria H. P. - A prática de enfermagem baseada em evidências. Conceitos e informações disponíveis online. *Revista Latino-Am. Enfermagem* Vol.8, nº. 4 (Ago. 2000).
- CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T. - *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 2ª Ed, Lisboa: Lidel, 2008.
- CAMPOS, D.A.; [et al.] - Medidas para reduzir as taxas de cesarianas na região Norte de Portugal.
- CANTILINO, A.; [et al.] - Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev Psiq Clín..* 2010.
- CAPLE, C. - Amniotomy: Assisting with. *Nursing Practice & Skill*. February 10, 2012.
- CARROLI, G.; MIGNINI, L. - Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews - Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, 2012.
- CEPÊDA, T.; BRITO, I.; HEITOR, M.J. - *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais*. Lisboa : DGS, 2006.
- CLARK, S.L. et al. - Oxytocin: new perspectives on an old drug. *Am J Obstet Gynecol*.
200:35.e1-35.e6., 2009.
- COCO, A.; [et al.] - A randomized trial of increased intravenous hydration in labor when oral fluid is unrestricted. *Family Medicine*, 2010. ISSN: 1938-3800.
- CLODE, Nuno; JORGE, Carlos C.; GRAÇA, Luis M. - *Normas De Atuação Na Urgência De Obstetrícia Do Hospital De Santa Maria*. 2ª Ed. Lisboa, 2012.

- CRAIG, J.V.; SMYTH, R.L. - *Prática baseada na evidência. Manual para enfermeiros*. Loures : Lusociência, 2004.
- CRAIG, J.V.; SMYTH, R.L. - *Prática baseada na evidência. Manual para enfermeiros*. Loures : Lusociência, 2002
- CRUZ, D.S.C.; SUMAM, N.S.; SPÍNDOLA, T. - Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev Esc Enferm USP*, 2007.
- CUNHA, A.A.. - Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. *Femina*, 2010.
- CUNNINGHAM, G. K.; [et al.] - *Obstetrícia de Williams*. 23ed. AMGH editora Lda, 2012.
- DAVIDSON, H.A.; SCHUB, T. - Neonatal Abstinence Syndrome. *Evidence-based Care Sheet*, 2012.
- DAWOOD F.; DOWSWELL T.; QUENBY S. - Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women (Review). *The Cochrane Library*, 2013, Issue 6.
- DELANEY, M.; ROGGENSACK, A. - Guidelines for the Management of Pregnancy at 41+0 to 42+0 Weeks. *JOGC*, 2008.
- DENIS. A; PONSIN, M.; CALLAHAN, S. - The relationship between maternal self-esteem, maternal competence, infant temperament and post-partum blues. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2012.
- DÍAZ, C.R. - La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas. *Matronas Prof.*, 2011.
- DICENSO, A.; CULLUM, N.; CILISKA, D. - Implementing evidence based nursing: some misconceptions. *Evidence Based Nursing*. Vol. 1, nº.2 (1998).
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. - *Indicadores e Metas do PNS*. 2010.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. - *Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez*. 2011.
- DIXON L.; FOUREUR B.A.M. - The vaginal examination during labour: Is it of benefit or harm? New Zealand College of Midwives. *New Zealand College of Midwives Journal*, 2010.

- DOMENICO, Edvance B. L.; IDE, Cilene A. C. - Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Revista Latino-am Enfermagem*. Vol.11, nº.1 (Jan./ Fev. 2003).
- DOTTO, L.M.G.; MAMEDE, M.V.; MAMEDE, F.V. - Desempenho das competências obstétricas na admissão e Evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de Saúde. *Esc anna nery rev enferm*, 2008.
- DOURADO, V. G.; PELLOSO, S. M. - Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta Paulista Enfermagem*. Vol.11, nº.1 (Jan./ Fev. 2003).
- DOWNE S; GYTE GML; DAHLEN HG; SINGATA M- Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term (Review). *The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. 2013*
- DUHAN, N.; PAUL, A.; DUHAN, U. - Meconium Staining of Amniotic Fluid- A Poor Indicator of Fetal Compromise. *JK Science*. 2010, Vol. 12 Issue 4.
- FERNÁNDEZ, A.S.; [et al.] - Influencia del alumbramiento activo sobre la morbilidad materna por hemorragia posparto. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 2013.
- FLENADY, V.; KING, J. - Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, 2012.
- FRELLO A.T; CARRARO T.E. - Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Rev. Eletr. Enf.* 12(4):660-8, 2010.
- GERANMAYEH, M.; [et al.] - Reducing perineal trauma through perineal massage with Vaseline in second stage of labor. *ARCH GYNECOL OBSTET*, 2012.
- GOLINO, P.S.; CHEIN, M.B.C.; BRITO, L.M.O. - Ruptura prematura de membranas: fisiopatologia, diagnóstico e conduta. *Femina*, 2006.
- GONZÁLEZ, A.C.; [et al.] - Comparación de dos métodos diagnósticos de ictericia neonatal. *Revista Cubana de Pediatría*, 2012.

- GRAÇA, L.M. 2010. *Medicina Materno-Fetal*. 4ª edição. Lisboa: Lidel, 2010. 4ª edição.
- GUPTA, J. K.; HOFMEYR, G. J.; SHEHMAR, M. - Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group - Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012
- HOCKENBERRY, M. J. - *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro:7ªed. Editora Elsevier Ltda, 2006.
- HOGA. L.A.K; PINTO, C.M.S. - Assistência ao parto com a presença do acompanhante: Experiências de profissionais. *Investigación y Educación en Enfermería*, 2007.
- HUNT, L. - Literature review: Eating and drinking in labour. *British Journal of Midwifery*, 2013.
- HURST H. - Fundal pressure: practiced maneuver, uncertain rules. *Nursing for Women's Health*, 2009. ISSN: 1751-4851.
- JAHANFAR, S.; JAAFAR, H. - Effects of restricted caffeine intake by mother on fetal, neonatal and pregnancy outcome (Review). *The Cochrane Library*, 2013.
- JAROSZ, M.; WIERZEJSKA, R.; SIUBA, M.; Maternal caffeine intake and its effect on pregnancy outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2012.
- JOVELLA, A.; NAVARRO-RUBIO, M.D. - Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin. Barc.*, 1995.
- JUNIOR, M.D.C; PATRICIO, E.C.; FELIX, L.R. - Obstetric interventions in preterm birth: a literature review and therapeutic update. *Rev. Med. Minas Gerais*, 2013.
- KANG, JH et al. - The Efficacy and Safety of Inflatable Obstetric Belts for Management of the Second Stage of Labor. *J Korean Med Sci.*, 2009.
- KETTLE C.; DOWSWELL T.; ISMAIL K.M. - Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012.

- LAVENDER T., HART A., SMYTH R.M.D. - Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term (Review). *The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.* 2013.
- LAVENDER, T.; [et al.] - Progress of first stage of labour for multiparous women: an observational study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005.
- LEITAO, A.; ALARCÃO, I. - Para uma nova cultura profissional: uma abordagem da complexidade na formação inicial de professores do 1º CEB. *Rev. Port. de Educação*, 2006
- LEVIN, R; SINGLETON, J; JACOBS, S. - Developing and evaluating clinical practice guidelines: a systematic approach. [autor do livro] Capezuti E. et al. *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. Nova Iorque : 3rd edition. Springer Publishing Company, 2007.
- LEVY, L.; BÉRTOLO, H. - *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa : Comité Português para a UNICEF, 2008.
- LI, F.; [et al.] - The Apgar Score and Infant Mortality. *PLoS ONE*. 2013, Vol. 8 Issue 7.
- LOPES, D. M.; [et al.] - Episiotomia: Sentimentos e Repercussões vivenciadas pelas puérperas. *Revista de Pesquisa: Cuidados é Fundamental*. Vol.4, nº.1, (Jan./ Mar., 2012).
- Lopes, R.C.; [et al.] - O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2005.
- LÓPEZ F.W.C.; LAZA O.U. - *Manual de enfermeira en neonatologia*. La Habana: Editorial Cirncias Médicas, 2007.
- LOWDERMILK, D.; PERRY, S. - *Enfermagem na Maternidade*. 7º Edição. Loures : Lusodidacta, 2008.
- MAAYAN-METZGER, A.; [et al.] - Meconium-stained amniotic fluid and the need for paediatrician attendance. *Acta Paediatrica*. Jan2013, Vol. 102 Issue 1.

- MACHADO, Margareth V.; ZAGONEL, Ivete P. S. - *O processo de cuidar da adolescente que vivencia a transição ao papel materno*. 2004. Tese de Mestrado.
- MAGALHÃES, P. B.; [et al.] - *Alterações placentárias macroscópicas associadas à ocorrência de restrição crescimento intra-uterino*. 2011.
- MAROWITZ A; JORDAN R. - Midwifery management of prelabor rupture of membranes at term. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2007. ISSN: 1526-9523
- MARTINS, C.; GUEDES, R.; JOÃO, A. - Recém-nascido de mãe toxicod dependente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 2008.
- MARTINS, C. A; REZENDE, L. P. R.; VINHAS, D. C. S. - Gestação de alto risco e baixo peso ao nascer em goiânia. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Vol. 5, Nº.1, (2003).
- MARTINS, A.B.; RIBEIRO, J.; SOLER, Z.A.S.G. - Proposta de exercícios físicos no pós-parto. Um enfoque na atuação do enfermeiro obstetra. *Investigación y Educación en Enfermería*, 2011.
- MASLOVA E.; [et al.] - Caffeine consumption during pregnancy and risk of preterm birth: a meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2010. ISSN: 0002-9165.
- MATOS, T.A. [et al.] - Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2010. ISSN 0034-7167.
- MATHEW A.; NAYAK S.; VANDANA, K.- A comparative study on effect of ambulation and birthing ball on maternal and newborn outcome among primigrávida mothers in selected hospitals in mangalore. *Nitte University Journal Of Health Science*, 2012.
- MCDONALD, Susan J.; [et al.] - Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews - Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, 2013.
- MAHENDRU, R. - Shortening the second stage of labor?. *J Turkish-German Gynecol Assoc.*, 2010.

- MATIAS, A.; TIAGO, P.; MONTENEGRO, N. - Calculo da Idade Gestacional. Métodos e Problemas. *Acta Medica Portuguesa*, 2002.
- MATSUO, K.; [et al.] - Use of uterine fundal pressure maneuver at vaginal delivery and risk of severe perineal laceration. *Arch Gynecol Obstet*, 2009.
- MERCER, J.S.; [et al.] - Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. *J Midwifery Womens Health*, 2007.
- MILBRATH V.M.; [et al.] - Vivências maternas sobre a assistência recebida no Processo de Parturição. *Esc Anna Nery (impr.)*, 2010.
- MOIETY, F.M.; AZZAM, A.Z. - Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis. *J Obstet Gynaecol Res.*, 2014.
- MOISÉS, E.C.D.; [et al.] - Disfunções miccionais no período gestacional e puerperal. *FEMINA*, 2011.
- MOREIRA, M.; [et al.] - Prevention of early-onset group B Streptococcal disease in newborns in the 21st century: from past to future. *Acta Obstet Ginecol Port* , 2013.
- MORGAN S; KOREN G; BOZZO P - Is caffeine consumption safe during pregnancy?. *Canadian Family Physician Médecin De Famille Canadien*, 2013.
- MURGUÍA-GONZÁLEZ, A.; HERNÁNDEZ-HERRERA, R.J.; NAVA-BERMEA, M. - Factores de riesgo de trauma obstétrico. *Ginecol Obstet Mex*, 2013.
- NACHUM, Z.; [et al.] - Comparison between amniotomy, oxytocin or both for augmentation of labor in prolonged latent phase: a randomized controlled trial. *Reproductive Biology & Endocrinology*, 2010.
- NETO, A. R. M.; CÓRDOBA, J. C. M.; PERAÇOLI, J. C. - Etiologia da restrição do Crescimento Intrauterino. *Com. Ciências Saúde*. (2011).
- NELSON, M.M. - Neonatal Abstinence Syndrome: The Nurse's Role. *International Journal of Childbirth Education*, 2013.

- NICE - *Routine postnatal care of women and their babies*. Clinical guideline, 2006.
- NICE - *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. Clinical guideline, 2007.
- NOGUEIRA, J.R.D.F.; FERREIRA, M. - O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. *Rev. Enf. Ref.*, 2012.
- OLIVEIRA, A.R. - Fatores associados e indicações para a prática de cesariana: um estudo caso-controlo. *Rev Port Med Geral Fam*, 2013.
- OLIVEIRA, G. K. S.; [et al.] - Intervenções de Enfermagem nas adaptações fisiológicas da gestação. *Revista Eletrónica de Ciências*. Vol. 3 nº. 1, (Jan./ Jun., 2010).
- OBSTETRIC AND GYNAECOLOGY CLINICAL CARE UNIT - *Neonatal Care*. 2012a.
- OBSTETRIC AND GYNAECOLOGY CLINICAL CARE UNIT - *Subsequent care*. 2012b.
- OBSTETRIC AND GYNAECOLOGY CLINICAL CARE UNIT - *Active management of the third stage following a vaginalbirth*. 2013a.
- OBSTETRIC AND GYNAECOLOGY CLINICAL CARE UNIT - *Capillary blood collection from neonate*. 2013b.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2010.
- OSANAN, G.C.; [et al.] - *Análise da Qualidade de dados Registrados no Partograma*. Anais do XIII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 2012.
- OSAVA, R.H. [et al.] - Fatores maternos e neonatais associados ao mecônio no líquido amniótico em um centro de parto normal. *Rev Saúde Pública*, 2012.
- PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA - Directiva 2005/36/CE - Relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. *Jornal Oficial da União Europeia*. L255/p.22, 2005.
- PATTERSON, D.A.; WINSLOW, M.; MATUS, C.D. - Spontaneous Vaginal Delivery. *American Family Physician*, 2008.

- PATTINSON, R.C.; [et al.] - Aggressive or expectant management of labour: a randomised clinical trial. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2003.
- PEDROLO, Edivane; [et al.] - A Prática baseada em evidências como ferramenta para a prática profissional do Enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*. Vol.14, nº.4 (Out./ Dez. 2009).
- PEREIRA, A.L.F.; BENTO, A.D. - Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 2011.
- PEREIRA, R. P. G.; CARDOSO, M. J. S. P. O.; MARTINS, M. A. C. S. C. - Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Rev. Enf. Ref.* 2012, vol.serIII, n.7. ISSN 0874-0283.
- PEYMAN, A.; SHISHEGAR, F.; ABBASI, Z. - Uterine Fundal Pressure on the Duration of the Second Stage of Labor in Iran: A Randomized Controlled Trial. *J. Basic. Appl. Sci. Res.*, 2011.
- PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. - Enfermagem medico-cirúrgica: conceitos e prática clínica. 6ªEd. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-65-7
- PIERRE, A.M.M.; [et al.] - Repercussões Maternas e Perinatais da Ruptura Prematura das Membranas até a 26ª Semana Gestacional. *RBGO*, 2003.
- POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, C.M. - Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm.*, 2009.
- PORTO, A.M.F.; AMORIM, M.M.R.; SOUZA, A.S.R. - Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*, 2010, vol 38, nº 10.
- RAYLENE, P. - The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 2013.) ISSN: 1527-3369.
- REGULAMENTO Nº.127/ 2011 - *D.R. II Série. Nº.* (18-02-11), p. 8662-8666.

- RIESCO, M.L.G.; [et al.] - Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos. *Rev. Enferm. Rio de Janeiro*, 2011.
- ROBERTS C.L.; [et al.] - Delayed versus early pushing in women with epidural analgesia: a systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 2004. ISSN: 1470-0328.
- ROCHA, I.M.S.; [et al.] - O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Rev. esc. enferm. USP*. vol.43 no.4, 2008.
- ROMERO-GUTIÉRREZ G.; [et al.] - Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. *Ginecol Obstet Mex*, 2010.
- SANTOS P.G.; PEDROSO M.A. - Exercícios perineais para prevenir a incontinência urinária no puerpério. *Rev Enferm UNISA*, 2007.
- SALGE, K.M.; [et. al] - A etiopatogênese do processo de Restrição de Crescimento Intra-Uterino: um estudo bibliográfico. *Revista Eletrónica de Enfermagem*. (2008)
- SALGE, K.M.; [et al.] - Practice of episiotomy and related maternal and neonatal factors. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 2012. ISSN: 1518-1944.
- SANTOS, L.; PALMA, F.; RONCON, A. - Analgesia no Trabalho de Parto. *Arquivos MAC*. 2004.
- SARKOLA T.; [et al.] - Alcohol and substance abuse identified during pregnancy: maternal morbidity, child morbidity and welfare interventions. *Acta Paediatrica*, 2012. ISSN: 1651-2227.
- SARTORE, A.; [et al.] - The effects of uterine fundal pressure (Kristeller maneuver) on pelvic floor function after vaginal delivery. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2012.
- SCHARDOSIM J.M.; HELDT E. - Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Rev Gaúcha Enferm.*, 2011.
- SENGPIEL, V.; [et al.] - Maternal caffeine intake during pregnancy is associated with birth weight but not with gestational length: results

from a large prospective observational cohort study. *BMC Medicine*, 2013. ISSN: 1741-7015.

- SHARMA C.; KALRA J.; BAGGA R.; KUMAR P. - A randomized controlled trial comparing parenteral normal saline with and without 5% dextrose on the course of labor in nulliparous women. *Archives Of Gynecology And Obstetrics*, 2012; Vol. 286. ISSN: 1432-0711.
- SHRIVASTAVA VK, et al. - A randomized, double-blinded, controlled trial comparing parenteral normal saline with and without dextrose on the course of labor in nulliparas. *Am J Obstet Gynecol*. Apr;200(4):379.e1-6., 2009.
- SHUB, A.; [et al.] - Pregnant women's knowledge of weight, weight gain, complications of obesity and weight management strategies in pregnancy. *BMC Research Notes*, 2013.
- SINES, E.; [et al.] - Postnatal Care: A Critical Opportunity to Save Mothers and Newborns. *Policy Perspectives on Newborn Health*, 2007.
- SILVA, A.C.F.C. - *Cuidar do Recém-Nascido - O Enfermeiro como promotor das competências parentais*. Dissertação De Mestrado - Universidade Aberta De Lisboa, 2006.
- SILVA, S.M. - *Icterícia Neonatal*. Dissertação De Mestrado - Faculdade de Medicina: Universidade do Porto, 2011.
- SILVA, L.M.; [et al.] - Uso da bola suíça no trabalho de parto. *Acta Paulista Enfermagem*, 2011.
- SILVA, F.M.B. ; [et al.] - Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 2013.
- SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G.M.L. - Eating and drinking in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews - Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*. 2012.
- SIMPSON, K.R. - Clinicians' guide to the use of oxytocin for labor induction and augmentation. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 2011, Vol. 56.

- SMYTH R.M.D.; MARKHAM C.; DOWSWELL T. - Amniotomy for shortening spontaneous labour (Review). *The Cochrane Collaboration - The Cochrane Library* 2013.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA - Recomendações para o Rastreio Auditivo Neonatal Universal. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 2007.
- SOUZA, A.S.R.; COSTA, A.A.R.; COUTINHO, I.; NETO, C.N.; AMORIM, M.M.R. - Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. *Femina*, 2010. Vol.38, nº.4.
- SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. - Revisão integrativa: o que é e como fazer?. *Einstein*. 2010.
- SOUZA, G.N.; [et al.] - Analgesia e anestesia durante o trabalho de parto. *FEMINA*, 2010.
- THE ROYALL COLLEGE OF MIDWIVES - *Evidence Based Guidelines for Midwifery-led Care in Labour: Supporting women in Labour*. 2012a.
- THE ROYALL COLLEGE OF MIDWIVES - *Evidence Based Guidelines for Midwifery-led Care in Labour: Suturing the Perinium*. 2012b.
- TONGATE S.; GIBBS J.D. - Nurses, physicians and disagreements about fundal pressure: how we used evidence to change practice. *Nursing for Women's Health*, 2010.
- TRAN T.S.; KULIER R.; HOFMEYR G.J. - Acute tocolysis for uterine tachysystole or suspected fetal distress (Protocol). *The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd*. 2012.
- TUKUR J, et al. - Uterine Prolapse Following Fundal Pressure in the First Stage of Labour. *Annals of African Medicine*, 2007.
- VERHEIJEN EC, RAVEN JH, HOFMEYR GJ. - Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009.
- VOSTRCIL, Y.; DAYMAN, C. - Management of the uncomplicated postdates pregnancy. Providence health care - Department of Midwifery. 2013

- WILL, K.; [et al] - Fatores de proteção para a amamentação na primeira hora de vida. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 2013.
- WIŚNIEWSKA-ŁOWIGUS, M.; DROBIK, P. - The risks associated with the consumption of caffeine during pregnancy. *Polish Nursing*, 2013. ISSN: 0860-8466
- World Health Organization: WHO - *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva. 1996.
- World Health Organization: WHO - *Parto prolongada e paragem na progressão do TP: manual para professores de enfermagem obstétrica*. 2005.
- World Health Organization: WHO - *Postpartum care of the mother and Newborn: a practical guide*. 1998.
- World Health Organization: WHO - *WHO recommendations for induction of labour*. 2011.
- ZAMPIERI, M.F.M. - Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto Risco e seus acompanhantes. *R. gaúcha Enferm.*, 2001.

ANEXOS

ANEXO I

Regulamento das Competências Específicas do EEESMO da Ordem dos
Enfermeiros

ANEXO II

Partos Realizados e Partos Participados

Data	Parturientes		Partos Executados		Partos Participados	
	Risco	Normais	Com Episiotomia	Sem Episiotomia	Pélvicos	Cefálicos
22/3		x	x			
28/3		x		x		
28/3		•		x		•
28/3	x					
2/4		•				•
3/4		•				•
3/4		•				•
4/4		x		x		
8/4	x		x			
9/4	x			x		
9/4	x			x		
16/4		x		x		
20/4		x		x		
26/4		•				•
27/4		x		x		
6/5	x		x			
9/5		x		x		
9/5		x		x		
15/5		x		x		
17/5		x		x		
18/5		x		x		
21/5	•					•
22/5		x		x		
22/5		x	x			
3/6		x		x		
5/6		x		x		
5/6		•				•
5/6		•				•
6/6		x		x		
8/6	x		x			
8/6		X		x		
17/6		•				•
17/6		x	x			
20/6	•					•
21/6		x	x			
21/6	•					•
22/6	x		x			
26/6		X	x			
2/7		X	x			
5/7		X	x			
6/7		X		x		
8/7		X		x		
9/7		X	x			
9/7		•				•
10/7		X	x			
10/7	x		x			
14/7				x		
14/7		•				•
15/7		X		x		
18/7		X	x			
18/7		X	x			
19/7		X		x		
22/7		X		x		
TOTAL	11	41	16	24	0	12