

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Os efeitos da manobra de Kristeller no segundo período de
trabalho de parto.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientação:
Prof.^a Dr.^a Marinha Carneiro

Laëtítia Cristina Varejão Carvalho

Porto|2014

AGRADECIMENTOS

Concluída esta etapa importante da minha vida, não poderia deixar de expressar os meus agradecimentos a todos aqueles que me apoiaram ao longo desta caminhada e contribuíram para que este sonho se tornasse uma realidade.

À minha orientadora, Professora Marinha Carneiro, pela preciosa orientação com que me guiou na elaboração deste relatório, por toda a dedicação e encorajamento quando por vezes o cansaço já se fazia sentir.

À Enfermeira Irene Cerejeira, por toda a amizade, carinho e disponibilidade cedida ao longo destes dois anos de curso.

Aos Enfermeiros tutores pela orientação, profissionalismo e carinho demonstrado ao longo desta caminhada, que me permitiram crescer enquanto pessoa e futura EESMO, nomeadamente no Bloco de Partos, ao Enfermeiro Floriano, pela valiosa orientação e confiança e às Enfermeiras Liliana e Ana Cristina, nos serviços de Ginecologia e Obstetrícia por toda amizade e ternura com que guiaram os meus passos ao longo deste percurso.

Aos restantes membros de equipa de Enfermagem dos Serviços de Ginecologia/ Obstetrícia e Bloco de Partos do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, nomeadamente Enfermeira Josefina e Manuela por toda a dedicação, apoio e carinho.

Aos meus pais, por todo o amor e encorajamento que sempre me deram, e fizeram acreditar que era capaz de ir sempre mais além.

Ao meu irmão, simplesmente por fazer parte da minha vida.

À minha madrinha Cristina e prima Mariana, pelo orgulho e ajuda concedida, nomeadamente na leitura deste trabalho.

Aos meus Amigos, Joana, Simão, Joana Marina, Helena, Liliana, Ana Cristina, Ana, Raquel, Albertina, Isabel e Sandra pela motivação, apoio e amizade incondicional com que me mimam diariamente. Às minhas “sobrinhas” Margarida e Ana Pedro pela ternura.

Sem todos vocês as adversidades, que por vezes surgiram, teriam sido mais difíceis de contornar.

A todos o meu sincero Obrigada.

SIGLAS E ABREVIATURAS

- ACOG- *American Congress of Obstetricians and Gynecologist*
- APPT- Ameaça de Parto Pré-termo
- CHTS- Centro Hospital do Tâmega e Sousa
- CTG- Cardiotocografia
- DIB- *Drug Infusion Ballon*
- ESEP- Escola Superior de Enfermagem do Porto
- ESMO- Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia
- FCF- Frequência Cardíaca Fetal
- HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana
- IMG- Interrupção Médica da gravidez
- MESMO- Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
- OMS- Organização Mundial de Saúde
- PPT- Parto Pré-termo
- RN- Recém-Nascido
- ROD- Retenção de Ovo Desvitalizado
- RPM- Rotura Prematura de Membranas
- SEGO- Sociedade Espanhola de Ginecologia e Obstetrícia
- TP- Trabalho de Parto
- TPPT- Trabalho de Parto Pré-Termo

RESUMO

Pela redação do presente relatório, procuramos descrever as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio: Gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto, com objetivo de dar cumprimento às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, descritas e aprovadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Tratando-se de um estágio profissionalizante, planeamos estratégias e intervenções para a prestação de cuidados especializados, procurando dar resposta à mulher nas diferentes fases do ciclo vital, nomeadamente gravidez com complicações, parto e puerpério, desejando atingir as referidas competências.

No decorrer do trabalho de parto, surge, por vezes, a necessidade de “ajudar” a parturiente procurando encurtá-lo. Esta “ajuda” é fornecida através da aplicação de uma pressão externa no fundo uterino denominada de Manobra de Kristeller. Esta técnica, realizada geralmente pelo médico ou por um enfermeiro ESMO, é executada pela aplicação manual de uma pressão no fundo do útero, é realizada concomitantemente com as contrações uterinas e esforços expulsivos por parte da parturiente. O facto de ser aplicada deliberadamente, sem um controlo efetivo da pressão aplicada, associada à não existência de um registo nos processos clínicos das parturientes da aplicação da técnica, dificulta a associação de possíveis complicações materno-fetais.

A literatura consultada permitiu-nos afirmar que a manobra de Kristeller não encurta o segundo período de trabalho de parto. Encontra-se intimamente acoplada a aplicação de partos por ventosas o que potencia o aumento das taxas de episiotomia e lacerações perineais severas. No que se refere aos riscos ou benefício materno fetais não verificamos, a partir da análise dos artigos em estudo, qualquer benefício, todavia não é possível a obtenção de dados efetivos sobre a temática pela escassez de evidências.

Neste sentido, pareceu-nos pertinente a realização de uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de clarificar os reais efeitos e potenciais riscos intrínsecos à manobra de Kristeller, no segundo período de trabalho de parto.

Palavras-chave: Competências específicas, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Manobra de Kristeller, Pressão do fundo uterino, Segundo período de trabalho de parto.

ABSTRACT

The effect of Kristeller maneuver in the second stage of labor

By editing the present essay, we tried to describe the activities developed over the different traineeship's modules, such as pregnancy, labor and post-labor in order to comply with the specific skills of the specialized nurse in Maternal Health and Obstetrics described and approved by the "Nurse's Order".

Being it a professional traineeship, we planned strategies and interventions for the provision of specialized care, seeking to help women in the different stages of their life cycle, including pregnancy complications, childbirth and puerperio.

Sometimes during labor there is the need to help the women by shortening the process. This is done through the application of an external pressure on the uterine fundus called "Kristeller Maneuver". This technique, generally performed by the doctor or an SNMO nurse, is done by the manual application of pressure in the uterine fundus and is performed concomitantly with uterine contractions and expulsive efforts by the parturient. The fact that it is applied deliberately, that is, without an effective control of the applied pressure, combined with the fact that it isn't generally registered in the parturient's medical files makes the association with maternal and fetal complications difficult.

However the consulted literature generally allows us to confirm that the Kristeller Maneuver doesn't shorten the second labor stage. It is closely coupled to the application of labors by suction cups, which enhances the increased rates of episiotomy and severe perineal lacerations regarding the maternal or fetal risks and we don't see any maternal or fetal benefit from the analysis of the articles under study. However it is also not possible to obtain actual data on the subject due to the shortage of evidence. Therefore performing an integrating review of the literature seemed appropriate in order

to clarify the real effects and potential risks related to the implementation of the “Kristeller Move” in the second stage of labor.

Key – words: specific skills, Specialist Nurse in Maternal Health and Obstetric, Kristeller Maneuver, Uterine fundus’ pressure, second stage of labor.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO: UMA SÍNTESE.....	13
2. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO.....	15
2.1. Aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EESMO.....	15
2.1.1. <i>Desenvolvimento de competência no âmbito da gravidez com complicações.....</i>	<i>16</i>
2.1.2 <i>Aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito do Trabalho de parto e parto.....</i>	<i>28</i>
2.1.3 <i>Desenvolvimento de competência no âmbito dos cuidados no pós-parto</i>	<i>44</i>
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE.....	63
4. OS EFEITOS DA MANOBRA DE KRISTELLER NO SEGUNDO PERÍODO DE TRABALHO DE PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.	67
4.1. Introdução ao problema.....	68
4.2. Método.....	69
4.3. Resultados	71
4.4 Discussão	77
4.5. Conclusão da revisão integrativa.....	80
CONCLUSÃO.....	81
Referências bibliográficas.....	83
Anexos.....	87
Anexo 1: Partos realizados e participados	88

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Número de grávidas alvo de cuidados e vigilância.....	77
Figura 2- Número de puérperas e recém-nascidos alvo de cuidados e vigilância.....	77
Figura 3- Número de partos participados e realizados.....	77
Figura 4- Complicações maternas e fetais inerentes à manobra de Kristeller.....	78

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa.....	67
---	----

INTRODUÇÃO

De acordo com o estipulado no regulamento do segundo ciclo da Escola Superior de Enfermagem do Porto (2010), para obtenção de grau académico de Mestre numa área em particular, o estudante pode optar pela realização de um estágio de natureza profissional que predispõe além da experiência adquirida da prática clínica, à elaboração de um relatório de estágio, o qual deverá traduzir as competências específicas adquiridas ao longo deste processo de aprendizagem.

Tendo por base o regulamento de competências específicas do enfermeiro ESMO (2010), salientamos que este assume no seu exercício profissional a responsabilidade pela realização de intervenções autónomas em todas as situações de baixo riscos e intervenções autónomas interdependentes nas situações de médio e alto risco decorrentes do processo de vida disfuncionais do ciclo reprodutivo da mulher.

Desta forma, o objetivo deste relatório será de dar a conhecer as atividades realizadas ao longo do estágio, bem como as estratégias definidas para alcançar os objetivos previamente delineados, procurando assegurar com a máxima competência os cuidados de enfermagem no âmbito da saúde materna e obstetrícia à mulher nas diferentes fases do ciclo reprodutivo, gravidez, parto e pós-parto.

Outro objetivo ao qual pretendemos dar cumprimento é através da realização de uma revisão integrativa da literatura, sobre uma problemática que nos suscitou interesse e na qual houve necessidade de explorar as evidências existentes, potenciando o pensamento crítico para a tomada de decisão. Assim, a nossa atenção recaiu sobre a manobra de Kristeller, no segundo período do trabalho de parto. Esta técnica caracteriza-se pela aplicação de uma pressão no fundo uterino durante o período expulsivo com objetivo de o encurtar, todavia existe a suspeita que possa causar danos maternos e fetais, bem como lesões ao nível do útero e períneo (OMS,1996). A falta de estudo sobre esta temática dificulta a generalização de conclusões quanto ao uso da técnica.

No sentido de dar cumprimento ao regulamento para o curso de Mestrado, procuramos descrever as atividades realizadas ao longo deste percurso académico.

Assim, por forma a facilitar a leitura e compressão do presente relatório, pareceu-nos pertinente a sua divisão em quatro capítulos: no primeiro, procuramos enunciar os objetivos delineados no âmbito do estágio profissionalizante, bem como as estratégias adotadas para lhes dar cumprimento; no segundo, descrevemos as atividades desenvolvidas ao longo do estágio; no terceiro, fazemos uma breve análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento do estágio e por fim apresentamos uma revisão integrativa da literatura sobre os efeitos da manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto.

A pesquisa bibliográfica nas diferentes bases de dados revelou-se importante para o desenvolvimento do estágio e a elaboração do relatório procurando sempre a melhor evidência científica para apoiar a tomada de decisão.

1. PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO: UMA SÍNTESE

O Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS) foi o hospital escolhido para o desenvolvimento deste estágio enquadrando os três diferentes módulos: gravidez com complicações, parto e pós-parto, pelos serviços que lhes são definidos, respetivamente, Obstetrícia II/Ginecologia, Bloco de Partos e Obstetrícia I. Nestes serviços, os cuidados de enfermagem são assegurados por enfermeiros ESMO e enfermeiros de cuidados gerais, todavia no bloco de partos os cuidados de enfermagem são assegurados exclusivamente por enfermeiros ESMO.

Tendo por base as competências a desenvolver, o guia de estágio e o regulamento do segundo ciclo de estudos formulado pela ESEP, optou-se pela realização de um estágio de natureza profissional, o qual implica a integração do estudante numa instituição de saúde, sendo posteriormente elaborado um projeto de estágio onde serão relatadas as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas.

Assim, tornou-se importante delinear objetivos e estratégias a adotar no sentido de lhes dar cumprimento, pelo que delineamos os seguintes objetivos:

- Adquirir competências técnico-científicas e clínicas para a implementação dos cuidados de enfermagem especializados à mulher em situação de gravidez com complicações, trabalho de parto, parto e puerpério.
- Desenvolver estratégias de cuidados especializados para o autocuidado e a transição e adaptação à parentalidade no cuidado à puérpera e família durante o período puerperal. Elaborar uma revisão integrativa da literatura sobre uma problemática de interesse para a prática do enfermeiro ESMO, procurando as evidências científicas mais atuais e conduzida através dos conhecimentos teóricos adquiridos na investigação em enfermagem.

Apesar de desenvolver a nossa atividade laboral nos serviços de ginecologia e obstetrícia do hospital, onde decorreu o estágio, pareceu-nos pertinente desintegrar a função de enfermeiros do serviço, e integrar-nos efetivamente no período de estágio

como estudantes em fase de aprendizagem e procurando a aquisição e o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro ESMO, sendo orientados em todos os módulos por enfermeiros ESMO.

Para todos os módulos, foram definidos objetivos e planejadas atividades a desenvolver, dando sempre conhecimento aos enfermeiros tutores e chefe do serviço do projetado

O primeiro módulo a ser desenvolvido foi de trabalho de parto e parto realizado no bloco de partos e, sendo este, um serviço totalmente desconhecido, houve necessidade de conhecer o seu espaço físico e normas de funcionamento. Numa fase inicial, pudemos observar a dinâmica organizacional do serviço e do trabalho aí desenvolvido pelos enfermeiros ESMO e procuramos integrar-nos progressivamente na equipa de enfermagem.

Os restantes módulos do estágio, gravidez com complicações e pós-parto, foram desenvolvidos nos serviços de obstetrícia e ginecologia que já nos são familiares, o que de alguma forma facilitou o nosso processo de aprendizagem.

Ao longo do estágio, surgiram necessidades para a consulta de evidências científicas favorecendo o pensamento crítico e a tomada de decisão, potenciando a máxima qualidade para a prestação de cuidados.

No percurso de aprendizagem desenvolvido no bloco de partos (trabalho de parto e parto), verificamos frequentemente o uso da manobra de Kristeller comumente denominado de "toco-braçal". Não sendo uma técnica descrita na literatura e não sendo ministrada ao longo do curso, sentimos necessidade de explorar esta temática e aprofundar conhecimentos. A prática baseada na evidência fomenta o pensamento crítico para a tomada de decisão, nesta linha de pensamento, desenvolvemos uma pesquisa sobre a referida problemática no sentido de esclarecer os efeitos e riscos potenciais intrínsecos da manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto.

A carga horária de estágio e acompanhamento pelos docentes da ESEP foi cumprido, bem como o plano de estudo e o horário elaborado mensalmente.

O acompanhamento para a construção do projeto individual de estágio e sua operacionalização foi realizado ao longo das aulas de orientação tutorial pelo docente orientador de estágio.

No capítulo que segue, expomos as atividades desenvolvidas e estratégias planejadas durante o estágio, tendo com o objetivo primordial a aquisição de competências específicas do enfermeiro ESMO.

2. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Nesta fase do projeto de estágio, tencionamos descrever as atividades e intervenções realizadas para a prestação de cuidados, bem como partilhar algumas situações vivenciadas que de alguma forma nos marcaram ao longo deste percurso.

A concretização destes aspetos apenas foi possível articulando os conhecimentos teóricos existentes adquiridos em contexto escolar.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro ESMO nº 127/2011, o nosso foco de atenção recaiu sobre a mulher, numa perspetiva individual como uma pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e o ambiente no qual se desenvolve.

2.1. Aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EESMO

O estágio desenvolvido ao longo deste percurso visou a aquisição e desenvolvimento de competências específicas na área da especialidade, que é a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Assim, ao longo dos diferentes módulos: gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto, foi-nos permitida a mobilização de conhecimentos sustentada pela prática baseada na evidência, o que por sua vez fomentou o pensamento crítico para a tomada de decisão.

No desenrolar deste relatório são partilhadas as experiências e atividades desenvolvidas durante os seis meses de estágio, ora no serviço de obstetrícia II (grávidas de risco), ora no bloco de parto, finalizando no serviço de Obstetrícia I (puerpério).

Apesar dos estágios não terem sido realizados pela sequência que são relatados, a colocação das diferentes fases, tal como se sucedem de forma natural, pareceu-nos importante no sentido de facilitar a compreensão da leitura do presente relatório.

2.1.1. Desenvolvimento de competência no âmbito da gravidez com complicações

A forma como nos reproduzimos é extraordinariamente complexa, mas ao mesmo tempo simples: da junção de duas células nasce algum tempo depois um ser humano com um mapa genético único. Este é na sua essência o maravilhoso processo de reprodução e a deslumbrante capacidade do ser vivo se reproduzir e dar origem a uma nova vida.

Todo o período gestacional está exclusivamente projetado para um importante e concentrado processo de crescimento e desenvolvimento da vida humana. Embora seja um fenómeno biologicamente normal, existem algumas alterações que podem ocorrer com o decorrer de uma gravidez.

São várias as complicações da gravidez que põem em risco o bem-estar fetal e materno e que podem ser prevenidas ou precocemente tratadas, sendo uma das responsabilidades de quem cuida a grávida. Assim, um dos principais desafios será detetar e alertar para sinais e sintomas que indiquem uma possível complicação.

O estágio no serviço de Obstetrícia II/Ginecologia permitiu-nos a aquisição de competências específicas, no cuidar a mulher grávida com patologia associada.

Este serviço encontra-se dividido em dois, para além de grávidas de risco existiam doentes de forro ginecológico para serem submetidas a cirurgia, ou já operadas. Era objetivo da enfermeira chefe do serviço a presença de uma enfermeira ESMO em todos os turnos ficando responsável pelas grávidas. Assim, acompanhando a orientadora do estágio, tal como ela, ficávamos responsáveis pelos cuidados à grávida, desde a monitorização de sinais vitais, vigilância da coloração da pele, hidratação das mucosas, comportamentos da grávida, despiste de sinais e sintomas associados a cada patologia até à realização da CTG, auscultação da FCF e implementação de um plano de cuidados diferenciado tendo em conta cada patologia.

Nas páginas a seguir, pretendemos relatar as patologias com as quais nos defrontamos ao longo do estágio, bem como, a experiência que tivemos com estas grávidas e plano de cuidados implementado. Empiricamente constatamos que o universo de grávidas internadas durante o período que desenvolvemos o estágio era constituído por mulheres com idades compreendidas entre os 20-35 anos.

As patologias mais frequentes eram a ameaça de parto pré-termo (APPT), as hemorragias de segundo e terceiro trimestre associadas à placenta prévia, a hiperémese gravídica, a pielonefrite, a pré-eclâmpsia e a cólica renal. Destas, apenas três foram escolhidas para serem desenvolvidas: a APPT, a placenta prévia e a hiperémese gravídica. Optamos por desenvolver a APPT e a placenta prévia, na medida em que estas patologias implicaram um maior tempo de internamento criando uma relação empática com as grávidas. A hiperémese gravídica suscitou o nosso interesse pela singularidade da patologia e dificuldade de diagnóstico diferencial.

É caracterizado de parto pré-termo (PPT) o ocorrido antes das 37 semanas de gestação ou 259 dias (OMS, 2006 cit. por Graça, 2010) e depois de ser atingido o tempo de gestação considerado limite inferior de viabilidade, isto é, entre as 22 e 28 semanas de acordo com a capacidade técnica de cuidados perinatais da instituição onde decorrerá o parto (Graça, 2010). Estima-se que cerca de 75% da mortalidade perinatal seja o resultado de parto pré-termo (Rezende, 2011). Tendo por base o limite da viabilidade, sabemos que todo o nascimento ocorrido antes das 22 semanas de gestação não é viável, sendo que a partir desta data cada semana decorrida poderá constituir um sucesso quando pensamos em sobrevivência e sequelas a longo prazo. A sobrevivência neonatal aumenta de cerca de 50% às 24 semanas, para 80% às 26 semanas, sendo superior a 90% às 28-29 semanas e de 97% a partir das 32 semanas (Graça, 2010). O mesmo autor considera que a partir das 32 semanas de gestação a mortalidade e as sequelas a longo prazo são muito baixas, o que, quando se aborda o PPT o principal objetivo será a manutenção da gravidez das 22 às 32 semanas de gestação. Perante uma APPT duas condutas serão importantes; numa primeira fase, dever-se-á assegurar que o parto decorra numa unidade hospitalar diferenciada, com unidade de cuidados intensivos neonatais; a segunda, será instituir uma terapêutica adequada no sentido de prolongar a gravidez pelo menos até completar a maturação pulmonar.

Pareceu-nos importante distinguir alguns conceitos, na medida em que se considera que o diagnóstico de cada um deles se torna difícil dada a similaridade do quadro sintomatológico, assim, a APPT define-se pela existência, antes das 37 semanas de gestação, de contrações uterinas regulares, dolorosas, não associada a dilatação ou extinção do colo uterino. Quando associada a dilatação e extinção do colo uterino deverá classificar-se a patologia como PPT efetivo. Salientamos, ainda, o falso trabalho de PPT, quando se verifica ocorrências antes das 37 semanas de contratilidade uterina

durante duas a quatro horas, sem alterações do segmento inferior e sem alterações do colo uterino cessando espontaneamente (Graça, 2010).

Ao longo dos anos muitos têm sido os estudos, para clarificar os mecanismos que induzem um trabalho de PPT, na medida em que cerca de 20 a 30% destas situações permanece inexplicável, no entanto as conclusões não são esclarecedoras, poderemos cingir-nos a três motivos: a brusca diminuição dos níveis de progesterona, o aumento da atividade de ocitocina, ou ainda a ativação prematura dos mecanismos deciduais. As causas mais comuns conhecidas são: a RPM e a corioamniotite que poderá justificar cerca de 20 a 30% dos PPT, pois este processo infeccioso poderá desencadear contratilidade uterina como resultado de uma agressão de bactérias que tenham atingido a cavidade uterina por via ascendente, a partir da vagina ou do colo uterino. As infecções extrauterinas, principalmente infecções urinárias, poderão ser uma das causas de 5 a 10% dos PPT traduzidas por um mecanismo semelhante ao da corioamniotite. As anomalias da placenta, nomeadamente da morfologia, implantação e função podem desencadear contratilidade uterina, anomalias de continência cervical, patologia fetal, nomeadamente, malformações do tubo neural entre outras (Graça, 2010).

As grávidas sujeitas a PPT, referem frequentemente algias pélvicas, lombalgias, pressão pélvica, algias abdominais, modificações do fluxo vaginal e contrações uterinas.

O tratamento do PPT passa por suspender a contratilidade uterina, usando fármaco útero relaxantes, os chamados tocolíticos, a sua ação visa a modificação das concentrações de cálcio nas células do miométrio (Graça, 2010).

Da panóplia de fármacos com atividade tocolítica, escolhemos desenvolver apenas um deles, o atosiban, na medida em que é o fármaco de predileção usado no serviço, apesar de depender de prescrição médica, a sua administração é efetuada pelo enfermeiro ESMO. Assim, parece-nos pertinente apresentar sinteticamente o fármaco, uma vez que a sua administração constituiu uma das atividades realizadas ao longo do estágio. Sucintamente, o atosiban é um antagonista competitivo da ocitocina considerado de predileção no serviço onde se desenvolveu este estágio. O atosiban é um nanopéptico, análogo da ocitocina que se liga competitivamente aos recetores da ocitocina-vasopresina e que demonstrou, quer *in vitro*, quer *in vivo*, ser eficiente na inibição das contrações uterinas induzidas pela ocitocina. A perfusão do atosiban é iniciada com bólus inicial de 6,75 mg, seguido de perfusão ao ritmo de 300 µg/minuto durante três horas, completada por perfusão a 100 µg/minuto durante 18 horas.

Completado o ciclo, após inibição do trabalho de PPT, o intervalo médio entre o início de trabalho de parto e a primeira recorrência de trabalho de parto foi de 32,6 dias.

Estudos recentes foram elaborados no sentido de comparar a eficácia do atosiban com outros fármacos tocolíticos, nomeadamente, a nifedipina, sendo que, ambos mostraram eficácia semelhante, no entanto esta apresenta mais efeitos secundários (Graça, 2010).

A experiência que tivemos ao longo do estágio relativamente a esta patologia foi com a D. Cristina (nome fictício), tinha 18 anos era solteira, de raça caucasiana, o índice obstétrico era IIG0P (um abortamento espontâneo), grávida de (24 s + 6 d). Recorreu ao serviço de urgência pela primeira vez em oito de abril, por algias pélvicas. Ao toque, verificou-se colo uterino fechado encurtado e amolecido. Foi decidido internamento por encurtamento do colo. No serviço, foi medicada com progesterona 200 mg endovaginal fazia CTG duas vezes dia e teve alta ao fim de uma semana. A dois de maio, voltou ao serviço de urgência com as mesmas queixas anteriores e perda hemática vaginal. Ao toque, apresentava colo uterino fechado em início de extinção, foi novamente decidido o internamento por APPT, as prescrições médicas incluíam: maturação pulmonar com dexametasona, CTG e repouso relativo no leito. Aquando do nosso primeiro contacto com a grávida (29 s + 1 d), esta já tinha cumprido ciclo de maturação pulmonar. Assumimos a responsabilidade pela realização da CTG, que se encontrava sempre dentro dos parâmetros normais, isto é, uma frequência cardíaca fetal compreendida entre os 110-150 bpm, uma variabilidade de 5-25 bpm a presença de acelerações periódicas e sem registos de CU. Teve alta ao fim de 27 dias.

Ao encontro do exposto por Lowdermilk, (2008), o nosso papel enquanto futuros enfermeiros ESMO, nesta situação específica foi de informar a grávida dos sinais e sintomas de TPPT dada a dificuldade, como já referido anteriormente do seu diagnóstico. Assim, alertamos para a vigilância de atividade uterina: contrações uterinas, dolorosas ou não, com frequência inferior a 10 minutos e persistindo por mais de uma hora. Desconfortos relacionados com algias semelhantes a cólicas intestinais localizadas na região infra-abdominal, dor lombo-sagrada, dor ou pressão supra-púbica, frequência urinária, ou ainda, corrimento vaginal com características diferentes do habitual, isto é, mais espesso ou mais fluido, acastanhado ou com odor. Dos diagnósticos de enfermagem relevantes para a grávida com diagnóstico de APPT destacamos a interrupção dos processos familiares relacionados com a limitação da atividade materna, assim de modo a minimizar o impacto do internamento sobre os processos familiares, procuramos envolver os conviventes significativos nos cuidados à

grávida, nomeadamente aquando da realização da CTG, facilitamos ainda o horário de vistas, permitindo que o companheiro permanecesse mais tempo junto da grávida.

Relativamente ao compromisso de mobilidade relacionado com a prescrição de repouso no leito, procuramos aconselhá-la para os decúbitos laterais no sentido de melhorar a perfusão placentária e reduzir a pressão sobre o colo uterino, disponibilizamos medidas de conforto, nomeadamente posicionamento com almofadas, técnicas de relaxamento e encorajamos as atividades recreativas, como a visualização de filmes e leitura. Quanto ao luto antecipatório relacionado com o potencial nascimento de um bebé prematuro, procuramos criar um ambiente calmo e acolhedor, estabelecemos uma relação empática e mostramos disponibilidade para esclarecimento de dúvidas. Quanto ao risco de compromisso da vinculação materno-fetal associada à possibilidade de internamento do RN num serviço de neonatologia e prestação de cuidados ao RN prematuro, tentamos tranquilizar a grávida e companheiro quanto ao internamento deste no serviço de neonatologia, que apesar do alojamento não ser comum, os pais eram envolvidos em todos os cuidados e tinham a possibilidade de visitar o seu filho sempre que assim o desejassem.

O repouso no leito é considerado uma intervenção rotineira tendo em conta a patologia, no entanto, não existem ainda evidências científicas suficientemente abrangentes que nos permitam tirar conclusões se, efetivamente, o facto de restringir as atividades de vida diárias da grávida com APPT influencia o PPT. Em contrapartida, tal com explicam Maloni, et. al, (1993 cit. por Lowdermilk, 2008), sabemos que esta prática não é de todo inofensiva, pois considera-se que passados três dias já tenha ocorrido perda da tonicidade muscular, redução do peso, perda do cálcio e intolerância à glicose. Quando realizado durante semanas, este provoca desmineralização óssea, obstipação, fadiga, isolamento, ansiedade e depressão.

Segundo Graça (2010), diagnostica-se uma placenta prévia, quando se verifica que a mesma se implanta total ou parcialmente, na zona que corresponde ao segmento inferior uterino. Dependendo da sua localização, pode ser diferenciada em quatro tipos: a placenta prévia total (grau IV), na qual o orifício interno do colo uterino se encontra completamente coberto pela placenta; a placenta prévia parcial (Grau III), na qual o orifício interno do colo uterino se encontra parcialmente coberto pela placenta, só ocorre quando o orifício interno do colo uterino apresenta já alguma dilatação; a placenta prévia marginal (grau II), quando o bordo da placenta atinge a margem do orifício interno do colo uterino; e, finalmente, a placenta baixamente inserida (grau I),

quando esta está implantada no segmento inferior uterino, mas o bordo placentário não atinge o orifício interno do colo, embora se encontre na sua proximidade. Este tipo de implantação não é, de forma geral, considerada uma verdadeira placenta prévia em termos de riscos materno-fetais, uma vez que se considera que existe um risco acrescido de hemorragia intraparto quando a distância do bordo inferior da placenta ao orifício interno do colo uterino apresenta menos de dois e três centímetros. É importante a classificação dos graus de placenta prévia antes do início de trabalho de parto, isto é, antes do início da dilatação cervical, uma vez que a relação entre a placenta e o orifício interno do colo uterino se vai modificando ao longo do trabalho de parto.

O diagnóstico de placenta prévia surge em cerca de 0,3 a 0,5% das gestações, a etiologia permanece desconhecida, todavia, existem alguns fatores que aumentam o risco de placenta prévia, nomeadamente: multiparidade, idade materna avançada, cesariana anterior, curetagens uterinas, etnia africana ou asiática, tabagismo, uso de cocaína e placenta prévia em gravidezes anteriores. Deve suspeitar-se placenta prévia, em todas as grávidas que apresentem hemorragia vaginal, após as 24 semanas de gestação. O diagnóstico pode ser feito através da palpação abdominal, revelará um útero de consistência normal, indolor, relaxando-se entre as contrações, no caso de a grávida se apresentar em trabalho de parto. A apresentação fetal não se encrava, exceto perante graus *minor* de placenta prévia, sendo frequentemente a apresentação pélvica ou transversa. O toque vaginal está contraindicado, uma vez que, mesmo realizado com cuidado, pode desencadear uma hemorragia abundante, com risco de choque hipovolémico materno e morte fetal. O exame com espécuro permite afastar as causas vaginais e cervicais de hemorragia, embora estas raramente estejam associadas a perdas sanguíneas significativas do terceiro trimestre. Este exame é considerado seguro pela maioria dos autores devendo, contudo, ser realizado com alguma precaução, todavia o método de predileção para o diagnóstico diferencial é a ultrassonografia trans-abdominal.

Feito o diagnóstico, o passo seguinte depende da gravidade da hemorragia, do tempo de gestação e do estado fetal. Se a hemorragia é muito abundante, acarretando risco de vida para a mãe, devem ser tomadas medidas de emergência para estabilização hemodinâmica e realização de cesariana independentemente do tempo de gestação. Perante hemorragias ligeiras e moderadas ocorrendo antes das 36 semanas de gestação, é preconizado que se mantenha uma atitude expectante se a grávida se apresentar hemodinamicamente estável, isto é, mantiver os sinais vitais dentro dos parâmetros normais, sem perdas de sangue e sem sinais de sofrimento fetal. Deve suspeitar-se a

possibilidade de anemia fetal quando, através da cardiotocografia, o feto apresenta taquicardia, diminuição da variabilidade, ritmo sinusoidal ou episódios de bradicardia.

O objetivo de se manter esta atitude expectante prende-se com a possibilidade de diminuir a mortalidade associada aos partos pré-termo (Graça, 2010).

Perante a possível emergência de PPT, não podemos descurar a importância da maturação pulmonar. Desta forma, acredita-se que a administração de corticosteroides à grávida como, por exemplo, a beta ou a dexametasona, por via intra-muscular, pelo menos 24h antes do parto, reduz, significativamente, o risco de SDR e de hemorragia intraventricular no recém-nascido.

De acordo com (Lowdermilk, 2008), os glicocorticóides antenatais aceleram a maturidade pulmonar fetal, sendo ainda recomendado que todas as mulheres, entre as 24 e as 34 semanas de gestação, sejam submetidas a esta terapêutica sempre que exista ameaça de parto pré-termo.

As grávidas, com que contactamos com diagnóstico de placenta prévia, tinham recorrido ao serviço de urgência de obstetrícia por perda hemática vaginal. Feito o diagnóstico, decidiu-se internamento para vigilância materno-fetal e maturação pulmonar. Tendo em conta as idades gestacionais (34s+5d) e (29s+3d), manteve-se uma atitude expectante, efetuamos CTG em todos os turnos de acordo com a prescrição médica, alertámos para a importância da vigilância de perda sanguínea e de contrações uterinas. Em ambas as situações, as gravidezes foram interrompidas por as grávidas referirem perda hemática vaginal, a primeira às (37s + 1d) e a segunda às (34 s + 3d), por cesariana urgente. Relativamente aos RN's, o primeiro nascido com 2250 gramas e índice de Apgar 9 ao primeiro minuto, 10 ao quinto minuto e 10 ao décimo minuto permaneceu no internamento de obstetrícia junto da mãe de onde tiveram alta ao fim de três dias. O segundo, apesar do índice de Apgar de nove ao 1º minuto, 10 ao quinto minuto e 10 ao décimo minuto, dada a prematuridade e o baixo peso 1980 gramas foi cuidado no serviço de neonatologia.

De acordo com Lowdermilk (2008), a grávida com placenta prévia deverá ser sempre considerada em potencial emergência devido ao risco associado a perda excessiva de sangue levando a choque hipovolémico.

Podemos destacar entre os diagnósticos de enfermagem à mulher com placenta prévia, a diminuição do débito cardíaco relacionado com a perda de sangue secundária à placenta prévia, o *deficit* de volume de líquidos relacionado com a perda excessiva de sangue secundária a placenta prévia. Foi nosso objetivo alertar a grávida para a vigilância de perda hemática vaginal, a presença de contrações uterinas dolorosas ou

não. A ansiedade e medo relacionado com a situação materna, resultado da gravidez e o luto antecipatório relacionado com a ameaça real para si, para a gravidez e para o RN, no sentido de minimizar esta ansiedade e medo procuramos criar uma relação empática com a grávida mostrando-nos disponíveis para esclarecer as dúvidas que progressivamente surgiam. (Lowdermilk,2008).

Durante a gravidez o sistema digestivo sofre alterações, pensa-se que cerca de 90% das grávidas apresentam queixas que traduzem essas alterações. Assim, na maioria dos casos os sintomas são ligeiros e tendem a reverter ao longo da gravidez, ou poderão estar associados a alguma patologia mais grave, tornando-se importante fazer o diagnóstico diferencial. De acordo com o exposto por Graça (2010), o diagnóstico de patologias gastrointestinais é difícil neste contexto, visto que a sintomatologia nem sempre se expressa da mesma forma, por vezes são situações que por si só já tendem a ocorrer sem estar associada a uma gravidez, ou podem ainda ser patologias previamente existentes, cuja sintomatologia se tenha despoletado no decorrer da mesma.

Os “enjoo matinais” representam a principal queixa das grávidas no primeiro trimestre da gravidez. A explicação mais concreta para esta sintomatologia de náuseas e vômitos deve-se à elevação dos níveis de HCG e às alterações neuro-endócrinas próprias da gravidez que baixam o limiar emético ao nível do sistema nervoso central levando a aumento do tempo de esvaziamento gástrico. Apesar de serem caracterizados de “matinais”, este quadro de náuseas e vômitos podem estender-se ao longo do dia. A hiperémese gravídica caracteriza-se por agravamento desta sintomatologia conduzindo a distúrbios nutricionais e hidro-electrolíticos, o que leva a perda de peso, cetose e cetonúria e alterações significativas a nível neurológico, hepático e renal (Graça, 2010).

A incidência da hiperémese gravídica é de 0,2-1,6 mulheres por cada 1000 partos, sendo mais comum em primigestas de raça caucasiana, é influenciada pela labilidade da personalidade da grávida, pelo que é mais comum em mulheres imaturas ou dependentes. O diagnóstico é feito com base em dados laboratoriais, assim, um ionograma mostra, em geral, hiponatremia, hipopotassémia e hipocloretémia. A terapêutica, nos casos mais graves, obriga a hospitalização para isolamento e restrição de visitas, hidratação com fluidos isotónicos, reposição de electrolitos e adequado aporte calórico, raramente se recorre a alimentação parentérica. A recuperação é lenta ocorrendo recidivas, a monitorização do peso corporal é um dado importante que não deverá ser menosprezado permitindo verificar a eficácia do tratamento. Dos fármacos prescritos, mais comumente utilizados, destacaremos a piridoxina (vitamina B6) que

melhora as náuseas, não sendo contudo eficaz contra os vômitos pelo que é frequentemente administrado concomitantemente com antagonistas da HT3 como é exemplo o ondasetron, anti-histamínicos ou ainda antagonistas da dopamina, no caso de não se verificarem melhorias com utilização da piridoxina. O prognóstico é geralmente favorável, todavia das complicações mais graves destacamos a síndrome de Maloory-Weiss que se traduz por lacerações, por vezes sangrantes ao nível do terço inferior do esófago, devido ao esforço do vômito ou ainda a síndrome de Mendelson que é a aspiração do vômito (Graça, 2010).

Sabemos que as náuseas e os vômitos representam queixas comuns pela grávida, assim, os cuidados de enfermagem, aquando destas queixas e no sentido de despistar a hiperémese gravídica, passam essencialmente por monitorizar a frequência e gravidade dos vômitos e náuseas. O peso da mulher, antes de engravidar, constitui um dado importante. O exame laboratorial inicial mais importante é a determinação de cetonúria podendo ser realizada rapidamente através de “combur”. A avaliação psicossocial da grávida passa por reconhecer e identificar fatores de stress, quer sobre a gravidez, quer sobre a saúde em particular, a família deverá ser envolvida nesta prestação de cuidados, visto constituir um apoio importante à grávida (Graça, 2010).

Numa fase inicial, verifica-se comumente que a grávida não tolera ingestão de alimentos nem líquidos, assim preconiza-se que esta seja mantida em dieta zero durante pelo menos 48 horas e lhe seja administrada terapêutica endovenosa para correção hidroeletrólítica. Quando os vômitos cessarem, deve retomar-se progressivamente a alimentação em pequenas quantidades e intervalos frequentes.

Os cuidados de enfermagem à mulher com hiperémese gravídica incluem a implementação do plano médico. Das intervenções de enfermagem destacamos a iniciação da terapêutica endovenosa, administração de fármacos nomeadamente a piridoxina, monitorizando da resposta às intervenções e procuramos despistar complicações, tais como, acidose metabólica. Será, ainda, importante reforçar a higiene oral, enquanto a mulher se mantém em dieta zero no sentido de minimizar o desconforto. Deverá, ainda, ser proporcionado à mulher um ambiente calmo, propício ao repouso e livre de odores (Lowdermilk, 2008).

A grávida com hiperémese, que tivemos oportunidade de cuidar, tinha recorrido ao serviço de urgência de obstetrícia por vômitos persistentes. Quando a conhecemos estava grávida de 11 semanas e era a segunda vez que ficava internada com este diagnóstico. O anterior internamento tinha sido às (7 s + 3d) e permaneceu no hospital durante 10 dias. Durante o internamento, e ao encontro da bibliografia consultada, a

grávida estava medicada com piridoxina e ondasetron, permaneceu em dieta zero com soroterapia durante 24 horas e era pesada diariamente. Quando as náuseas e vômito cessaram reintroduziu-se progressivamente uma dieta pobre em gorduras, que tolerava. Assumimos, de acordo com a prescrição médica, a monitorização diária da FCF. Teve alta ao final de três dias. A grávida com hiperémese necessita de acordo com Lowdermilk, (2008) de cuidados calmos, compaixão e empatia, reconhecendo que as manifestações da doença podem ser física e emocionalmente debilitantes para a grávida e geradora de stress para a família. A irritabilidade, o choro e as alterações de humor poderão ser comuns. Procuramos, então, proporcionar um ambiente de confiança e abertura para fomentar a expressão de sentimentos por parte da grávida. Esta nunca se apresentou chorosa, mantinha-se no quarto e era frequentemente visitada pelo marido e filha.

Atendendo à diversidade de grávidas, e de acordo com os diagnósticos e patologias apresentadas, prestamos cuidados gerais e específicos seguindo uma metodologia científica, adequando a prestação de cuidados às várias particularidades de cada grávida/família. Verificamos que o internamento numa instituição Hospitalar vem sempre acompanhado de sentimentos de medo e ansiedade. A grávida com patologia associada com necessidade de internamento para cuidados especializados manifesta níveis crescentes de ansiedade os quais devemos ter o propósito de diminuir. Surge o medo pelo desconhecido, o receio que o desfecho da gravidez seja negativo, mas também, e na maioria dos casos, a incompreensão ou a falta de conhecimentos sobre a patologia em questão e o motivo do internamento.

A duração do internamento das grávidas neste serviço é longa, estando algumas internadas durante meses (dois meses de internamento numa grávida com diagnóstico médico de placenta prévia, por exemplo) e repetido várias vezes ao longo da gravidez. Julgamos que isto se deva ao facto de atualmente a gravidez e o parto estarem inequivocamente associados e girarem em torno do manancial de responsabilidades e competências inferidas aos profissionais de saúde que desenvolvem a sua atividade nesta área.

Ao acolher a grávida no serviço tivemos a plena consciência de que a primeira impressão, quando se chega a um local desconhecido, “marca” de certa forma aquilo que poderá suceder futuramente. Empiricamente, sabemos que a forma como a utente é acolhida numa instituição pode diminuir ou aumentar os níveis de ansiedade. Assim sendo, a comunicação assumiu um papel fundamental no estabelecimento de uma relação interpessoal e permitiu o desenvolvimento de uma relação de confiança.

No acolhimento à grávida incluímos a família em particular o pai do bebé, isto porque pensamos que o seu envolvimento assume um destaque particular. Foi nossa intenção fomentar a sua participação na prestação dos cuidados de forma a fornecer à grávida um ambiente mais familiar, mas também como futuro apoio aquando da alta. Esta nossa pretensão deu alguns frutos, nomeadamente, a sua presença aquando da realização do CTG, da auscultação dos ruídos cardíacos fetais através de Doppler e na realização de ensinamentos acerca da patologia e do reconhecimento de sinais de alarme.

Uma comunicação adequada tornou-se, também, fundamental para o sucesso do acolhimento e do internamento hospitalar.

Em cada turno, assumimos a responsabilidade de realização de CTG e monitorização da FCF nas grávidas cujas indicações médicas contemplavam a sua realização.

Os sons cardíacos fetais têm ao longo dos anos sido utilizados com o objetivo de distinguir um feto vivo de um feto morto.

A avaliação da condição fetal pode ser precocemente iniciada a partir das 10- 12 semanas de gestação através da auscultação da FCF, com doppler ou estetoscópio de Pinard. Todavia, verificamos que, apesar da existência no serviço de um estetoscópio de Pinard, este não era utilizado. Não obstante, pareceu-nos pertinente a sua utilização no sentido de perceber a importância da sua competência.

Nos anos 60, o aparecimento da CTG veio permitir a monitorização do bem-estar fetal de modo contínuo, o que veio oferecer uma oportunidade de prevenir lesões cerebrais e de hipoxia fetal através da análise detalhada do registo cardiográfico do feto. A CTG constitui um método fiável e de fácil utilização, todavia existem algumas limitações, pois temos que estar cientes que a CTG não consegue explicar toda a informação necessária. O principal problema tem sido identificar padrões específicos relacionados com hipoxia fetal. Hoje em dia, sabemos que a CTG deve ser considerada apenas como uma ferramenta de rastreio, isto é, um CTG normal, reativo identifica um feto sem problemas em enfrentar os episódios do parto, enquanto um CTG pré-terminal, com perda completa de reatividade e variabilidade identifica um feto incapaz de fornecer uma resposta (Sundström, Rosén e Rosén, 2000).

No primeiro e segundo trimestre, a avaliação pré-natal tem por finalidade o diagnóstico de anomalias fetais, no terceiro trimestre, é utilizado para determinar se o ambiente intrauterino continua a reunir as condições necessárias para suprir as necessidades do feto (Lowdermilk, 2008).

Assim, na interpretação da CTG, há determinados parâmetros que devemos ter em conta, a duração do registo nunca deverá ser inferior a 20 minutos para que possa ser interpretado de forma correta devido às alterações no estado de sono e na dinâmica uterina. A velocidade de registo recomendada é de um centímetro por minuto, podendo ser registados ritmos de FCF entre os 50 e os 210 bpm, quanto à dinâmica uterina esta é descrita numa gama de 0 a 100 unidades quando é utilizado tocometro e de 0 a 100 mmHg, quando utilizamos um sensor de pressão intra-uterino. O ritmo cardíaco fetal de base será considerado aquele mais estável, isto é, o segmento de pelo menos 10 minutos sem existência de contrações uterinas. Uma FCF normal para um feto de termo será definida entre os 110 a 150 bpm, a taquicardia será definida para uma FCF superior a 150 bpm e a bradicardia para FCF inferior a 110 bpm. Denomina-se de variabilidade variações normais de FCF que não são acelerações nem desacelerações, este aspeto do registo da CTG dá-nos informações sobre a capacidade do sistema nervoso central em monitorizar e ajustar o sistema cardiovascular. Esta variabilidade altera-se ao longo do tempo de acordo com os padrões de sono e atividade fetal. Quando se verifica uma perda de variabilidade do ritmo cardíaco fetal, este poderá ser um dado importante a ter em consideração para despiste da hipoxia fetal. Uma variabilidade reduzida traduz um aumento no tónus simpático, mas a perda total da variabilidade poderá indicar uma incapacidade de resposta por parte do miocárdio. Uma variabilidade considerada normal define-se como uma largura de banda entre os 5 a 25 bpm, um padrão saltatório será definido para uma largura de banda superior a 25 bpm, enquanto que para uma variabilidade reduzida, a largura de banda será inferior a 5 bpm. As acelerações definem-se quando a FCF aumenta em mais de 15 bpm, com uma duração superior a 15 segundos, e tal como a perda de variabilidade nos pode indicar hipoxia a presença de acelerações demonstram uma adequada oxigenação fetal. Para a CTG ser considerada reativa, deve verificar-se pelo menos duas acelerações durante os 20 minutos da sua realização. Denominam-se de desacelerações uma queda da FCF em mais de 15 bpm com uma duração superior a 15 segundos, as desacelerações fornecem-nos dados importantes, pois relacionam-se com as contrações uterinas e, por conseguinte, com o desenvolvimento de hipoxia. Por fim, salientamos a importância do registo da dinâmica uterina, se durante o trabalho de parto e parto se procura o registo e obtenção de contrações uterinas, neste contexto específico do estágio pretendemos a sua ausência, ficamos então atentos a dois dados importantes, isto é, a frequência das contrações, mais de cinco contrações a cada 10 minutos podem prejudicar a oxigenação fetal, a duração

da contração uterina deverá ser valorizada na medida em que não deverá ultrapassar os 90 segundos, pois este constitui o tempo mínimo para o feto repor os valores normais de gases sanguíneos (Sundström, Rosén e Rosén, 2000).

Sendo o método mais comumente utilizado na avaliação do bem-estar materno fetal a partir das 37 semanas de gestação, ao longo do estágio, fomos relacionando os aspetos teóricos apreendidos com aqueles que encontrávamos efetivamente na prática. Na sua interpretação, tivemos em conta a avaliação da FCF basal, a variabilidade da FCF, a presença/ausência de acelerações e desacelerações e a presença ou não de dinâmica uterina. Tivemos em conta estes pressupostos e comunicamos em tempo útil alterações nomeadamente CTG com dinâmica uterina em grávidas com diagnóstico de APPT e CTG com pouca reatividade. No primeiro caso, após comunicação ao médico de serviço, foi necessário reajustar a dose de tocolíticos. No segundo caso, foi necessário reforçar o ensino acerca da alimentação e efetuar reforço alimentar. Em ambos os casos as atividades efetuadas foram adequadas.

2.1.2 Aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito do Trabalho de parto e parto

Nesta fase do projeto de estágio, e de acordo com o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, pretendemos que sejam adquiridas competência específicas no que se refere à prestação de cuidados à grávida/ parturiente durante o trabalho de parto e parto, bem como ao RN (recém-nascido) normal ou fruto de uma gravidez considerada de risco, realizando os partos eutócicos e colaborando nos partos distócicos com as equipas médicas.

Ao estagiar na sala de partos, somos confrontados com diversas situações. Comumente, são admitidas grávidas diariamente para a indução de trabalho de parto, geralmente entre as 39-40 semanas de gestação ou mais cedo, se por ventura existir alguma patologia associada como, por exemplo, utentes com diagnóstico de pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, oligoâmnios, entre outras. As utentes podem, ainda, ser admitidas no serviço de urgência por RPM (rotura prematura de membranas), queixas álgicas indicadoras de trabalho de parto ou outras queixas plausíveis de serem associadas a alguma patologia da gravidez. Por outro lado, também podemos encontrar abortamentos de primeiro trimestre (ROD) e segundo trimestre, gravidez ectópica ou mesmo IMG (interrupções médicas da gravidez) por mal formações.

Aquando da admissão foi apresentada, a todas as utentes, a equipa de Enfermagem a prestar cuidados durante o turno decorrente (por norma quarto enfermeiros EESMO, dos quais três permaneciam no bloco de parto e um na admissão do Serviço de urgência de Obstetrícia e Ginecologia), bem como o espaço físico, que é o Bloco de partos, em forma de “O”. Num dos lados, encontram-se as salas de expectantes, onde geralmente as grávidas permaneciam em vigilância, quando diagnosticada alguma patologia da gravidez, até serem internadas no serviço de Ginecologia (grávidas de risco) e/ou as parturientes durante a fase latente de trabalho de parto. No lado oposto, as salas de parto onde as parturientes eram admitidas durante a fase ativa de trabalho de parto e onde permaneciam até duas horas pós-parto. Numa das extremidades, o balcão de enfermagem, próximo de duas enfermarias de vigilâncias, onde eram geralmente admitidas utentes com diagnóstico de abortamento, gravidezes ectópicas, entre outros. Na outra extremidade, a urgência de obstetrícia, intimamente ligada ao bloco de partos.

Durante a admissão da grávida, foi realizada a avaliação inicial que a acompanhou ao longo de todo o processo inclusive do internamento. Assim, além dos dados comumente recolhidos: patologias, alergias, medicação habitual, peso, altura e contacto do convivente significativo, pretendemos destacar a idade gestacional, a paridade e o grupo de sangue. Caso este fosse negativo, era feita colheita de sangue do cordão umbilical, imediatamente, após o parto. O resultado da colheita do estreptococo B, caso fosse positivo, era iniciado o protocolado com penicilina aquando da rotura de membranas ou início da fase ativa de trabalho de parto. A utente era ainda, questionada relativamente à analgesia por via epidural, primeiro contacto com o RN, se desejava ou não contacto pele a pele, amamentar, se o acompanhante ia assistir ao parto e, se sim, se desejava cortar o cordão umbilical. Salientamos ainda, a importância dada relativamente à frequência nas aulas de preparação para o parto e suas expectativas. Todavia, todos os procedimentos a realizar foram previamente explicados à parturiente, bem como todo o trabalho de parto. Relativamente ao plano de parto não contactamos com nenhuma grávida que o tivesse elaborado. Era dada a oportunidade de um convivente significativo de permanecer junto da parturiente, sendo este, frequentemente, o pai do bebé, ou no caso de este não estar presente, por motivos laborais ou outros, permaneceram acompanhadas geralmente pelas suas mães. Toda a evolução do trabalho de parto era registada em folha de partograma e em sistema informático.

Tal como nos explica Lowdermilk (2008), o trabalho de parto é o término da gravidez. É considerado “normal”, quando este se encontra no termo ou próximo do

termo da gravidez não existindo complicações. Caracteriza-se pela expulsão do feto, placenta e membranas para o exterior, através do canal de parto. Durante o trabalho de parto, o espectável é a progressão regular das contrações uterinas, apagamento e dilatação progressivos do colo uterino e progressão na descida da apresentação.

De forma sucinta, o trabalho de parto divide-se em quatro períodos: o primeiro principia com o início das contrações uterinas regulares e termina quando a dilatação está completa. Este é considerado o período mais longo, todavia, não podemos descurar que determinados fatores, nomeadamente, a paridade, influencia a sua duração, além de ser difícil definir em que preciso momento a mulher entrou em trabalho de parto. Este primeiro período pode ainda ser subdividido em três fases, isto é, a fase latente, a fase ativa e a fase de transição. Na primeira, verifica-se uma grande evolução no que refere à extinção do colo uterino, sendo que, na fase ativa e de transição, se verifica mais rápida dilatação e descida da apresentação. O segundo período de trabalho de parto ocorre desde a dilatação completa até à expulsão fetal, podendo durar até 2h. O terceiro período de trabalho de parto ocorre desde o nascimento fetal, até à expulsão da placenta, podendo não exceder 3 a 5 minutos após o nascimento, sendo considerado normal até uma hora (Lowdermilk, 2008).

Alguns autores, tal como Rezende (2011), consideram ainda, um quarto período de trabalho de parto, que vai até 2 horas após a expulsão da placenta, o chamado período de hemóstase.

Na fase latente do trabalho de parto, a parturiente permanecia numa sala designada como expectante. Muitas vezes, encontrava-se a fazer maturação cervical com recurso a prostaglandinas (Propess) e monitorizadas ao CTG de forma intermitente. A colocação da fita de propess era realizada pelo médico, as nossas intervenções, nesta fase, centravam-se na monitorização do bem – estar materno-fetal. Propúnhamos ainda às parturientes deambular, usar a bola de pilates e a realização de massagem na região lombar no sentido de promover o conforto e estabelecer uma relação empática. De uma forma geral, as nossas propostas eram bem aceites. Verificamos que as parturientes, que tinham frequentado as aulas de preparação para o parto, demonstravam mais conhecimentos acerca do desenrolar do trabalho de parto e assumiam um papel mais ativo na sua gestão.

O plano de parto constitui um guia orientador elaborado pela grávida entre as 28-32 semanas de gestação, no qual esta expressa as suas expectativas para o momento do parto e nascimento dos seus filhos (FAME, 2007). Apesar de visarmos, ao longo da gravidez e das aulas de preparação para o parto, a capacitação da grávida em participar

ativamente no seu parto, verificamos que estas, muitas vezes, descartavam este direito e colocavam nas mãos do profissional de saúde que as acompanhava a decisão sobre o seu parto.

Ora, de acordo com Lopes (2005), o parto é uma experiência extremamente importante na vida de uma mulher. Esta vivência é tão marcante que a mulher é capaz de se recordar, ao mínimo detalhe, do nascimento dos seus filhos. Se o parto é um evento de grande impacto na vida de uma mulher, este também constitui um momento de grande ansiedade, medo, excitação e expectativa. Para algumas mulheres, o parto constitui ainda a demonstração da sua competência feminina de gerar e cuidar de um filho, e a capacidade física de suportar as dores. Segundo a autora, a autoestima da mulher evolui consoante a sua participação ativa no processo do parto, inclusive nas tomadas de decisão e a percepção de que os seus sentimentos são aceites e respeitados.

No entanto, o que verificamos foi uma grande falta de informação quer sobre o trabalho de parto, quer sobre oportunidade de escolhas. Cremos que das duas premissas mencionadas, uma aliada à outra poderão justificar a falta de “interesse” quanto ao desenrolar do trabalho de parto. Quando propúnhamos, por exemplo, deambular, usar a bola de pilates, poucas foram as parturientes que nos respondiam de forma concreta. A maioria deixava ao nosso critério a realização destas ou outras atividades.

No que respeita a algumas práticas realizadas por rotina, podemos destacar a punção venosa aquando da admissão da utente, a perfusão de polieletrolítico com glucose a 125ml/h e o jejum, de acordo com prescrição médica, enema e CTG contínuo. No entanto, uma revisão de literatura, publicada por Porto, Amorim e Souza (2010), aponta que o jejum não é recomendado, facto que advém da antiga preocupação de que, em caso de emergência, a utente poderia ter que ser submetida a uma anestesia geral colocando-a, em risco de aspiração, o chamado Síndrome de Mendelson. Todavia, não há segundo estes autores, evidências suficientemente abrangentes que justifiquem a restrição de líquidos durante o trabalho de parto, devendo até ser permitida e incentivada. Os mesmos autores definem, ainda, que a punção venosa e uso de soros glícosados não deverão constituir uma rotina, por forma a prevenir a hipoglicemia neonatal, visto, nalguns casos, poder causar efeito contrário, isto é, estimulando a produção de insulina pelo pâncreas fetal. A realização de enemas deverá ser usada de acordo com a avaliação de cada profissional, um reto vazio facilitará o parto e reduzirá a contaminação fetal ao nascimento e a infeção materna e neonatal. Ao longo do nosso estágio, foram, pontualmente, usados enemas no sentido de se perceber a sua interação sobre a evolução do trabalho de parto.

De acordo com o exposto por Lopes, et. al, (2001), a aplicação rotineira de enemas, é usada com intuito de facilitar a descida da apresentação fetal, estimular as contrações uterinas, diminuir o tempo do trabalho de parto, reduzir a contaminação durante o parto levando, conseqüentemente, a uma diminuição do risco de infecção materna e fetal. A OMS qualifica a utilização de enemas como uma prática prejudicial ou ineficaz devendo ser eliminada da prática clínica. As conclusões alcançadas com a experiência obtida demonstraram que, ao realizar o enema, no período expulsivo, não há fezes na ampola retal, o que faz com que a parturiente se sinta mais confortável.

No que se refere à cardiocografia contínua, esta também prevalece uma realidade, apesar das diretrizes recomendarem somente a auscultação intermitente de FCF a cada 15 a 30 minutos, permitindo desta forma, à parturiente adotar posições verticais e a deambular. Relativamente à deambulação e, após a análise de tudo anteriormente mencionado, nomeadamente o CTG contínuo e a presença de perfusão contínua de soros, era praticamente impossível colocar a parturiente a deambular e com liberdade de movimentos. No entanto, sabíamos que devíamos adaptar-nos a cada situação e a cada ser de forma individual. Na atualidade, muito se tem falado em obstetrícia moderna e em humanização do parto, e esta poderá constituir um desafio importante na assistência à parturiente, no sentido de promover um parto mais fisiológico. De acordo com o exposto por Mamede, et. al, (2007), desde o início do século XVII, Mauriceau defendia que a adoção de posições verticais, durante o trabalho de parto, facilitava a progressão e a adaptação do móvel fetal à bacia materna. O mesmo autor afirma ainda, a existência de estudos que têm revelado que, fisiologicamente, é muito melhor para a mãe e para o feto, quando esta se mantém em movimento durante o trabalho de parto, pois o útero contrai de forma mais eficaz, e o aporte sanguíneo, que chega ao bebê através da placenta, é mais abundante. O trabalho de parto torna-se, assim, mais curto e a dor é menor.

As manobras de Leopold-Zweifel evidenciam-se, na medida em que, em quatro momentos, nos permitem identificar a situação, a apresentação, a posição do feto e descida na pélvis. Num primeiro momento, pela palpação do fundo uterino, pretendemos identificar a situação fetal (longitudinal ou transversa) e a apresentação (pélvica ou cefálica). Num segundo momento, usando a palma da mão, delimitamos os contornos do móvel fetal, uma superfície lisa que traduz o dorso fetal, enquanto que, pequenas irregularidades identificarão pequenas partes, nomeadamente, pés, mãos entre outros. O terceiro momento consiste em reconhecer que parte do móvel fetal se encontra

na entrada da pélvis verdadeira. Se é uma apresentação cefálica e não encravada, pode determinar-se a posição da cabeça (fletida ou em extensão). O quarto momento e último desta manobra consiste em palpar os contornos da cabeça fetal, se esta se encontra voltada para o mesmo lado que as partes mais pequenas, significa que a cabeça deve estar fletida e em apresentação de vértice. Se a cabeça está do mesmo lado do dorso, significa que a cabeça está em extensão e a apresentação é de face (Lowdermilk, 2008).

A evolução do trabalho de parto deve ser avaliada, não só com abordagem à dilatação e extensão do colo uterino, mas também com a progressiva descida da apresentação fetal na bacia materna. Assim, tendo em conta o sinal de Farabeuf, quando a cabeça fetal se encontra encaixada, apenas se consegue introduzir dois dedos justos entre o polo fetal descendente e o plano sacrococcígeo. À medida que o trabalho de parto evolui, o móvel fetal inicia a sua descida por planos ao longo do canal de parto. Quando falamos em planos referimo-nos à relação entre a apresentação fetal e uma linha imaginária traçada entre as duas espinhas isquiáticas maternas e correspondente à medição do grau de descida da apresentação no canal de parto. Esta medição é expressa em centímetros e tem como ponto de referência as espinhas isquiáticas. Destacaremos os planos de Hodge, assim, sucintamente, o primeiro plano, paralelo às espinhas isquiáticas, passa pelo bordo superior da sínfise púbica e pelo promontório. O segundo plano corresponde ao bordo inferior da sínfise púbica. O terceiro plano é traçado ao nível das espinhas isquiáticas e o quarto plano, parte da ponta do cóccix e confunde-se com o assoalho pélvico (Rezende, 2011).

Na fase latente e ativa do trabalho de parto, a parturiente era encaminhada para a sala de parto, era-lhe dada a oportunidade de realizar a analgesia por via epidural, mantinha a mesma prescrição médica no que se referia à soroterapia e monitorização de bem-estar fetal contínuo. Durante este módulo do estágio, tivemos a oportunidade de colaborar com a equipa médica de anestesia na colocação dos cateteres por via epidural, explicávamos o procedimento, posicionávamos a parturiente e tentávamos mantê-la o mais calma e imóvel quanto possível, incentivando-a a uma respiração tranquila, visto que nesta fase do TP as contrações uterinas eram de maior intensidade. Os fármacos comumente utilizados, neste tipo de analgesia, eram o sufentanil e a ropivacaina em perfusão contínua. Quando a parturiente se encontrava já numa fase de pouco controlo da dor, tornando-se pouco colaborante para a colocação de cateter via epidural era usada a raquianestesia. Findo este procedimento, a parturiente era colocada novamente em posição de litotomia, era reavaliada a extinção e a dilatação do colo uterino e ponderada a algaliação. Se se previa que o trabalho de parto evoluísse de forma rápida, como era o

caso das múltiplas, não se procedia à algaliação, fazendo um esvaziamento vesical pouco antes do período expulsivo. Caso contrário, eram algaliadas minimizando desta forma, o risco de infecções urinárias associadas ao elevado número de drenagens necessárias. Muitas das parturientes, após a colocação de cateter epidural, para além do bloqueio sensitivo, apresentavam, ainda, bloqueio motor, não havendo, desta forma, possibilidade de deambular nesta fase nem da adoção de posições verticais para o período expulsivo.

Ainda nos deparamos, com alguma frequência, com parturientes com tatuagens na região dorsal, o que impossibilitou a colocação de cateteres por via epidural, procedendo-se à analgesia endovenosa com administração de remifentanil. De acordo com o exposto por Soares, et. al, (2010), a analgesia epidural é considerada a técnica de predileção no que refere analgesia durante o trabalho de parto, usando fármacos ultradiluídos capazes de promover o alívio da dor com mínimos efeitos colaterais. Todavia, e como exposto, surgem situações, quer maternas, quer estruturais ou materiais, que impossibilitam a realização desta técnica. Assim, surgiu a necessidade de encontrar uma alternativa, um opioide intravenoso eficiente no alívio da dor sem interferir com o padrão das contrações uterinas, cardiotocografia fetal, sendo que o efeito no padrão respiratório da mãe e do recém-nascido deveria ser mínimo, permitindo a administração contínua até ao fim do período expulsivo. Muitos foram os fármacos testados, nomeadamente, a meperidina, o fentanil, o alfentanil, o sufentanil, fármacos comumente utilizados na analgesia epidural. Todavia, através da via endovenosa o uso é limitado, devido aos efeitos de deposição placentária e da depressão respiratória no recém-nascido. Assim, verificou-se que, nenhum dos opioides, geralmente utilizados na anestesia, seria capaz de ser aplicado à parturiente em trabalho de parto.

A administração por via endovenosa de remifentanil tal como tivemos oportunidade de experienciar é simples, através de um cateter endovenoso. Os efeitos colaterais que podem surgir são: náusea, vômitos prurido, sedação e depressão respiratória (Soares, et. al, 2010). Porém, no que se refere as náuseas e vômitos, os autores apontam que são dois sintomas comuns durante o trabalho de parto e parto, não permitindo generalizar conclusões.

Relativamente ao bem-estar fetal, os autores defendem que não existe nenhuma correlação entre a perfusão de remifentanil e alguma deterioração na cardiotocografia, os índices de Apgar e pH de sangue do cordão não apresentaram desvios da normalidade, nenhum recém-nascido apresentou depressão respiratória, não sendo necessária administração de naloxona. Desta forma, concluíram que este fármaco era

capaz de reduzir o nível de dor na parturiente sem interferir na evolução do trabalho de parto. Os efeitos colaterais descritos são facilmente reversíveis quer na parturiente quer no recém-nascido. A técnica permite uma participação ativa da grávida no seu parto, constituindo, assim, uma das melhores alternativas disponíveis em termos de analgesia intravenosa durante o trabalho de parto e parto (Soares, et. al, 2010).

Tendo por base o anteriormente exposto, a experiência que tivemos, com a analgesia com remifentanil exigiu a presença constante de um anestesista na sala de parto e de um EESMO para vigilância contínua do bem-estar materno-fetal, a parturiente foi monitorizada, a perfusão com remifentanil foi iniciada aos 6 cm de dilatação e colo extinto. Este tipo de analgesia constituiu um sucesso, pois tal como exposto anteriormente, o grau de dor apresentado, imediatamente após o início da perfusão, diminuiu consideravelmente, manteve-se a perfusão de ocitocina e o neonatologista foi contactado pouco antes do parto. Contudo, não houve necessidade de reanimação nem de administração de antagonista, o Apgar ao nascimento foi de 9 ao primeiro minuto, 10 ao quinto e 10 ao décimo.

Pouco antes do período expulsivo e no sentido de favorecer uma sutura mais fácil e segura, efetuávamos a tricotomia na região média lateral esquerda, onde poderia eventualmente ser necessária a realização de episiotomia. Durante muitos anos, acreditou-se que a tricotomia reduzia o risco de infeção, no caso de haver lacerações perineais ou episiotomias. Hoje, sabemos que esta técnica acarreta inconvenientes favorecendo o risco de infeção e o desconforto associados ao crescimento da pilosidade (Amorim, Porto e Souza, 2010). Os autores, de acordo com as recomendações da OMS, concluem que não existem evidências que recomendem a tricotomia por rotina, como tal a sua prática deverá ser ponderada.

O dilema relativo à execução da episiotomia no parto tem sido muito debatido ao longo dos anos. Se, no século XIX, era ponto e honra para obstetras e parteiras a máxima integridade perineal das parturientes (Graça, 2010), atualmente, verificam-se dois extremos. Assim, ao encontro do exposto, ao longo do estágio, verificamos que alguns enfermeiros ESMO realizavam a episiotomia por rotina de forma deliberada, assumindo totalmente o procedimento, enquanto outros primavam pela ponderação e visavam a integridade perineal, mesmo que este acarretasse um período expulsivo mais demorado. Enquanto estudantes, foi-nos dada oportunidade de escolha quanto à realização de episiotomia, se numa fase inicial nos parecia complicado e dava a sensação que era sempre necessária, com o passar das semanas e adequadamente orientados, fomos aos poucos ganhando sensibilidade, identificando os diferentes tipos

de pele quanto à elasticidade e numa fase mais avançada já percebíamos se seria possível a não realização desta técnica.

A passagem do feto pelo anel vulvoperineal raramente será possível sem lesar os tecidos maternos com lacerações. Porém, existem outras técnicas capazes de prevenir a existência destas lacerações, nomeadamente, a manobra de Ritgen, impondo uma lenta e progressiva saída da apresentação, fazendo pressão moderada ao queixo fetal com uma compressa estéril pela mão esquerda do enfermeiro ESMO, enquanto a região suboccipital da cabeça fetal é segurada contra a sínfise pela mão direita, com objetivo de evitar o movimento abrupto de despendimento cefálico e lesão dos órgãos maternos (Rezende, 2011). A massagem perineal intraparto e a técnica de flexão, o uso de compressas mornas e a técnica “hands on e hands off” são técnicas atualmente descritas que podem ser tidas em consideração na forma de minorar os traumatismos perineais. Contudo, não existem estudos suficientes para permitir conclusões, os autores afirmam que a melhor forma de evitar o traumatismo perineal são a não realização de episiotomia e partos instrumentados, como nos explicam (Amorim, Porto e Souza, 2010).

Rezende (2011) afirma, ainda, que estudos recentes mostram que a episiotomia não diminui o risco de incontinência urinária nem assegura efeito protetor ao feto.

A episiotomia deverá ser sempre realizada com analgesia, isto é, no caso de não existir analgesia por via epidural poderá proceder-se à analgesia dos nervos pudendos ou infiltração local por planos. A episiotomia é realizada no períneo posterior entre o introito vaginal e o ânus. Nas apresentações cefálicas, a episiotomia deve ser realizada, quando a apresentação começa a coroar o períneo, reduzindo a extensão da incisão e o risco de hemorragia. Quando o polo cefálico distende o períneo, serão colocados o dedo médio e o indicador entre a apresentação e a parede da vagina, realizando o corte da fúrcula, mucosa e submucosa da vagina, músculos transversos do períneo, músculo elevador do ânus e músculo bulbo cavernoso, com tesoura de bicos redondos. A incisão poderá ser médio-lateral ou mediana, sendo que a mais utilizada é a episiotomia média-lateral esquerda, feita com um ângulo de 45° relativamente à linha mediana. Este tipo de episiotomia tem como principal vantagem não lesar o esfíncter anal e reto. Em contrapartida, provoca mais hemorragia, é mais difícil de suturar e provoca mais dor no pós-parto. Por outro lado, a episiotomia mediana constitui uma incisão de cerca de 3-4cm a partir da fúrcula, havendo um grande risco de lacerações do esfíncter anal e reto, tendo sido, por isso, posta de parte, apesar de haver menor risco de hemorragia, mais fácil correção e menos dor no período pós-parto (Graça, 2010).

De acordo com o exposto por Amorim, Porto e Souza, (2010), a OMS recomenda uma taxa de episiotomias nunca superior a 10%, não devendo ser realizada por rotina. Recordamos que a episiotomia foi inicialmente proposta para facilitar o parto, reduzindo o traumatismo perineal. Ao encontro das diretrizes da ACOG, a episiotomia deverá ser realizada por indicações maternas ou fetais, como técnica de prevenção de lacerações maternas graves ou facilitar partos difíceis. Quando realizada, deverá ser corrigida com sutura contínua por forma a diminuir a dor no pós-parto, assim como o uso de material absorvível.

Dos conhecimentos teóricos que tínhamos, sucintamente expostos anteriormente, foi-nos proporcionada pelo orientador e equipa de enfermagem na qual estivemos inseridos, a oportunidade de opção relativamente à realização ou não de episiotomia, isto é, era realizada apenas quando era previsto que fossem existir lacerações perineais extensas, rigidez perineal ou macrosomia fetal. Foram, ainda, utilizadas manobras de flexão e aplicação de compressas mornas no períneo durante o trabalho de parto, uma boa proteção do períneo, com realização de manobra de Ritgen, assim como a massagem perineal. Estas foram algumas técnicas que tivemos oportunidade de realizar, obtendo numa grande maioria das vezes bons resultados, isto é, integridade perineal ou lacerações primeiro grau. Salvuardamos que a massagem perineal é recomendada a partir das 34 semanas, como exposto por Amorim, Porto e Souza, (2010). No entanto, no período expulsivo, a realização de massagem perineal com vaselina líquida ou lidocaína acarreta frequentemente edema do períneo. A experiência que destacamos quanto ao uso das compressas mornas não se revelou de todo conclusiva, realizada numa parturiente sem anestesia pois pretendia um parto natural, colocamos progressivamente compressas de água morna sobre o períneo durante o período expulsivo, pensando que favoreceria a distensão dos tecidos, ora o resultado final, provavelmente devido à vasodilatação foi um edema perineal e a realização de episiotomia. Tendo em conta este nosso resultado esta técnica não foi mais utilizada. A manobra de Ritgen foi efetuada em todos os partos que realizamos, na medida em permitia um maior controlo da saída da cabeça fetal, assim verificamos que os tecidos dilatavam progressivamente diminuindo possivelmente a presença de lacerações.

Estando a maioria das parturientes sob efeito de analgesia por via epidural, esta faz com que os esforços maternos sejam menos eficazes, tal como nos explicam Amorim, Porto e Souza, (2010), podendo distinguir-se, assim, dois tipos de puxo: o puxo precoce, mal se atinja a dilatação completa, ou o puxo tardio, no qual se espera que a parturiente sinta vontade de puxar. Os mesmos autores afirmam que o puxo

tardio, de acordo com as evidências científicas, prolonga o segundo período de trabalho de parto de cerca de cinquenta e oito minutos, não sendo, no entanto, verificadas diferenças no que se refere a lacerações perineais ou aumento de taxas de cesarianas. Em contrapartida, o puxo precoce aumenta o risco de parto instrumentado e lesões dos músculos do assoalho pélvico.

Uma situação, que pontualmente nos surgiu e preocupou, foi as lacerações do colo uterino, estas lacerações ocorrem quando o colo limita a apresentação. Embora, muitas sejam superficiais e a hemorragia seja mínima, outras podem estender-se até abóbada vaginal ou até ao segmento inferior do útero, podendo levar a hemorragia grave. Estas lacerações podem ser explicadas por esforços precipitados para dilatar o colo do útero, artificialmente ou para libertar o feto antes de a dilatação estar completa (Lowdermilk, 2008).

Assistimos a um parto no qual se verificou uma laceração do colo uterino, tendo este sido associado à manobra de Kristeller. Como nos explica Diaz (2011), este procedimento não inofensivo consiste numa pressão no fundo uterino, sincronizado com as contrações uterinas, tentando colmatar esforços expulsivos maternos ineficazes, o que nos levou a concluir que, de acordo com o exposto anteriormente, este constitui uma forma precipitada de dilatação do colo uterino. A correção deste tipo de lacerações ultrapassa a área de competência do enfermeiro ESMO, sendo realizada pela equipa médica.

Após o nascimento, aguardávamos a dequitação, é importante o manuseamento ativo deste período de trabalho de parto no sentido de prevenir a hemorragia pós-parto. Assim, algumas intervenções como nos explicam Amorim, Porto e Souza, (2010) nomeadamente a clampagem do cordão umbilical, o uso de ocitocina, a massagem uterina a tração controlada do cordão umbilical, diminuem os *timings* decorrentes desde o nascimento até à saída da placenta. Ao encontro do exposto anteriormente, procedíamos à tração controlada do cordão, associada a massagem uterina, a perfusão de ocitocina era mantida nesta fase a seis ml/h levando a maior contração do músculo uterino, verificávamos através das manobra de Krustner ou através do sinal do cordão quando a placenta se encontrava descolada e através da manobra de Jacob-Dublin era progressivamente exteriorizada.

Relembramos que a dequitação surge como terceiro período de trabalho de parto, ocorre em três fases distintas: o descolamento, a descida e a expulsão da placenta pelo canal de parto. Este mecanismo ocorre pela contração do músculo uterino após o parto. A placenta descola por competição de áreas, isto é, o músculo uterino, após ter

distendido, volta a contrair, o que diminui a superfície de adesão da placenta levando a que esta se desprenda progressivamente. A formação de um hematoma retroplacentário não é indispensável, no entanto a sua presença entre as paredes do útero e os cotilédones poderá em certas circunstâncias favorecer a dequitação da placenta. Podem destacar-se dois tipos de descolamento de placenta, o mecanismo de Baudelocque-Schultze, ocorre em cerca de 75% dos partos e verifica-se quando a placenta, inserida na parte superior do útero, se inverte e se desprende pela face fetal, em forma de “guarda-chuva”. O mecanismo de Baudelocque-Duncan, ocorre em cerca de 25% dos partos, quando a placenta está localizada na parede lateral do útero e o descolamento começa pelo bordo inferior, surgindo, assim, a face materna (Rezende, 2011).

Após o nascimento, a perfusão de ocitocina era reduzida para seis ml/h, sendo aumentada para 450 ml/h após a dequitação, para prevenir hemorragia pós-parto e descompressão uterina. Os autores supramencionados concluíram que a drenagem espontânea do cordão umbilical reduz *o timing* em cerca de 6 minutos. Quando abandona a cavidade uterina, a placenta cai na vulva desencadeando na parturiente uma sensação de “puxo”. Efetuada a manobra de Jacob-Dublin, para a receção da placenta, que consiste numa tração moderada da placenta para descolar as membranas seguida de torção leve.

A altura uterina e a formação do globo de segurança de Pinard representam dados importantes nesta fase e, posteriormente, no sentido de despistar situações patológicas. Salientamos a importância do exame da placenta aquando da sua expulsão, assim colocada sobre uma mesa de apoio procedíamos a sua análise meticolosa, isto é, o peso da placenta, a inserção do cordão umbilical, comprimento, presença de três vasos (duas artérias e uma veia). A presença dos dois folhetos âmnio e córion e verificação na face materna da integridade e dos cotilédones, zonas de enfarte e ou calcificações.

Após a saída da placenta verificávamos a involução uterina a perda sanguínea a integridade vaginal e perineal, despistávamos a existência de lacerações vaginais ou do colo uterino e procedíamos à episiorrafia, caso existisse.

O quarto período de trabalho de parto, denominado de período de hemóstase, inicia-se após a expulsão da placenta e é considerado um momento extremamente importante pelo risco associado de hemorragia (Rezende, 2011).

Um aspeto que não conseguimos descorar e que verificamos ao longo do estágio foi as alterações emocionais vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e parto. Assim, se numa fase inicial esta interagia com os profissionais de saúde e se mostrava colaborante, verificamos que à medida que o trabalho de parto evoluía, a colaboração

materna e a atenção prestada ao profissional de saúde diminuía. Alguns autores defendem que a ansiedade representa um fator importante a ter em conta para o enunciado, pois o período de gravidez e parto constituem uma grande transição existencial Sarmiento e Setubal, (2003). A humanização do parto poderá constituir uma solução. Humanizar o parto significa, entre outros, promover uma assistência de confiança e qualidade à parturiente, podendo ser através do alívio da dor, promovendo conforto físico, emocional e a liberdade quanto a escolha do parto (Fialho, 2008). O parto apesar de constituir um momento curto no que refere ao tempo, está carregado de vivências e expectativas. O ambiente hospitalar é desconhecido e assustador para a maioria das parturientes, o que por si só gera um fator stressor, além disso, a mulher teme a dor, teme os procedimentos médicos aos quais poderá estar sujeita, chegando mesmo a duvidar da sua capacidade em parir o seu filho. De acordo com o referido pelos autores Sarmiento e Setubal, (2003), é importante estarmos conscientes que o desempenho da mulher, ao longo do trabalho de parto, se encontra intimamente ligado à preparação que esta fez para o parto e imprescindivelmente ligado à sua própria história de vida e cultura. O medo do parto vai sempre existir visto a imprevisibilidade de todo o processo. Será ainda importante salientar e reforçar à parturiente a sua real capacidade em parir o seu filho. Tudo isto, sem descorar as suas expectativas e desejos acerca do desenrolar do trabalho de parto, tornando-o mais humanizado quanto possível e permitindo que a parturiente e família possam desfrutar e vivenciar este momento tão marcante nas suas vidas em plenitude e num ambiente de confiança e segurança.

Findo este percurso, pareceu-nos pertinente relatar algumas situações que nos marcaram, provavelmente pela sua raridade.

O abuso de substâncias ilícitas é um problema cada vez mais comum na nossa sociedade. As pessoas que consomem drogas apresentam comportamentos de risco quer em termos sociais ou de saúde. O consumo de drogas torna-se mais preocupante ainda quando associado a uma gravidez, constituindo estas, gravidezes de risco, e traduzindo-se na maioria das vezes em morte fetal. Todavia, nalgumas situações estas mulheres são seguidas em grupos de apoio permitindo um seguimento da gravidez, e nalgumas situações, diminuição ou cessação do consumo de drogas (Martins, et. al, 2007).

Assim, tivemos oportunidade de fazer a vigilância e parto de uma jovem toxicodependente, poderemos dar-lhe o nome fictício de Joana. A Joana era uma jovem de 22 anos, fumadora, toxicodependente, grávida de 41 semanas. Com índice obstétrico IIGIP, um parto eutócico há três anos. Vivia com a mãe e dois irmãos mais novos, o pai tinha falecido, quando esta tinha apenas dois anos de idade com HIV.

O atual companheiro estava emigrado e não era pai do primeiro filho. A Joana foi admitida no serviço para indução de trabalho de parto com prostaglandinas, cerca das 10h, foram cumpridas as prescrições médicas relativamente ao jejum, monitorização contínua e perfusão de soroterapia, bem com a profilaxia antibiótica de estreptococo. Quando recebemos o turno, às 20h, a Joana estava calma. Relativamente à evolução do trabalho de parto, apresentava colo extinto 50% e dois centímetros de dilatação, quando solicitado foi-lhe dada oportunidade de deambular, ir ao WC e usar a bola de pilates realizando desta forma uma monitorização da FCF intermitente. Cerca das 24h, a Joana iniciou um comportamento de agressividade associado à dor, não colaborante nos procedimentos impossibilitando qualquer toque vaginal, quer para remoção da fita de propess, quer para monitorizar a evolução da extinção e dilatação do colo uterino. Foi pedida colaboração à equipa médica, sem sucesso. Por decisão da equipa multidisciplinar, a Joana foi transferida para uma sala de parto, foi conseguida a remoção da fita de propess, o que, de algum modo, lhe aliviou a dor. A sua falta de colaboração, assim como a presença de uma tatuagem na região dorsal, impossibilitaram a realização de analgesia por via epidural. Manteve-se a monitorização da FCF, de acordo com a possibilidade sendo que, de forma natural a Joana adotou enumeras posições, ora deitada, ora sentada, de cócoras, posição de gata assanhada. Ao fim de 3 longas horas, de forma natural, ela posicionou-se na marquesa, estava já com a dilatação completa, fez-se o parto sem necessidade de realização de episiotomia. O RN apresentou um índice de Apgar de 9 ao primeiro minuto e 10 ao quinto minuto e 10 ao décimo minuto.

Após observação pediátrica, manteve-se junto da mãe, foi amamentado ao seio e, passadas as duas horas do período de hemóstase, foram transferidos para o serviço de obstetrícia. Sabemos que os RN, filhos de mães toxicod dependentes, estão sujeitos a variados problemas, tal como a síndrome de abstinência. No entanto, nesta situação específica, não se verificou nenhum problema relativamente ao RN. O que nos levou a concluir que o consumo de drogas poderia efetivamente ter sido eliminado durante a gravidez e que a Joana era consumidora de droga leve, na medida em que nunca confessou o que consumia. O que nos marcou, também, nesta experiência foi a forma como, de uma forma natural, a Joana adotou as diferentes posições conhecidas, para alívio da dor e, assim, favoreceu a evolução do trabalho de parto.

A adolescência constitui um marco importante na vida do ser humano. Principalmente caracterizada pela busca de identidade, inclusão em grupos de amigos,

procura e troca de novas experiências, o que leva a que cada vez mais, os jovens iniciem a sua atividade sexual mais precocemente.

Frequentemente, tem-se verificado que estas experiências não decorrem de acordo com o que estava planeado, resultando muitas vezes em gravidez. Várias têm sido as especulações no sentido de clarificar tal fenómeno, pouco conhecimento do uso de métodos contraceptivos, fragilidade na tutela familiar, mudanças de estilo de vida entre outros (Susin, et. al, 2011). A experiência que tivemos neste contexto foi com a Rita (nome fictício), uma adolescente de quinze anos. A Rita era primigesta, deu entrada no serviço para indução de trabalho de parto, de manhã. Quando a conhecemos, no turno da noite, esta já se encontrava na sala de parto, estava sobre efeito de analgesia por via epidural, no que respeita a evolução do trabalho de parto apresentava colo uterino com 80% de extinção e cinco centímetros de dilatação, estava acompanhada pela mãe. Dada a situação, percebemos que teríamos pouco tempo para criar uma relação empática e lhe transmitir confiança e segurança, para que esta tivesse o seu bebé. Algumas dúvidas foram surgindo, nomeadamente, se a nossa abordagem, para com ela, deveria de ser diferente daquela que tínhamos com as parturientes adultas? Numa fase inicial, questionamos se estava bem, e apresentamo-nos. A Rita e a mãe estavam silenciosas, provavelmente já cansadas, decidimos proporcionar um ambiente calmo e acolhedor, nomeadamente colocando a sala a média luz, o ambiente estava sereno. Questionamos várias vezes se tinha alguma dúvida, se estava com dor. Para a Rita, estava sempre tudo bem, a única coisa que a preocupava era “se ainda faltava muito?”. à medida que o trabalho de parto evoluía, tudo lhe era explicado e, aos poucos, fomos ganhando a sua confiança e questionando alguns pontos que nos pareceram importantes, no sentido de perceber a situação futura da Rita e da sua filha, nomeadamente, se era uma gravidez planeada, se ia continuar a estudar e se o pai do bebé tinha aceitado a gravidez, e se iria reconhecer a paternidade. A mãe mantinha-se silenciosa e, aos poucos, a Rita foi-nos contando a sua história, era estudante, vivia com os pais e dois irmãos mais novos. O namorado (pai do bebé), também ele estudante e colega de turma aceitou bem a gravidez e assumiria a paternidade, apesar de não ter sido uma gravidez planeada ambos acabaram por a aceitar e desejar aquele bebé. Embora não estivesse presente naquele momento, a Rita dava-lhe conhecimento de como estava a decorrer todo o trabalho de parto, “não tem coragem!” dizia ela. Nas suas palavras notávamos, muita maturidade ainda que, a contemplando denotávamos com o rosto de uma criança. Quando o colo uterino ficou extinto e a dilatação chegou aos dez centímetros, notamos medo aliado alguma ansiedade e muita força de vontade para provar que era capaz e conseguia ter

aquele bebê. Com muita calma se voltaram a ligar as luzes, a Rita foi posicionada e aos poucos se preparou a sala para o parto. O parto correu bem. Desta experiência, o que retivemos foi o respeito e a dignidade com que prestamos cuidados à parturiente e convivente significativo, não a julgando. Tentamos criar um ambiente acolhedor, procuramos sempre valorizar a relação com parturiente, permitindo que esta se sentisse segura e o centro da nossa atenção. De acordo com Susin et. al, (2011) o desejo das parturientes adolescentes é apenas ter alguém para lhes segurar a mão, tranquiliza-las, transmitir segurança e conforto, sendo importante a presença do profissional e a individualidade do atendimento.

No momento do nascimento, o RN experimenta várias adaptações rápidas e complexas. Considera-se que a mais complexa e imediata será o estabelecimento da respiração. A primeira respiração é o resultado de um reflexo desencadeado por diferenças de pressão. A maioria dos RN inicia a respiração espontânea e mantém um padrão de respiração normal, no entanto, nalgumas situações estas primeiras respirações podem ser acompanhadas de outros sinais tais como, adejo nasal, tiragem ou gemido, indicadores de dificuldade respiratória (Lowdermilk, 2008). A situação anteriormente descrita decorreu num dos partos que tivemos oportunidade de realizar, o parto decorreu dentro da normalidade, procedeu-se à laqueação do cordão umbilical, quando este deixou de pulsar o Apgar atribuído ao RN foi de 9 ao primeiro minuto e 10 ao quinto e 10 ao décimo, no entanto com o passar do tempo iniciou, gemido nasal, tiragem intercostal e uma ligeira assimetria que poderia ser semelhante aos RN's com fraturas da clavícula. O neonatologista foi chamado à sala de parto e o RN foi, de imediato, transferido para a unidade de cuidados intensivos neonatais. Já na unidade, foi-lhe diagnosticado um pneumotórax hipertensivo espontâneo. De acordo com o exposto por Wellington et. al, (2012), o pneumotórax é caracterizado pela presença de ar na cavidade pleural, esta patologia ocorre em 0,07% dos partos. O despiste destas situações precocemente é imprescindível na medida em que podem levar à morte. O RN em questão foi assistido com suporte ventilatório e necessitou, entre outros, de colocação de dreno torácico.

Nem todo o trabalho desenvolvido no bloco de partos tem como desfecho um final feliz. Como já anteriormente mencionado, também contactamos com situações de abortamentos provocados (IMG) ou espontâneos. A gravidez tem um significado simbólico e particular para cada mulher. Quando uma gravidez é indesejada, a

maternidade pode ser opressiva, por outro lado, quando uma gravidez desejada e planeada é perdida, a mulher interioriza uma situação de fracasso pessoal (Benute, et. al, 2009). De algumas das situações que tivemos oportunidade de acompanhar, uma reteve a nossa atenção pela sua raridade. A Helena (nome fictício), grávida de 13 semanas IIGIP, uma gravidez planeada e desejada, recorreu ao serviço de urgência por perda hemática vaginal. Feita ecografia verificou-se que o feto não apresentava batimentos cardíacos. Chorosa, foi internada no serviço em trabalho de abortamento. Ao final do dia, a Helena expulsou um feto de sexo masculino no qual se verificou a presença de gastroquise. Esta patologia constitui um defeito da parede abdominal, há uma evisceração das ansas intestinais. O diagnóstico ecográfico desta patologia é possível entre as 16-20 semanas de gestação, onde se verifica que as ansas intestinais flutuam no líquido amniótico. A ocorrência destes casos é de 1: 15000 partos ocorrendo em conceptos de sexo masculino (Amorim, et. al, 2000). Foi dado conhecimento à Helena pela equipa médica que pela análise macroscópica do feto se verificou tal patologia e, nesse momento, aquela senhora, apesar da tristeza, pareceu-nos mais confiante, pois já lhe tinha sido apresentada uma causa para a morte daquele feto, dissipando o sentimento de culpa que em situações de abortamento muitos autores descrevem.

2.1.3 Desenvolvimento de competência no âmbito dos cuidados no pós-parto

Neste módulo, verificamos a possibilidade de aquisição de competências técnico-científicas, no processo de autocuidado, transição e adaptação à parentalidade bem como aos cuidados específicos à mulher (puérpera), RN e família.

Segundo Lowdermilk (2008), o período pós-parto é definido como o intervalo entre o nascimento da criança e o retorno dos órgãos maternos ao seu estado não grávido. Este período denominado de puerpério tem uma duração de cerca de seis semanas após o parto, todavia, crê-se que varie de mulher para mulher. Nesta fase, o papel do enfermeiro ESMO não será apenas o de vigilância de aspetos fisiológicos relacionados com a regressão da gravidez, mas também a certificação de que a mulher e família experienciam uma transição e adaptação à parentalidade de forma segura.

O período desde a decisão de ter um filho até ao primeiro mês após o nascimento do bebé é denominado de transição para a parentalidade. De modo empírico, sabemos que o nascimento de um filho pode criar num casal um período considerado de desequilíbrio e confusão, surge a adaptação a um novo papel e a necessidade de cuidar o

bebé. Ora de modo geral as mulheres são consideradas pelos maridos como a sua principal fonte de suporte, estes poderão sentir-se carentes pois a mãe envolvida nos cuidados ao seu RN não será capaz de proporcionar o nível de apoio habitual. Hoje em dia, as aulas de preparação para o parto e para a parentalidade vieram desmistificar este período, fazendo com que os pais sejam capazes de vivenciar a transição para a parentalidade como uma oportunidade de desenvolvimento de estratégias para atingir novos níveis de desenvolvimento (Lowdermilk, 2008).

No serviço de Obstetrícia do CHTS, as puérperas eram recebidas vindas do bloco de partos onde permaneciam cerca de duas horas após o parto. Era comunicado à equipa via telefónica e dadas algumas informações, nomeadamente sobre o tipo de parto, a ocorrência de alguma complicação inerente, antecedentes maternos relevantes nomeadamente diabética gestacional, hipertensão na gravidez entre outros, quanto à presença de laceração e /ou episiotomia, edemas, quantidade e características dos lóquios, involução uterina e amamentação.

Quanto ao RN era fornecida a informação sobre o índice de Apgar e o peso constituindo este um dado importante tendo em conta os protocolos existentes no serviço para RN macrossómicos ou de baixo peso. Era ainda mencionado se o RN mamou à mama com bons reflexos de sucção e deglutição e a duração da mamada. Sabemos que este período é excelente para iniciar a amamentação, pois o RN está em estado de alerta num reconhecimento e adaptação à vida extra-uterina, além de ajudar o útero a contrair evitando hemorragias (Lowdermilk, 2008).

A puérpera era transferida então para o serviço por uma assistente operacional do bloco de partos, entregue o processo clínico à enfermeira responsável pela enfermaria na qual a puérpera ia ficar internada. No acolhimento à puérpera e RN apresentamo-nos na qualidade de estudantes de especialidade em ESMO, bem como às enfermeiras orientadoras do estágio, confirmávamos o nome da puérpera e devida identificação do RN através de uma pulseira num dos pulsos estando identificados como: filho (a) de ... seguido do nome da mãe, apresentávamos a unidade, informávamos sobre o número da cama e o piso no qual estava internada para facilitar as visitas.

Enquanto procedíamos à transferência da puérpera para a cama era colocado ao RN uma pulseira de segurança ou pulseira eletrónica, aproveitando o momento para verificar a existência de bossas ou escoriações na cabeça, se o parto foi distócico por ventosa/fórceps, a clampagem do coto umbilical, os reflexos do RN, tipo e características do choro. Seguidamente, procedíamos a avaliação inicial da puérpera,

após consultar o processo clínico desta e do RN. Eram recolhidos dados pertinentes nomeadamente: antecedentes pessoais relevantes, alergias medicamentosas ou outras, história da gravidez atual e paridade. Através da leitura da folha do partograma era-nos fornecida informação quanto ao tipo de parto, a ferida cirúrgica perineal ou laceração e grupo sanguíneo, quanto ao RN a mesma também nos fornecia informações importantes relativas à sua adaptação à vida extra uterina: índice de Apgar, hora de nascimento, sexo, peso e ingestão nutricional. Em seguida procedíamos e observação criteriosa da puérpera, passando pela monitorização de sinais vitais, palpação uterina e observação da perda sanguínea, avaliação da ferida perineal e a aplicação de gelo se existir dor ou edema, avaliação das características dos mamilos, e se a puérpera pretendia amamentar.

A puérpera era mantida em repouso no leito durante cerca de seis horas, tornando-se dependente nos autocuidados e cuidados ao RN, assim sempre que necessário era auxiliada nos cuidados ao RN, na otimização da fralda, adaptação à mama podendo desta forma avaliar reflexos de sucção e deglutição do RN duração da mamada e saciedade.

Findo o período de repouso era proposto à puérpera levantar do leito, visando uma maior autonomia quer nos autocuidados, quer nos cuidados ao RN, bem como promover a deambulação, prevenir a hipotensão ortostática, as tromboflebitides e melhorar a circulação sanguínea. O primeiro levante era executado com a presença do enfermeiro, visto que após o parto há uma descompressão espontânea abdominal, o que leva a uma dilatação dos vasos sanguíneos e uma estase de sangue nas vísceras o que pode contribuir para o desenvolvimento da hipotensão ortostática. Procedia-se a uma avaliação criteriosa da puérpera e da sua condição física antes de proceder ao levante, os protocolos existentes no serviço referiam que se podia efetuar levante à puérpera pós parto eutócico ou distócico por fórceps ou ventosa com analgesia por via epidural, quatro a seis horas pós-parto, assim, tivemos sempre o cuidado de nunca levantar uma puérpera em jejum. Numa fase inicial, monitorizávamos os sinais vitais, permitindo estabelecer o padrão de funcionamento na posição horizontal e avaliar a resposta cardiovascular à mudança para a posição vertical. Era solicitado à puérpera que mobilizasse os membros inferiores permitindo avaliar se os efeitos da analgesia por via epidural tinham revertido e permitindo também ativação da circulação sanguínea e retorno venoso, o despiste de edemas dos membros inferiores também eram observados neste momento. Avaliávamos igualmente a involução uterina e a perda sanguínea, em seguida era progressivamente elevada a cabeceira da cama, observando sempre as respostas de puérpera ao levante, nomeadamente, hiper-sudorese, visão turva, tonturas

ou sensação de lipotimia, se não se verificassem intercorrências a puérpera era sentada na beira da cama com os pés no chão, monitorizados novamente os sinais vitais e sendo posteriormente auxiliada a levantar e deambular.

De acordo com Freitas, et. al, (2002) a posição intermédia da puérpera entre a vertical e a horizontal facilita a estabilização dos sinais vitais prevenindo a hipotensão ortostática. Comparávamos os sinais vitais em ambas as posições e se verificássemos aumento do pulso ou diminuição da tensão arterial, adiávamos o levante, a puérpera era orientada de novo para a posição horizontal.

Após o levante a puérpera era incentivada a urinar, sabemos que o período pós-parto se caracteriza pela presença de edemas nos órgãos perivesicais e hipotonia dos músculos lisos, o que potencia o risco de retenção urinária, infecção e obstipação. De acordo com Cunningham, et. al, (1997) a puérpera deve urinar nas primeiras quatro a seis horas pós-parto e as micções não devem ser dolorosas. Cerca de 12 horas após o parto a puérpera começa a eliminar o excesso de líquidos acumulados nos tecidos ao longo da gravidez. Os traumatismos do parto, o aumento da capacidade vesical e os efeitos da terapêutica instituída podem diminuir a vontade de urinar, ora nas primeiras 48 a 72 horas pós-parto, preconiza-se que a puérpera tenha micções a cada seis a oito horas. Por outro lado, o aumento da diurese pode resultar numa distensão vesical, que pode levar a uma hemorragia pós-parto e aumentar a suscetibilidade às infecções urinárias por distensão da bexiga. A tonicidade da bexiga é, normalmente restabelecida cinco a sete dias após o parto. A função renal retoma ao normal, um mês após o parto.

No que se refere à eliminação intestinal, esta será restabelecida cerca de dois a três dias após o parto devido à diminuição da tonicidade dos músculos intestinais durante o trabalho de parto, ao jejum prolongado e/ ou à desidratação. A ferida perineal, a presença de hemorroides e a sensibilidade perineal podem dificultar a vontade de evacuar na puérpera (Cunningham, et. al, 1997).

Por rotina do serviço, a puérpera não era incentivada a tomar banho imediatamente após o primeiro levante pelo risco de hipotensão, todavia eram efetuados os ensinamentos relativamente aos cuidados a ter com a ferida perineal evitando infecções e favorecendo o processo de cicatrização. Assim, ensinávamos-lhe a lavagem da zona perineal em movimentos anteroposteriores e à mudança do penso perineal após cada micção ou dejeção (Lowdermilk, 2008).

No caso dos partos distócicos por cesariana, cesarianas eletivas ou de urgência, a proveniência da grávida podia ser do bloco de partos ou do serviço de ginecologia. Era então, comunicado pelas equipas que a grávida era levada ao bloco operatório.

Neste momento, era colocada a primeira roupa do RN no reanimador sob fonte de calor e assim eram prestados os cuidados imediatos no serviço. A equipa do bloco operatório comunicava o nascimento do RN, e este era transferido por uma enfermeira e uma assistente operacional dentro de uma incubadora para o serviço. À chegada, era imediatamente pesado, verificada a clampagem do coto umbilical, colocada pulseira de identificação e eletrónica, monitorizada glicemia capilar, administrada fitomenadiona e profilaxia de credê. Em função dos valores de glicemia, era ponderada a alimentação com leite adaptado ou a primeira mamada na mama após as duas horas aproximadas que a mãe permanecia no recobro.

A administração da vitamina K (fitomenadiona), é utilizada na prevenção e tratamento de doença hemorrágica no RN, dado que este não possui flora intestinal para produzir a vitamina na primeira semana após o nascimento. Promove a formação hepática dos fatores da coagulação. É administrada uma dose intramuscular de 0,5 mg nas primeiras duas horas de vida. A profilaxia de credê, é efetuada através da aplicação de gotas oftálmicas bactericidas e bacteriostáticas promovendo profilaxia contra infeções causadas por *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* (Lowdermilk, 2008).

Quando dada a alta de anestesia, a equipa do recobro comunicava a alta da puérpera, dirigíamo-nos então ao recobro para a trazer para junto do seu RN. A enfermeira do recobro tinha o cuidado de fornecer algumas indicações, nomeadamente sobre o tipo de anestesia, e a terapêutica à qual tinha sido submetida, mas ainda quanto à contração e involução uterina perda sanguínea e penso operatório. As puérperas submetidas a cesariana apresentavam geralmente, cateter epidural com ou sem DIB, cateter venoso periférico onde por norma ainda perfundia soroterapia e ocitocina, encontravam-se algaliadas.

No acolhimento da puérpera, procedíamos precisamente da mesma forma do que para as puérperas pós parto eutócico, com acréscimo da vigilância do penso operatório. Após serem submetidas a cesariana, a puérpera mantinha-se em repouso no leito durante 12 horas, período após o qual era efetuado o primeiro levante e a desalgaliação. Durante este período de repouso a puérpera era incentivada a alterar frequentemente os decúbitos e à realização de movimentos passivos dos membros inferiores, nesta fase tornava-se dependente nos autocuidados e cuidados ao RN.

De acordo com Lowdermilk (2008), o enfermeiro detém um papel fundamental, na forma como a puérpera percebe o período pós-parto. Durante os primeiros dias será importante promover alívio da dor de acordo com as necessidades apresentadas pela puérpera, visto que, a dor no local da incisão, o desconforto provocado pela flatulência constituem preocupações fisiológicas nesta fase de puerpério. Assim, o enfermeiro deverá estar atento às necessidades dos cuidados mãe e bebê. Verificamos que existia uma autonomia da equipa de enfermagem quanto à administração de analgesia à puérpera, assim, mesmo não existindo prescrição médica era gerida analgesia com paracetamol e/ou ibuprofeno.

Era rotina do serviço, nos turnos da manhã e da tarde, a observação da puérpera em determinados parâmetros, nomeadamente, a vigilância da contração uterina para despiste de sinais de atonia uterina numa fase inicial sendo desaconselhada por rotina quando se verifica perda hemática vaginal normal. Assim, de acordo com a National Institute for Health and Clinical Excellence, (2006), a avaliação frequente da involução e da posição do útero por palpação deve ser considerada apenas quando se verifica presença de perda sanguínea excessiva, atonia uterina ou febre, ou durante o período de repouso que antecede o primeiro levante. A involução uterina também constitui um aspeto relevante, assim de acordo com Lowdermilk, (2008), após o parto o útero é palpável acima do umbigo cerca de um a dois centímetros, sendo que nas 24 horas que precedem o parto este rasa o umbigo e regride posteriormente um a dois centímetros por dia. Ao décimo dia de puerpério, o fundo uterino já não deve ser palpável na cavidade abdominal. A vigilância dos lóquios torna-se fundamental para identificar precocemente sinais de hemorragia ou infeção puerperal, assim, os aspetos a ter em consideração destacamos: a cor, a quantidade, a composição geralmente sangue, muco e tecido, assim como o cheiro dos lóquios. A autora supramencionada afirma que a estimativa visual rigorosa da perda de sangue é uma responsabilidade dos profissionais de enfermagem.

Assim, os lóquios rubros, caracterizam-se por uma secreção vermelho escuro que aparece por norma dois a três dias após o parto, os lóquios serosos caracterizam-se por secreção rósea/acastanhada que aparece do terceiro ao décimo dia. Os lóquios claros caracterizam-se por uma secreção amarelada/incolor aparece por volta do décimo dia podendo manter-se até à terceira semana pós-parto. Relativamente ao cheiro, um odor semelhante ao cheiro do período menstrual será considerado normal, em contrapartida um odor desagradável poderá ser preditivo de infeção. A vigilância da ferida perineal ou laceração é relevante para despistar precocemente sinais de infeção ou perturbações do

processo de cicatrização, assim, verificamos a existência de edemas ou equimoses plausíveis de dificultar o processo de cicatrização, mas ainda a presença de dor, a coloração, a presença de exsudado e os sinais de infecção conhecidos: dor, rubor, calor e serosidade purulenta associada a aumento da temperatura. A inspeção dos membros inferiores revela-se um dado não menosprezável para detetar precocemente sinais de trombose venosa profunda, tendo em conta que no período pós-parto se verifica uma diminuição da mobilidade, associada a um aumento da taxa de protrombina. Assim, as medidas favoráveis à melhoria do retorno venoso são a deambulação precoce, a mobilização ativa e passiva dos membros inferiores, aproveitando para a pesquisa do sinal de Homan, que consiste em forçar a dorsiflexão do pé, é considerado positivo se referida dor nos músculos gastrocnémios. Verificamos ainda ao longo deste módulo do estágio que a presença de hemorroidas se revelava extremamente desconfortável, causando prurido, dor, e por vezes perda sanguínea ao evacuar, nestas situações, providenciávamos à puérpera gelo, pomada anti-hemoroidária ou ainda soro hipertónico aquecido em compressas. A observação das mamas e integridade dos mamilos também constituíram um aspeto a ter em consideração, assim, uma puérpera com mamilos rasos ou invertidos era aconselhada ao uso de mamilos de silicone ou formadores de mamilo, quando se verificava dor, rubor mamilar, maceração ou fissura a puérpera era incentivada a aplicação de creme. Destacamos que os cremes para os mamilos não devem ser usados por rotina, visto poderem bloquear a secreção natural de óleo pelas glândulas de Montgomery da aréola (Lowdermilk, 2008).

Nalgumas situações, quando o internamento tinha de ser prolongado nomeadamente por icterícia no RN, algumas mães apresentavam as mamas firmes, tensas e quentes podendo parecer brilhantes e sob tensão, as aréolas ficavam de igual modo distendidas podendo dificultar a amamentação na medida em que o RN não conseguia fazer uma pega eficaz.

Esta distensão dolorosa das mamas pode ocorrer nos três a cinco dias pós-parto como resultado da descida do leite e de um esvaziamento mamário não adequado sendo denominado de ingurgitamento mamário. Nestas situações, a mãe era incentivada e instruída para amamentar o seu RN a cada duas a três horas durante pelo menos 15 a 20 minutos, podia ainda surgir a necessidade de extração de leite com bomba extratora, banhos mornos ou aplicação de compressas frias.

Os turnos da manhã eram um momento de grande agitação no serviço, pois era neste momento que a equipa de enfermagem era constituída por um maior número de elementos, desta forma este período era aproveitado para ensinar e instruir as puérperas

sobre os cuidados de higiene ao RN, cuidados ao coto umbilical, vacinação e também são dadas as altas.

Quanto aos cuidados ao RN foi instituído no serviço ao longo do nosso estágio uma nova norma, a de monitorização da oximetria de pulso nos RN entre as 24 a 48 horas de vida, com objetivo de diagnosticar cardiopatias congénitas. Assim, monitorizávamos a pulsoximetria a todos os RN que completavam 24 horas de vida no turno da manhã, seguindo um algoritmo específico e comunicado ao pediatra as alterações do padrão de normalidade. Assim, procedíamos à monitorização das saturações de oxigénio no membro superior direito e membro inferior esquerdo tendo como objetivo a obtenção de saturações superiores a 94%, caso contrário deveria ser comunicado ao pediatra para a realização de exames auxiliares de diagnóstico para despiste de cardiopatias. Ao longo do estágio não verificamos alterações do padrão da normalidade aquando de realização desta intervenção.

No que se refere aos cuidados de higiene ao RN, a puérpera e seu RN eram levados pela enfermeira responsável para um berçário. Numa fase inicial, explicávamos-lhe que o banho no serviço era executado no período da manhã por uma questão de gestão de cuidados, no domicílio esta deveria avaliar a reação do RN ao banho. Assim, se verificasse que o RN ficava mais relaxado, poderia ser mais benéfico dar o banho no final do dia; se este ficasse mais ativo, o banho no período da manhã poderia ser o mais propício, pois é mais estimulante. Era, desta forma, salientada a importância para a criação de rotinas no RN.

Era aconselhado à puérpera para no domicílio, reunir inicialmente todo o material que iria precisar: banheira com água a 36 -37°C, termómetro, toalha de banho, produtos de higiene, fralda muda de roupa, escova do cabelo, compressas esterilizadas, soro fisiológico. Era alertada para não dar banho sozinha ao seu RN, na medida em que podia esquecer-se de algum material, ficar mal disposta e desta forma devia ter sempre uma pessoa que a pudesse apoiar. O ambiente para o banho de RN deveria rondar uma temperatura de 22°C e sem correntes de ar, relativamente aos produtos de higiene não aconselhávamos nenhuma marca, apenas que fossem adequados a RN's, a preservação da integridade da pele é um aspeto importante do cuidado no período neonatal.

O objetivo da lavagem da pele do RN é a limpeza sem a remoção da barreira lipídica que é essencial para a manutenção da integridade da pele no desempenho da sua função de proteção. É aconselhado que no primeiro mês de vida se utilize apenas água no banho do RN. Este é o período no qual devem ser evitados o uso de sabonetes, principalmente se alcalinos, os óleos e as loções, já que estes alteram o pH ácido da

superfície da pele, tornando-a mais suscetível a possíveis agentes agressores como por exemplo as bactérias. Os *staphylococcus aureus* demonstram ótimo crescimento com pH cutâneo 7,5. Assim, as lavagens com sabonete que alcalinize a pele podem reduzir a flora normal propiciando o aumento da colonização da flora da pele. Após este período, pode-se introduzir, gradualmente, os produtos de higiene do RN, uma vez que neste momento a barreira protetora da pele já se encontra mais desenvolvida. Relativamente ao uso de shampoo, a sua utilização não é necessária até uma ano de idade; após a introdução de produtos de higiene, é suficiente lavar o cabelo com a solução de limpeza do banho. O cabelo é curto, fino e frágil, não se apresenta como necessidade a lavagem do mesmo. Não obstante que aquando da escolha deste deve-se ter em conta a suavidade, o pH que se deve aproximar do lacrimal e que não altere as raízes do couro cabeludo (Lowdermilk,2008).

É essencial que haja uma hidratação adequada dos queratinócitos, o que promove a manutenção da função da pele, otimizando o efeito barreira contra agressões externas e manter o equilíbrio térmico e hidroeletrolítico. Preconiza-se que o uso de emolientes seja o que melhor confere essa hidratação, estes produtos devem manter as características dos produtos do banho: ausência de álcool, perfume, conservantes, serem suaves e sem alterarem o pH da pele. Os produtos escolhidos devem ter também uma base emoliente, já que não irão secar a pele e irão conferir-lhe alguma proteção. (Lowdermilk, 2008). Era ainda referido à mãe que o banho diário não constituía uma necessidade, no entanto por criar um momento de prazer e bem-estar não há impeditivos para que a sua frequência seja de acordo com as necessidades da criança e ideologias dos pais. A duração do banho não deverá exceder os cinco a dez minutos.

Relativamente há limpeza dos olhos e ouvidos, sabemos que nas primeiras duas a três semanas o bebé tem poucas lagrimas estando, por isso, mais suscetível a infeções nomeadamente as conjuntivites (Lowdermilk, 2008).

Fomos frequentemente questionados quanto ao corte das unhas do RN, nesta fase não aconselhávamos o corte das unhas, apenas dávamos indicação à mãe para limar com uma lima de cartão, visto haver grande risco de cortar a pele agarrada, no entanto referíamos que, quando estas crescessem mais, poderiam ser cortadas com uma tesoura de bicos redondos, e que deviam ser cortadas à direita, devendo este procedimento ser executado preferencialmente depois do banho, quando estas estão mais macias, ou quando o bebé estivesse a dormir, devendo isolar primeiro o dedo da unha a cortar, destacar a polpa do dedo e só depois cortar cuidadosamente a unha (Lowdermilk, 2008).

O banho da banheira prevalece uma alternativa satisfatória comparativamente ao banho por partes, todavia este exige alguma destreza para que o banho ao RN possa decorrer em segurança. Desta forma explicávamos aos pais como segurar o RN na banheira, isto é, despir totalmente o RN, verificar se a fralda estava suja e se estivesse deveriam limpar numa primeira fase os órgãos genitais para não sujar a água do banho, em seguida verificar novamente a temperatura da água com o cotovelo ou termómetro antes de colocar o RN dentro da mesma. A posição que recomendávamos para colocar o RN na banheira era segurando com uma mão a cabeça e outra nas nádegas sentando-o na banheira, a cabeça e tronco do RN mantinha-se segura pelo antebraço, fazendo um círculo com os dedos médio e anelar em torno do braço do RN junto à axila. Começávamos por lavar a cabeça, tronco e membros superiores, membros inferiores e por fim a zona perineal, retirávamos o RN com as duas mãos e colocávamos sobre uma toalha de banho previamente estendida, secávamos cuidadosamente, dando especial atenção às pregas, pescoço, axilas, zona perineal e pés (Lowdermilk, 2008).

Os cuidados ao coto umbilical também eram explicados neste momento de aprendizagem, apesar de alguns autores recomendarem a limpeza e desinfeção do coto umbilical o protocolo instituído no serviço apontava para que estes fossem efetuados com compressas limpas, água e sabão neutro, com uma frequência mínima de três vezes ao dia e sempre que se verificassem secreções. O coto umbilical começa a secar e a escurecer a partir do segundo ou terceiro dia de vida, este deve de acordo com Lowdermilk, (2008), ser escrupulosamente inspecionado para despistar sinais de infeção, nomeadamente, cheiro fétido, rubor e/ ou exsudado purulento. O coto umbilical acaba por cair cerca do décimo dia podendo no entanto manter-se por três semanas.

O plano Nacional de Vacinação também era iniciado no serviço, sendo administradas aos RN as primeiras vacinas da BCG e VHB, e feitos ensinios aos pais sobre efeitos colaterais. Foram ainda pontualmente realizados diagnósticos precoces aos RN's que devido a alguma situação clínica ficassem internados durante um período de tempo mais alargado.

Apesar de não ser nosso objetivo descrever pormenorizadamente as patologias associadas ao RN, sentimos necessidade de explicar sucintamente a mais comum, a icterícia, esta exigia frequentemente que se prolongasse o internamento do RN. A icterícia ou hiperbilirrubinémia, ocorre por norma após as 24 horas de vida e tem um pico ao terceiro dia. Poderá ter duas denominações sendo a primeira icterícia de início precoce ou icterícia da amamentação, nesta situação pode estar associada a uma alimentação insuficiente e a dejeções pouco frequentes (Lowdermilk, 2008).

Uma nutrição adequada na infância promove um ótimo crescimento e desenvolvimento. É sobre esta premissa que escolhemos abordar o tema da amamentação, na medida em que esta tem início no hospital. (Lowdermilk, 2008).

A academia Americana de Pediatria recomenda a alimentação exclusiva como leite materno aos bebês até aos seis meses. O leite materno é nutricionalmente superior a qualquer alternativa sendo bacteriologicamente seguro. O leite materno sofre alterações ao longo do tempo de forma automática para dar resposta às necessidades do bebê. Contem fatores de crescimento que promovem o desenvolvimento cerebral e do sistema gastrointestinal. O leite materno fornece fatores de imunização que combatem doenças e alérgenos. Para mãe os benefícios da amamentação são a diminuição da hemorragia pós-parto e involução uterina mais rápida, a diminuição do risco de cancro da mama, útero e ovário, a recuperação mais rápida do peso pré-gestacional, a diminuição do risco de osteoporose após a menopausa, a experiência de uma ligação única, favorecendo a aquisição do papel maternal (Lowdermilk, 2008). De acordo com as autoras, a amamentação constitui um prolongamento da gravidez e do nascimento. Habitualmente, as mães decidem amamentar os seus filhos porque conhecem os benefícios para os seus filhos. Ao longo do estágio tivemos frequentemente a necessidade de reforçar às mães os benefícios da amamentação quer para elas quer para os seus RN's, tendo sempre em conta os seus desejos crenças e valores, não emitindo juízos de valor quanto á decisão de não amamentar. Verificamos ainda que o apoio da família e do companheiro constituem um fator importante na decisão de amamentar e para o seu sucesso. O nosso papel revelou-se importante na promoção do sentimento de competência e de confiança na mãe que amamentava e o reforço do seu contributo único para o bem-estar do seu bebê. O leite materno é considerado um alimento singular e apropriado para satisfazer as necessidades do RN. Após o parto, verificamos a secreção de colostro nas mamas da puérpera o que, por vezes, lhe causa alguma confusão na medida em que a aparência clara e pouco consistente do colostro lhe dá a sensação de que poderá não satisfazer as necessidades nutricionais do seu RN.

Numa primeira fase, procuramos explicar à puérpera que o leite materno se transforma à medida que a criança cresce no sentido de satisfazer as suas necessidades nutricionais e imunológicas. Torna-se fundamental dar a conhecer os benefícios da amamentação às puérperas às quais prestamos cuidados. A capacitação da mãe para amamentar pareceu-nos primordial, transmitindo autoconfiança e promovendo uma experiência satisfatória relativamente à amamentação. Alguns fatores revelaram-se importantes aquando da iniciação da amamentação, assim pareceu-nos importante

colher dados relativamente ao peso do RN. Para o caso de RN macrossômicos ou de baixo peso o aporte calórico do colostro poderia não ser suficiente nos primeiros dias de vida. Uma vez que alguma medicação materna pode constituir um impeditivo à amamentação, nomeadamente a medicação antidepressiva, que verificamos ser frequente, era comunicada ao pediatra para que este verificasse se seria adequado iniciar amamentação. Nestas situações houve necessidade de administrar aos RN's leite artificial por biberão.

Quando manifestam sinais de fome os RN's choram vigorosamente procurando a satisfação desta necessidade, geralmente apresentam alguns sinais de prontidão para a alimentação, nomeadamente movimentos de mãos-na-boca ou das mãos, movimentos de sucção e reflexos de rotação, isto é, o bebé roda a cabeça até encontrar algo que consiga colocar na boca para sugar. Enquanto o bebé era amamentado, verificávamos a adaptação do bebé à mama através da observação da pega: posição, alinhamento, sucção e deglutição. Após a amamentação, observávamos o comportamento do RN, satisfação ou sonolência. Tendo em conta as intervenções de enfermagem implementadas, procuramos atingir resultados, nomeadamente uma correta e eficaz adaptação à mama, o RN ser alimentados no mínimo oito vezes por dia, ganho de peso, dormir ou parecer satisfeito entre as mamadas, manter-se hidratado, ou seja, ter seis a oito fraldas com urina e pelo menos três dejeções a cada 24 horas (lowdermilk,2008).

Quanto à puérpera, o esperado era que demonstrasse e verbalizasse compreensão sobre as técnicas da amamentação, referisse se sentia desconforto nas mamas ou mamilos, verbalizasse satisfação com a experiência da amamentação, realizasse uma alimentação adequada com ingestão calórica e hídrica apropriada para suportar a amamentação.

O choro constitui o comportamento mais comum e universal de adaptação e a forma mais eficaz que os RN e crianças têm para comunicar. Destacam-se pelo menos seis tipos de choro: dor, fome, cólicas, aborrecimento, desconforto ou exaustão no final de um dia de tensão. A sua duração e intensidade é variável podendo durar de cerca de 5 minutos a 2 horas por dia. O tempo de choro atinge o seu pico máximo ao segundo mês de vida começando depois a diminuir. Cada mãe consegue ao fim de algumas semanas reconhecer identificar o motivo do choro do seu filho, e ao final de três dias após o parto esta consegue reconhecer o choro do seu RN em relação a outros (Brazelton, 2009).

O choro tem características variáveis aplicáveis às diversas situações, sendo interpretados pelos cuidadores por forma a direcionar os cuidados. A interpretação dos diferentes tipos de choro do RN não constitui uma tarefa fácil para o adulto, assim, o

atendimento ao RN que chora, dependerá da sua sensibilidade quanto ao grau de desconforto manifestado pelo choro e da informação disponível sobre o contexto de choro (Branco, et. al, 2006). A Dunstan Baby Language associa cada tipo de choro a uma necessidade básica do RN, assim, o choro poderá ser entendido como “palavras”, baseada em reflexos corporais e universais. Independentemente da raça ou nacionalidade, todos os bebês, se expressam da mesma forma. De acordo com Lowdermilk (2008), no diagnóstico diferencial do tipo de choro é necessário ter em conta vários fatores, nomeadamente; a hora da última mamada, a última sesta, a mudança de fralda, as reações do bebê à luz, aos ruídos, temperatura ambiente, a atividade e aos movimentos. Desta forma passaremos a descrever sucintamente cada tipo de choro caracterizado e estudado por Priscilla Dunstan, assim, um choro de fome manifestado pela vocalização de “neh”, é caracterizado por soluços contínuos e curtos, persistente e não demasiado altos, acompanhado por norma de movimentos da cabeça de um lado para outro, boca entreaberta, levando as mãos à boca. A vocalização de “owh” será sinónimo de fadiga, caracterizado por choro ligeiro, quase gemido, com tendência a aumentar o tom até um choro forte, acontece habitualmente após um dia agitado. O rosto do bebê encontra-se distendido, com um ligeiro franzido no sobrolho alternando com relaxamento do corpo e rosto. A sensação de desconforto relacionada com necessidade de eructar por exemplo, será manifestada por “ heh”, este choro é um choro fraco, apesar de apresentar momentos de grande intensidade pode ser facilmente confundido com choro de dor intensa devido aos gritos intermitentes, a nível corporal a testa está franzida, os olhos inquiridores, os braços e as pernas estão tensos. O bebê manifesta dor, através de um lamento curto, agudo e muito alto, a qual se segue por norma um período de apneia e seguido de outro grito. O rosto do bebê fecha-se e os braços as pernas fletem para junto do corpo, este choro não cessa quando se conforta ou se pega ao colo, a “palavra” de queixume será então “eairth”. Finalmente um bebê que choraminga em soluços, cessando a partir do momento em que se fala com ele, se pega ao colo, se brinca ou se acaricia, o corpo geralmente está relaxado e os olhos abertos, manifesta-se por “eh” e é reconhecido como choro de tédio, o bebê requer atenção.

Seria incoerente fazermos referência aos tipos de choro do bebê, sem mencionar algumas estratégias de consolo, que ao longo deste processo de aprendizagem também tivemos oportunidade de partilhar com as nossas puérperas. Tendo numa fase inicial compreendido a “mensagem” que o RN nos transmitia surge então a necessidade de lhe dar resposta, perante um choro de dor ou desconforto, deveremos procurar a sua origem, pressionando levemente todas as partes do corpo do RN. Para um choro de fome o RN

deverá ser alimentado, perante um choro de fadiga, deveremos procurar um ambiente calmo fala com o RN, embalar ou andar com ele ao colo. Para o tédio aconselhamos pegar no RN ao colo, e interagir com ele. Das estratégias de consolo que tivemos oportunidade de desenvolver, pretendemos destacar, o reflexo de sucção, RN têm necessidade de sugar, não estando este reflexo relacionado com a fome, mas sim por ser algo que lhes dá prazer, ajudando a acalmar. Sabemos que o toque é um dos sentidos mais desenvolvidos ao nascimento, assim, acariciar a pele do bebé, fazer massagem corporal de pelo menos 15 minutos diários, ajudam acalmar e a dormir melhor. Durante a gravidez, o RN estava habituado a sentir-se envolvido pelo útero materno, após o nascimento esta sensação desapareceu, o facto de envolver o RN num cobertor poderá devolver esta sensação de segurança, nesta linha de pensamento surge uma técnica, denominada por: técnica dos 5 S's desenvolvida por Harvey Karp consiste em cinco passos que pretendem reproduzir as sensações sentidas no útero materno durante o período de gestação, visando acalmar o bebé. Os diferentes passos são executados de forma sequencial, o critério é parar logo que o choro acalme, quando o bebé se encontrava *in útero* estava muito apertadinho e em posição fetal, envolvido por uma parede uterina morna que o balançava a maior parte do tempo. Este também ouvia ruídos continuamente, nomeadamente os batimentos cardíacos maternos. O reflexo de calma é ativado automaticamente, levando a uma resposta neurológica profunda, sendo a melhor forma de o ativar a imitação das condições do útero da mãe. A técnica dos 5 S's, revela-se eficaz para acalmar bebés até aos três meses de idade se aplicada com rigor. Sucintamente explicamos então os cinco passos da técnica: 1- envolver o bebé num cobertor, manta ou lençol (Swaddling) com objetivo de contenção de movimentos; 2- colocar o bebé de lado sobre a anca (Side stomach position), dentro do útero o bebé passou a maior parte do tempo em posição fetal, ou seja, cabeça para baixo coluna encolhida e joelhos contra a barriga. 3- Proporcionar um ruído monocórdico junto do ouvido do bebé (shhhing). 4- Embalar ou baloiçar suavemente o bebé (swinging). 5- Proporcionar sucção (sucking).

Ao longo deste estágio fomos frequentemente confrontados com RN que manifestavam, choro gritado, rosto ruborizado, costas fletidas e os membros inferiores inquietos numa agitação tremenda de esticar e encolher os mesmos extrapolando os conhecimentos da teoria para a prática clínica e relembrando as fundamentações de Priscilla Dunstan, entendemos que estávamos perante um síndrome de cólica do RN. As cólicas manifestam-se frequentemente até ao primeiro trimestre de vida é também conhecida pela expressão inglesa *three month colic* parafraseando as autoras Kosminsky

e Kimura (2004) os sinais e sintomas de cólica são caracterizados pela irritabilidade num RN saudável, devidamente alimentado, com choro excessivo e inconsolável por mais de três horas por dia, no mínimo três dias por semana, e durante três meses, geralmente a num horário das 18 horas até às 24 horas. Vários foram os estudos realizados ao longo dos anos no sentido de conhecer a etiologia do problema, de entre as diversas especulações aquelas que se destacam são, imaturidade do sistema gastrointestinal, a hipertonicidade congénita, alergias, tensão dos pais e o meio ambiente. Contudo poderá ainda estar relacionada com a ingestão de ar durante a amamentação ou com a maturação dos sistemas nervoso e digestivo. Estas manifestações de choro irritado, tornam-se uma grande dificuldade para os jovens pais tentando incessantemente descobrir o segredo que fará acalmar o seu bebé. Todavia os diversos estudos realizados não são concludentes quanto ao famoso “remédio”, salientando que não existe tratamento efetivo, e que as indicações fornecidas aos pais pelos profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros, podem diminuir a intensidade do choro, facilitando desta forma a vida familiar. Porém o método Canguru surge referenciado como ótimo recurso para minimizar o choro do bebé.

A alta clínica no serviço decorre em dois momentos distintos, ao início da manhã o médico obstetra acompanhado pela enfermeira responsável de sala, dirigem-se à sala de tratamento, as puérperas propostas para alta eram chamadas à sala, eram questionadas quanto ao seu estado. Em seguida auxiliávamos o seu posicionamento na marquesa ginecológica e o médico procedia a avaliação da puérpera, atendendo a coloração das mucosas, aconselhando a tomar as restantes vitaminas da gravidez e por vezes prescrevendo ferro. Despistava possível turgescência mamária, por fim observava os lóquios, e sutura perineal. Nesta fase aproveitávamos para reforçar os ensinamentos quanto aos cuidados de higiene e cuidados com a sutura, ausência de atividade sexual até consulta de revisão de puerpério aconselhada entre as 5 a 6 semanas pós-parto.

No caso de cesariana efetuávamos tratamento à ferida cirúrgica, fazíamos ensinamentos quanto aos cuidados a ter para que o penso da ferida operatória não descolasse, verificar a presença de repasse, e agendávamos com a puérpera 8 dias pós-cesariana para remoção do material de sutura no centro de saúde da área de residência.

Em ambas as situações as puérperas eram devidamente esclarecidas sobre sinais de complicação que motivassem o recurso ao serviço de urgência, como por exemplo, febre, lóquios com cheiro fétido entre outros.

Relativamente à alta do RN, este é observado pelo pediatra não necessitando do auxílio da equipa de enfermagem nesta avaliação. Apenas era pedida colaboração caso

se verificasse tonalidade icterica e fosse solicitado punção venosa para determinação de valores da bilirrubina.

Uma das modalidades que suscitou o nosso interesse no decorrer desta experiência foi a massagem ao RN, verificamos que algumas enfermeiras do serviço realizavam massagem ao RN quando este se encontrava choroso e irrequieto, surtindo algum efeito calmante no RN. Assim foi importante neste contexto elaborar uma pesquisa sobre massagem infantil centrando-nos no RN e organizar uma atividade no serviço no qual se convidou a díade mãe-bebé a participar ensinando-lhes os efeitos benéficos da massagem sobre os seus filhos. De acordo com Figueiredo (2007), a massagem realizada em RN de termo pelos pais têm um impacto positivo sobre ambos. Mostram o implemento de competências do desenvolvimento e de bem-estar físico e a redução dos níveis de stress do bebé. Quando realizada pelos pais beneficia também a interação destes com o bebé, na medida em que o toque é referenciado como importante na criação de laços de vinculação afetiva. Assim foi nosso intuito explicar a massagem e exemplificar dando espaço aos pais para a realizarem aos seus bebés.

Bárcia e Sá (2007), assumem que desde de a concepção os pais devem ser estimulados em falar e tocar no seu bebé, apesar de este ainda se encontrar no útero materno, pois deste modo contribuem para o desenvolvimento emocional do seu bebé. Quando nasce a exploração do mundo que o rodeia é em grande parte realizada através toque, este processo realizado através da pele que é o órgão maior do organismo, sendo também, provavelmente o mais importante para aprendizagem de afeto e carinho. A massagem infantil é uma forma de potenciar o toque, em alguns países orientais esta prevalece a forma de tratamento mais antiga do mundo, sendo muito valorizada. Além de permitir a proximidade entre os pais e o bebé, através do contacto visual, contacto pele a pele, vocalização e comunicação que se estabelece é possível a criação de um vínculo forte. Para que uma massagem seja agradável não é necessário que se siga uma regra fixa, o importante é perceber as pistas que o bebé vai dando e se este está o não disposto para a massagem, pois à semelhança dos adultos alguns poderão gostar e ficar relaxado e outros não. Como já referimos anteriormente, o bebé comunica essencialmente pelo choro e pela linguagem corporal, mais uma vez descodificamos a mística linguagem do bebé, interpretando um bebé disponível para massagem quando este se apresenta de olhos bem abertos, face reluzente, sobrancelha levantada e olhos fixos em nós, se ao contrário o bebé se mostrar face franzido, choro forte, cabeça baixa e olhos semicerrados, boceja e não estabelece contacto visual, será importante adiar a

massagem pois o bebê não está disposto. O ambiente deverá ser calmo e com privacidade para que o bebê possa desfrutar plenamente da massagem.

Os benefícios conhecidos das massagens, além do efeito relaxante, são a estimulação dos diferentes sistemas do bebê. Tal como, ao nível da pele visualiza-se um ligeiro rubor, devido ao aumento de aporte sanguíneo e aumento da temperatura. A nível muscular, aumenta o aporte de nutrientes ao musculo devido ao aumento do aporte sanguíneo, levando a uma melhor atividade celular através das trocas que se efetuam, promovendo o relaxamento muscular. A nível circulatório, a pressão exercida cria uma contrapressão permitindo que os fluidos passem para o interior dos vasos, melhorando a estase e o edema (Bárcia e Sá, 2007).

A massagem que nos propusemos ensinar aos pais foi a massagem Shantala, pois mais que uma técnica esta encontra-se referenciada como uma arte tradicional, que através do toque transmite amor, ternura e permite recordar o mundo vivenciado no útero materno McClure (1997 cit. por Linkevies et. al, 2012). Pareceu-nos pertinente voltar atrás no tempo e descrever a proveniência desta massagem pela singularidade da história que ela carrega. Este tipo de massagem foi trazida da India pelo médico Frederick Leboyer em 1995, que ao passear nas ruas de Calcutá, observou uma mulher sentada no chão massajando o seu bebê, absorvido pela beleza e harmonia dos movimentos ficou a observar aquele ato de amor e carinho, visto constituir uma tarefa diária das mães Indianas, a Senhora com o nome de Shantala decidiu explicar ao medico a técnica, para que este a pudesse trazer para Ocidente. Os autores apontam os efeitos da massagem Shantala como o equilíbrio fisiológico e proporciona sensações de movimento, estimula a mobilidade futura, adaptações, plasticidade e promove a mobilização dos músculos e articulações. A realização da massagem implica, o uso de óleo na medida em que tornam a pele macia, lisa e escorregadia facilitando a própria técnica. A bibliografia consultada aponta para a utilização de óleos vegetais, como por exemplo o óleo de uva, de coco ou de amêndoas doces visto não se depositarem na superfície da pele e não bloqueando os poros Walker (2000 cit. por Cruz e Caromano, 2005).

A técnica descrita por Cruz e Caromano (2005), foi a que escolhemos descreve pela facilidade da sua compreensão, assim, após “acordo” do RN a massagem poderá ser iniciada, no tórax os movimentos são circulares, realizados com as duas mãos do centro para a periferia, em seguida, uma das mãos partirá do flanco do bebê até ao ombro oposto e assim sucessivamente com a outra mão. Os membros superiores e inferiores são massajados da região proximal para a distal, formando com os dedos

polgar e indicador uma espécie de bracelete em volta do membro. A região abdominal será massajada por sua vez com deslize suave de uma mão após a outra desde a parte superior, imediatamente após as costelas até á parte inferior, o mesmo movimento será também realizado com o antebraço enquanto as pernas do RN são seguradas e estendidas na vertical. A massagem às costas do RN deverá ser executada com este em posição dorsal, transversalmente sobre as pernas da pessoa que realiza a massagem de modo que sua cabeça fique á esquerda da pessoa. Esta massagem é realizada em três tempos: inicialmente uma das mãos desliza do ombro até á nádega do bebé e sobe novamente até ao ombro enquanto a outra mão desce percorrendo, no lado contra lateral o mesmo caminho e assim sucessivamente. Em seguida, com uma das mãos as costas do RN são percorridas, descendo da nuca até às nádegas de forma mais profunda, a mãos volta a posição inicial perdendo contacto com o corpo do RN e assim sucessivamente. Por fim este mesmo movimento será repetido percorrendo as coxas, as pernas e os calcanhares do bebé, sucessivamente. Com o RN em decúbito dorsal, o rosto é massajado colocando as mãos no meio da testa e deslocando para os lados, contornando as sobrancelhas e afastando cada vez mais até às fontes. Os polegares são levados até a base de nariz e descem até ao bordo externo assim sucessivamente. A massagem deverá ser finalizada em três movimentos: primeiro, cruzar e descruzar os braços do RN sobre o tórax; em seguida cruzar o membro superior como membro inferior contra lateral, de modo que o pé do RN, toque o ombro contra lateral e a mão toque a nádega contra lateral; finalmente *padmasana*, isto é, cruzar as pernas sobre o abdómen do RN segundo a técnica descrita, leva à abertura e relaxamento das articulações da bacia particularmente da sua articulação com o sacro e a base da coluna vertebral. Finda a massagem é recomendado um banho relaxante.

A atividade que realizamos no serviço de obstetrícia, teve por objetivo ensinar aos pais a técnica da massagem Shantala e os seus efeitos sobre o RN, nomeadamente como técnica de relaxamento. Esta sessão teve lugar no dia 14 de Julho, no período da manhã por uma questão de comodidade e visando não interferir negativamente nas rotinas do serviço. Foi aplicada a cinco RN, acompanhados pelas suas mães, foi proporcionado um ambiente calmo e aquecido, usamos um óleo de sésamo biológico e prensado a frio, numa fase inicia projetou-se um vídeo mostrando a técnica, em seguida foi proposta a iniciação á massagem, cada grupo de pais realizava a massagem ao seu RN. A sessão durou cerca de 50 minutos, sendo que a massagem em si decorreu ao longo de 30 minutos. Finda atividade todos os pais se mostraram felizes por terem

participado na atividade, quanto aos RN's todos estavam sossegados, três dormiam calmamente e dois mantinham-se em estado de vigília.

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

Findo todo este percurso, surge a necessidade de refletir sobre as situações experienciadas que, ao longo desta caminhada, nos permitiram um olhar retrospectivo sobre os conhecimentos previamente adquiridos ao longo destes dois anos de curso.

Como já anteriormente referido, a elaboração deste relatório procura descrever as atividades realizadas ao longo do estágio tendo por base as competências específicas do enfermeiro ESMO.

A procura de conhecimento para sustentar a prática clínica revelou-se uma constante para a elaboração do presente relatório e desenvolvimento de intervenções ao longo do estágio.

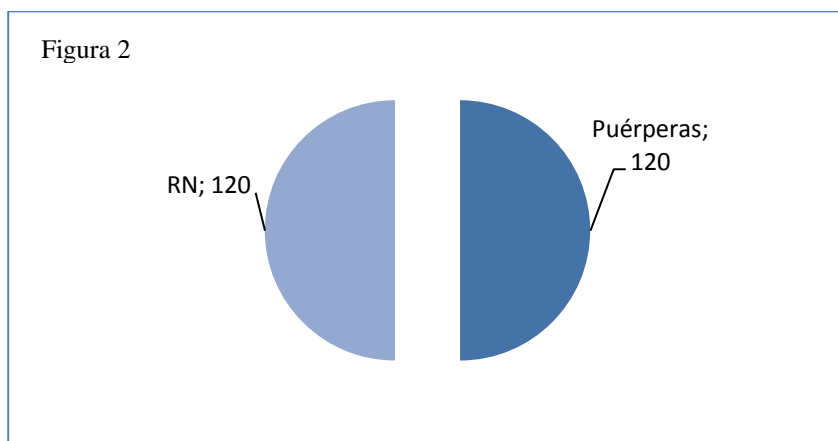
O enfermeiro especialista deverá ser o profissional capaz de demonstrar elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão. A definição de competências específicas, inerentes a cada área de especialidade, decorre do aprofundamento dos domínios de competências dos cuidados gerais. Dos domínios de competências comuns dos enfermeiros especialistas, seguimos as premissas mencionadas no Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (2010), a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A aquisição de competências específicas descritas na Lei 9/2009 da Assembleia da República do, e tendo por base os objetivos nela definidos para a obtenção do título de enfermeiro ESMO, consideramos que demos cumprimento às competências necessárias à prestação de cuidados especializados no âmbito da gravidez com complicações, trabalho de parto e pós-parto.

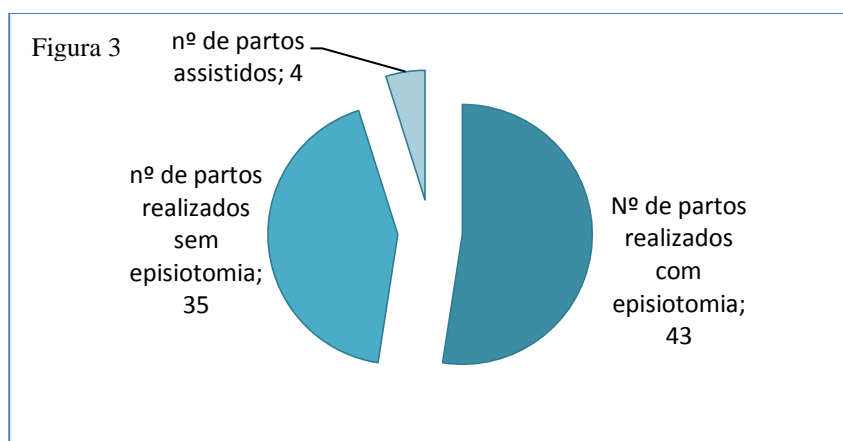
Desta forma, surge a importância de quantificar as experiências vivenciadas procurando dar cumprimento ao imposto pela referida Diretiva.

Por forma a facilitar a leitura do presente relatório, apresentamos de forma esquemática o exposto anteriormente.

Assim, a figura 1 representa o número de grávidas de risco às quais efetuamos vigilância, a figura 2 traduz o número de puérperas e RN, alvo dos nossos cuidados.



A realização dos partos eutócicos foi cumprida tal como representada na figura 3, ao encontro da descrição das atividades descritas no capítulo 2.



Fazendo uma análise retrospectiva quanto ao percurso desenvolvido ao longo do estágio, consideramos que prestamos cuidados à mulher nas diferentes fases do ciclo reprodutivo tendo como fundamento as competências específicas do enfermeiro ESMO.

A prestação de cuidados foi sustentada pela prática baseada na evidência, visando sempre a excelência nos cuidados prestados.

Ao longo do estágio, procuramos sempre envolver o convivente significativo e família como alvo dos nossos cuidados.

Verificamos que a mulher em trabalho de parto e parto desenvolve com o enfermeiro ESMO uma relação empática forte, traduzindo-se na maioria das vezes em confiança.

Numa fase inicial, a integração na equipa de enfermagem, nomeadamente do bloco de partos, revelou-se um desafio na medida em que a inclusão de um novo elemento acarreta algumas alterações de funcionamento, todavia, com o desenrolar do estágio, conseguimos estabelecer com todos os elementos uma relação empática e de amizade, permitindo-nos crescer em plenitude enquanto estudante e pessoa.

Para o desenvolvimento do terceiro capítulo do presente relatório, mobilizamos os conhecimentos apreendidos, nomeadamente na área da investigação em enfermagem e problematizamos uma temática que nos pareceu de interesse para a área de intervenção do enfermeiro ESMO, produzindo uma revisão integrativa da literatura na procura constante da excelência dos cuidados de enfermagem.

Relembramos que a problemática em estudo foi sobre a manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto. Assim, da nossa experiência no bloco de parto verificamos que a aplicação da técnica em estudo ocorreu em sete partos eutócicos estando associada a esforços expulsivos maternos ineficazes ou estado fetal não tranquilizador. No entanto, a revisão integrativa realizada revelou que a manobra de Kristeller não encurta o segundo período de trabalho de parto. Não se verifica qualquer benefício materno ou fetal. Quanto aos riscos maternos associados, julga-se que a técnica conduz à aplicação de um maior número de partos distócicos por ventosas o que potencia o aumento das taxas de episiotomia e lacerações perineais severas, quanto aos riscos para o feto, destacamos, lacerações, cefalohematomas e fraturas da clavícula e crânio.

De modo geral, tendo por base os objetivos previamente definidos podemos afirmar que todos foram cumpridos e que as competências específicas do enfermeiro

ESMO foram atingidas. Pensamos que a nossa postura enquanto estudante facilitou todo o processo de aprendizagem

4. OS EFEITOS DA MANOBRA DE KRISTELLER NO SEGUNDO PERÍODO DE TRABALHO DE PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.

Ao longo do percurso de aprendizagem desenvolvido no bloco de partos (trabalho de parto e parto), verificamos frequentemente o uso da manobra de Kristeller comumente denominado de "toco-braçal". Não sendo uma técnica descrita na literatura e não sendo ministrada ao longo do curso, sentimos necessidade de explorar esta temática e aprofundar conhecimentos.

Assim, elaboramos uma revisão integrativa da literatura acerca de uma área de interesse ou problemática dos cuidados especializados do enfermeiro ESMO, por forma a mobilizar conhecimentos e suporte à prática baseada na evidência e desenvolver competências na área da investigação. Procuramos perceber quais os efeitos e os riscos materno-fetais inerentes da manobra de Kristeller ou pressão do fundo uterino no segundo período do trabalho de parto.

Para tal, foi realizada uma revisão integrativa da literatura de estudos sobre esta problemática, indexados nas diferentes bases de dados de saúde entre janeiro de 2008 a junho de 2012.

A partir da análise dos dados, concluímos que os estudos apontam que a manobra de Kristeller ou pressão do fundo uterino constitui uma controvérsia, pois a não documentação desta prática dificulta a sua associação a fatores de risco. De um modo geral, a manobra de Kristeller não encurta o segundo período de trabalho de parto, mas leva ao aumento de taxas de episiotomia e lacerações perineais severas. No que se refere a disfunções pélvicas, esta manobra não afeta significativamente o seu aparecimento, todavia aumenta a dispareunia e dor perineal no período pós-parto.

No feto os resultados da manobra de Kristeller são referenciados apenas por dois autores que apontam para cefalohematomas, fraturas do crânio e da clavícula.

Desta revisão, verificamos que a aplicação da manobra de Kristeller é efetuada essencialmente com o objetivo de encurtar o segundo período de trabalho de parto.

Os resultados apontam para a importância da ponderação dos profissionais de saúde aquando da utilização desta técnica, tendo em conta que a pressão exercida não é mensurável e não existe evidência científica suficientemente abrangente que permita concluir os riscos materno-fetais inerentes desta prática.

4.1. Introdução ao problema.

A manobra de Kristeller foi explicada pela primeira vez em 1867, consiste na aplicação de uma força externa com as mãos geralmente de um obstetra ou parteira no fundo do útero, aplicando uma pressão concomitantemente com as contrações uterinas, com objetivo de empurrar a apresentação fetal no canal de parto quando os esforços maternos se revelam insuficientes (Díaz, 2011).

Esta prática não é inofensiva e verifica-se que é utilizada com alguma facilidade pelos profissionais que assistem a mulher em trabalho de parto. A falta de registos documentando esta técnica constituem um fator impeditivo quando se pretende associar as vertentes causa-efeito.

O encurtamento do segundo período de trabalho de parto parece ser o principal fator apontado à utilização da manobra de Kristeller, no entanto, tendo por base as evidências consultadas, os autores referem que não existem diferenças significativas no tempo do segundo período de trabalho de parto com a manobra de Kristeller (Matsuo et al., 2009; Api et al., 2009; Mahendru, 2010).

Outros fatores frequentemente referidos para aplicação desta técnica são a ajuda na fase final do período expulsivo. Matsuo, et. al, (2009), SEGO (2008 cit. por Díaz, 2011) refere que deverá ser executada apenas para auxiliar a saída da cabeça fetal quando esta já se encontra a coroar e nunca para ajudar na descida da apresentação. Kentucky Board of Nursing (2007 cit. por Díaz, 2011) refere que o recurso à manobra de Kristeller poderá ser utilizado para auxiliar a colocação de eletrodo de monitorização interna, amniotomia ou quando a cabeça fetal não está ainda encaixada.

Os resultados dos estudos efetuados por (Api, et. al, 2009) e (Sartore et. al, 2012) referem o recurso à manobra de Kristeller, quando se verifica o estado fetal não tranquilizador, falha na progressão da apresentação e esforços maternos ineficazes por exaustão da parturiente. Ora, tendo por base o anteriormente mencionado e sabendo que dos estudos em análise apenas os partos vaginais foram considerados, será a manobra de Kristeller um tipo de instrumentação do parto? (Matsuo, et. al, 2009).

Tal como o referido inicialmente, a manobra de Kristeller não é considerada por muitos autores como uma prática inofensiva, assim (Api, et. al, 2009) afirmam que existem diversos relatórios nos quais são evidenciadas as complicações materno-fetais inerentes à manobra de Kristeller como, ruturas uterinas, lacerações maternas graves incluindo do esfíncter anal, fraturas fetais, danos cerebrais, ferimentos da coluna vertebral entre outros diagnósticos que, segundo os autores, não podem ser relatados por implicações médico-legais.

Dos estudos em análise, os risco apontados inerentes à manobra de Kristeller são o aumento do risco de lacerações perineais severas, associada à aplicação de ventosa e, conseqüentemente, o aumento das taxas de episiotomia, o que numa fase mais avançada justifica as queixas maternas quanto à dor perineal e à dispareunia (Sartore, et. al, 2012).

4.2. Método

Este trabalho constitui um estudo de abordagem qualitativa para a identificação de artigos sobre a questão: - Quais os efeitos e riscos materno-fetais inerentes à manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto?

Para tal, foi adotada a revisão integrativa da literatura, pois permite a inclusão de metodologias diversificadas e tem potencial para desempenhar um papel importante na prática baseada na evidência para a Enfermagem. Os enfermeiros procuram constantemente a melhoria dos cuidados aos seus pacientes sendo, desta forma, encorajados à realização de pesquisas, no sentido de obter resposta aos problemas identificados Lobiondo-Wood (2006 cit. por Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

A revisão integrativa é um dos métodos de pesquisa mais utilizados na prática baseada na evidência, tendo por base um problema de partida, este contribui para o aprofundamento dos conhecimentos e caracteriza-se por agrupar e condensar os resultados da pesquisa de forma sistemática e ordenada Roman e Friendler (1998 cit. por Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

Existem diversas formas de se realizar a revisão integrativa da literatura, estando cada uma delas bem definida, contudo diferentes autores adotam formas distintas de subdivisão do processo de elaboração da revisão integrativa. Resumidamente, guiando-nos pelo exposto por Botelho, Cunha e Macedo (2011), definimos seis etapas, na primeira deverá formular-se uma pergunta de pesquisa de acordo com a problemática à qual pretendemos dar resposta, o passo seguinte será a definição dos descritores, ou

seja, as palavras-chave, da estratégia de pesquisa e as diferentes bases de dados a serem utilizadas. A segunda etapa será caracterizada pela seleção dos critérios de inclusão e exclusão, isto é, a pesquisa inicia-se geralmente de forma mais ampla especificando-se ao longo da mesma por forma a responder particularmente ao problema em estudo. A terceira etapa visa a identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, através da leitura do título, resumo, das palavras-chave e procurando a publicação integral do artigo, elaborando em seguida uma tabela com os estudos pré-selecionados. A quarta etapa define-se como a categorização dos estudos selecionados, isto é, sumarizar e documentar os dados relevantes recolhidos a partir dos diferentes artigos selecionados. A quinta etapa será a de análise e interpretação dos resultados. A sexta e última etapa será de apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

A partir do exposto evolui-se para a questão de partida da pesquisa: **Quais os efeitos materno-fetais da manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto?**

A estratégia de identificação de evidências existentes e seleção dos estudos foi a pesquisa de publicações indexadas nas bases de dados MEDLINE with full text, CINAHL PLUS with full text, COCHRANE database of systematic review, NICE e Academic search complete, desde janeiro de 2014 até Julho de 2014 através da plataforma EBSCO host.

Os critérios para a inclusão dos estudos englobam todos os artigos que abordam a temática em estudo, independentemente da paridade das parturientes, apresentados em texto integral (full text) disponíveis para análise, de revisão sistemática ou ensaios clínicos publicados nos idiomas português, francês, espanhol ou inglês, entre 2008 e 2014, que contivessem nos seus título ou resumos os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS) e suas combinações nos quatro idiomas mencionados: pressão no fundo do útero; segundo período de trabalho de parto; parto obstétrico. Os artigos excluídos foram aqueles que não contemplavam os critérios de inclusão mencionados.

Tendo em conta a questão de partida, esta procura dar resposta se uma intervenção específica (a manobra de Kristeller) provoca algum efeito (encurtamento do segundo período de trabalho de parto e complicações materno-fetais). Devem ser selecionados preferencialmente estudos que compararem dois grupos distintos, um no qual se verifique recurso a manobra de Kristeller e outro sem aplicação da técnica em

estudo, no entanto, dada a escassez de estudos, este aspecto não pode ser totalmente contemplado.

A revisão integrativa da literatura é considerada uma metodologia de grande aplicabilidade na prática clínica, dada a capacidade de síntese de conhecimento e resultados dos estudos. A prática baseada na evidência tem por base sistemas de classificação em hierarquias dependendo da abordagem metodológica realizada, desta forma Stedler et al., (1998 cit. por Souza, Michelly e Carvalho, 2010) propõem a seguinte análise: nível 1: evidências obtidas da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; nível 3: evidências de estudo quase-experimentais; nível 4: evidências de estudos descritivos (não experimentais) ou com abordagem qualitativa; nível 5: evidências provenientes de relato de caso ou de experiência; nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.

4.3. Resultados

Utilizando a estratégia anteriormente descrita, foram identificados nas diferentes bases de dados 27 artigos, dos quais 7 se encontravam repetidos, e 10 foram rejeitados pelo título ou resumo. Dos restantes, 3 foram rejeitados pela leitura integral, por não darem resposta à problemática em estudo.

Sintetizando, 7 artigos foram incluídos nesta revisão da literatura, dos quais 6 são artigos originais e 1 de revisão sistemática da literatura.

Na tabela 1, é realizada a análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa, especificando a informação referente ao seu nível de evidência, aos autores, ano de publicação, fonte, país, objetivo do estudo, abordagem metodológica, resultados e conclusões utilizadas pelos autores.

Tabela 1: Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa

Autor Ano	Publicação País	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões	Nível de evidência
Matsuo K. et al. , (2009)	Arch Gynec Obstet Japão	Identificar os fatores propensos do uso da pressão do fundo uterino no segundo período de trabalho de parto e avaliar os resultados obstétricos.	Observacional não aleatório Inclusão de 661 parturientes, submetidas a partos vaginais decorridos entre 1 de janeiro de 2005 a 30 de abril de 2006, foram estudadas as variáveis, maternas, neonatais e obstétricas àquelas que foi aplicada pressão do fundo uterino.	Das 661 parturientes submetidas a parto vaginal, em 39 (5,9%) foi executada pressão do fundo uterino, destas, 30 eram primíparas o aumento de peso durante a gravidez rondou os 11,16 Kg, e a duração de trabalho de parto máxima foi de 922,3 minutos, estes eram fatores propensos à aplicação da pressão do fundo uterino. Verificaram ainda, nas parturientes submetidas a pressão do fundo uterino: 1 caso de distocia de ombros, 76,9% de episiotomias e 41% de partos distócicos por ventosa.	A aplicação da pressão no fundo uterino durante o segundo período de trabalho de parto aumenta o risco de lacerações perineais severas sendo relatadas em 28,1% das parturientes submetidas a esta técnica.	III
Díaz CR (2011)	Revista Matronas Profession Málaga	Avaliar se a manobra de Kristeller, é mais segura em termos de riscos para o feto do que os partos instrumentados e se encurta o período expulsivo.	Revisão sistemática da literatura Pesquisa sistemática, tendo obtido 76 artigos científicos dos quais 34 foram eliminados por não ir de encontro ao objetivo do estudo.	Os diferentes estudos incluídos nesta revisão indicam que: a manobra de Kristeller está indicada (SEGO), para ajudar a extração da cabeça fetal quando esta está a coroar; não encurta a duração do trabalho de parto; aumenta a incidência de episiotomia e parto instrumentado. Não são relatadas lesões fetais, quanto aos riscos maternos são relatados casos pontuais de inversão uterina e distocia de ombros.	A falta de registos aquando da realização da técnica dificultam a associação a possíveis complicações, no entanto, poderá ser aplicada como ajuda à saída da cabeça fetal quando esta já se encontra a coroar.	I

Sartore et al., (2012)	Arch Gynec Obstet Itália	Avaliar o papel da pressão do fundo uterino (Manobra de Kristeller) durante o segundo período de trabalho de parto relativamente às disfunções pélvicas (incontinência urinária e anal, prolapso genital diminuição da força dos músculos do assoalho pélvico).	<p>Estudo comparativo retrospectivo</p> <p>Foram inquiridas 522 mulheres 3 meses após parto vaginal, e divididas em dois grupos: grupo A, 297 mulheres submetidas a manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto e grupo B, 225 sem a manobra de Kristeller. As participantes foram questionadas quanto a queixas genito-urinárias e efetuados testes de urofluxometria e perineometria vaginal.</p>	A episiotomia média lateral, a dispareunia e a dor perineal eram significativamente mais elevadas no grupo A (com a manobra de Kristeller), visto que a incontinência urinária e anal, o prolapso genital e a diminuição da força dos músculos do assoalho pélvico não eram significativos entre os dois grupos.	A manobra de Kristeller, não modifica a função pélvica, mas aumenta a taxa de episiotomias.	III
Api O. et al., (2009)	Acta Obstetricia e Gynecologia Turquia	Determinar o efeito da aplicação da pressão do fundo uterino para encurtar o segundo período de trabalho de parto.	<p>Estudo controlado Randomizado</p> <p>Distribuição aleatória em grupos com ou sem aplicação de pressão do fundo uterino durante o segundo período de trabalho de parto. Medidas principais de resultado a duração de segundo período de trabalho de parto e medidas secundárias de resultado o pH, HCO₃ da artéria umbilical, valores de</p>	Não se verificou nenhuma diferença significativa na duração média do segundo período de trabalho de parto e quanto aos resultados das medidas secundárias exceto para a média de pO ₂ que era mais baixa e a média de p CO ₂ a qual se verificou ser mais elevada no grupo submetido a pressão do fundo uterino.	A aplicação da pressão do fundo uterino não é eficaz para encurtar o segundo período de trabalho de parto.	II

			pO2 e pCO2 e taxa de partos instrumentados, morbidade materna, trauma neonatal, admissão em UCIN e morte neonatal.			
Peyman A, Shishegar F, Abbasi Z. (2011)	Jornal of basic and applied Scientific Research Irão	Encontrar a percentagem de mulheres grávidas que recorreram ao hospital e foram submetidas a pressão do fundo uterino, para determinar o tempo do segundo período de trabalho de parto e complicações neonatais inerentes.	Estudo controlado Randomizado Inclusão de 2631 mulheres grávidas com idades gestacionais 38-42 semanas, submetidas a parto vaginal de feto único e apresentação cefálica, desde 2005 a 2008. Foi aplicada pressão do fundo uterino a algumas das parturientes durante o segundo período de trabalho de parto, investigaram a frequência do uso da pressão do fundo uterino e a duração do segundo período de trabalho de parto.	A pressão do fundo uterino foi aplicada a 1171 parturientes, apontam para a diferenças na duração média do segundo período de trabalho de parto para as nulíparas. Havendo alguma evidência que o uso da técnica constituiu uma desvantagem para o feto.	A aplicação de pressão do fundo uterino é eficaz para encurtar o segundo período de trabalho de parto. Todavia o Apgar do RN ao nascimento era insatisfatório, assim no grupo de controlo 98,2% dos RN's apresentaram Apgar 8-10 ao primeiro minuto contra 69,9% no grupo em estudo. Ao 5º minuto cerca de 99,6% apresentaram Apgar 8-10 no grupo controlo contra 93,8% no grupo em estudo.	II
Dubravko H, Bobić MV, Hrgovic Z (2008)	Central European Journal of Medicine Berlin	Avaliação de possíveis complicações intraparto relacionadas com a manobra de Kristeller.	Estudo comparativo retrospectivo Foram recolhidos os dados de sete parturientes submetidas à manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto, que apresentassem complicações maternas ou	São relatados cinco casos de rutura uterina tratada por laparotomia e traclorrafia, um caso de rutura atípica no fundo do útero, três casos de rutura do istmo e um caso de rutura de cicatriz de cesariana anterior. Um caso complexo de rutura uterina ocorreu durante o de um RN de baixo	A manobra de Kisteller de deverá ser reservada para casos indicados, assim seguindo rigorosamente as regras profissionais para evitar litígios geralmente desnecessários e desagradável e experimentações forenses.	III

			fetais	<p>peso. Um caso, de fratura das costelas unilateral na décima e décima primeiro costela que se resolveu espontaneamente. Um caso de trauma peri-parto, possivelmente associado com ampla expressão foi observado nos recém-nascidos: hematoma cutâneo e subcutâneo na parte posterior com hemorragia adrenal unilateral traumática. Ambos os recém-nascidos foram monitorizados e tratados com sucesso sem outras complicações.</p>		
Mahendru R. (2010)	<p>Jornal Turkish-German Gynecological Association</p> <p>India</p>	<p>Avaliar os riscos e benefícios da aplicação da pressão no fundo uterino para encurtar o segundo período de trabalho de parto e análise dos resultados obstétricos.</p>	<p>Estudo piloto controlado e randomizado</p> <p>Inclusão de 209 grávidas primigestas entre as 37-40 semanas de gestação de feto único e apresentação cefálica admitidas em trabalho de parto. Foram distribuídas em dois grupos, grupo I (n=101) com aplicação de pressão do fundo uterino no segundo período de trabalho de parto e grupo II (n=108) sem aplicação de manobra do fundo uterino. As medidas principais de observação foram: a duração do segundo</p>	<p>Não se verificou diferenças significativas quanto à duração do segundo período de trabalho de parto nem relativamente às medidas de resultado secundárias. Foram relatados alguns efeitos adversos significativos não reportados na literatura, como retenção de placenta e prolapso uterino, exaustão materna e laceração perineal severa verificado no grupo I (com aplicação de pressão do fundo uterino).</p>	<p>A aplicação de pressão do fundo uterino não mostrou apenas ser ineficaz na redução do segundo período de trabalho de parto, como também aumentou os riscos maternos durante o parto, nomeadamente quanto ao aumento da taxa de episiotomia e retenção de placenta.</p>	II

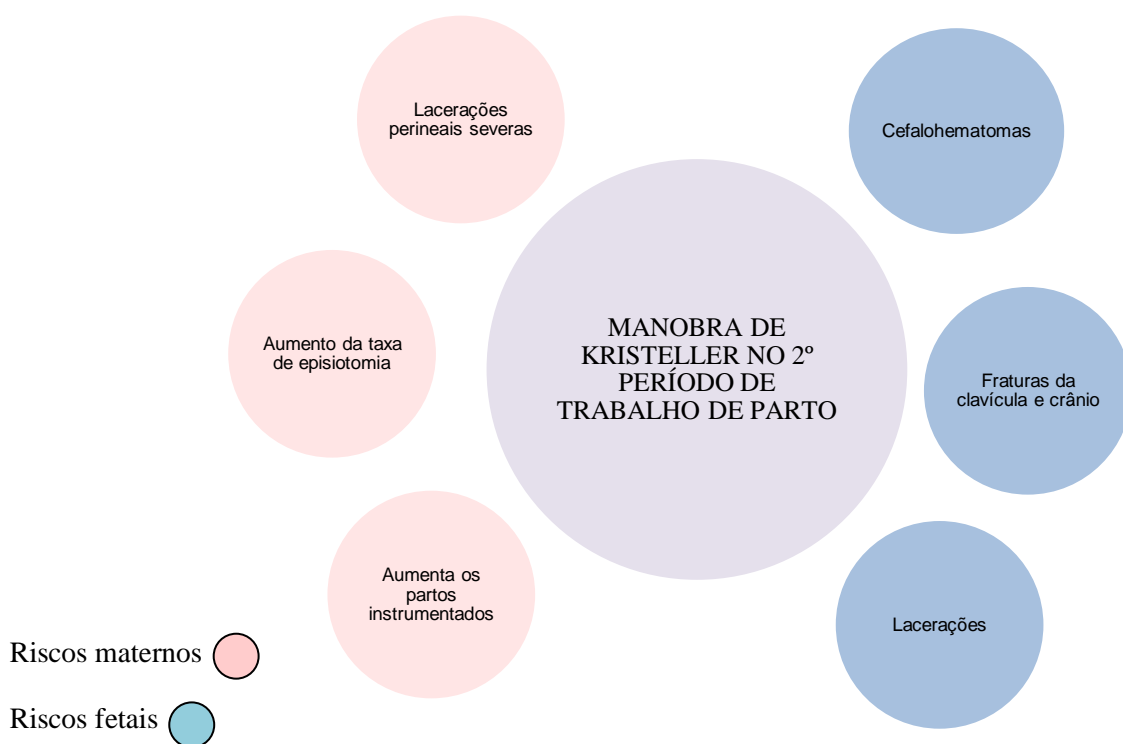
			período de trabalho de parto como resultado principal e como resultado secundário destacaram, morbidade e mortalidade materna, trauma neonatal, admissão de RN em UCIN e morte neonatal.			
--	--	--	--	--	--	--

Níveis de evidência: I: Revisão sistemática (com ou sem meta análise), II: ensaios aleatórios, III: estudo de coorte, IV: estudo de casos controlados, V: séries de casos, VI: estudo de caso ou opinião.

4.4 Discussão

Da análise dos diversos artigos em estudo, parece importante referir que a manobra de Kristeller é uma prática realizada em muitos hospitais com objetivo de acelerar o segundo período de trabalho de parto, esta técnica é ensinada de geração em geração sem qualquer fundamento teórico ou técnico. A pressão exercida e a duração da manobra não são medidas, o que não permite uma análise efetiva dos potenciais riscos aos quais poderá estar associada.

Figura 4- Complicações maternas e fetais inerentes à manobra de Kristeller



Verificamos que a manobra de Kristeller não acelera o segundo período de trabalho de parto, aliás, nalgumas situações, até parece ter efeito contrário.

O facto de não existir um registo efetivo aquando da utilização da manobra de Kristeller, dificulta as conclusões dos diferentes estudos, nesta linha de pensamento, ressaltamos que deveria haver por parte dos profissionais de saúde um registo na história clínica da parturiente, onde seria mencionado o motivo para a aplicação da técnica em estudo, o número de tentativas e a duração da pressão no fundo do útero, bem com as reações materno-fetais, o que desta forma potenciará conclusões.

Um estudo desenvolvido por Matsuo, et. al. (2009), com o objetivo de perceber o motivo para utilização da manobra de Kristeller e avaliar os riscos materno-fetais inerentes, refere que a manobra de Kristeller não encurta o segundo período de trabalho de parto, todavia parece estar associada a maior risco de lacerações perineais severas, aumento das taxas de episiotomias, pois encontra-se frequentemente associada à aplicação de ventosas. Todavia, esta prática de acordo com o autor não aumenta a perda sanguínea nem o risco de lacerações do colo uterino ou vaginais. O principal fator referido para aplicação da técnica foi ajudar na fase final do período expulsivo. O estudo concluiu que a técnica foi mais aplicada a mulheres primíparas e que apresentavam um maior ganho ponderal durante a gravidez. Os autores referem, ainda, que não encontram nenhuma explicação para o sucedido. Quanto aos fatores que a literatura considera potencialmente ligados à manobra de Kristeller, nomeadamente a rutura uterina, lacerações do esfíncter anal e lesões do plexo braquial no RN, nenhuma destas complicações foi observada. Apesar dos autores fazerem referência a um caso de inversão uterina e um caso de distocia de ombros, estes resultados foram observados no grupo de controlo, ou seja, aquele que não tinha sido sujeito à manobra de Kristeller.

Uma revisão da literatura publicada por Díaz, (2011) procurou esclarecer se a manobra de Kristeller era mais segura e eficaz do que a aplicação de um parto instrumentado, no entanto, os resultados não se mostraram concludentes, a falta de registos da técnica e estudos nesta área impossibilita as conclusões. Todavia, no que se refere à duração do segundo período de trabalho de parto, um guia da OMS e das autoridades de saúde Francesas referem que a aplicação da técnica se mostra efetiva quanto ao encurtamento do segundo período de trabalho de parto, por outro lado, dois outros estudo mencionados nesta revisão o de Berghella et. al, (2008 cit. por Díaz, 2011) e Api, et. al, (2009) não vão ao encontro desta ideia mencionando que não encurta de forma significativa o segundo período de trabalho de parto. No que se refere aos riscos associados à aplicação da técnica alguns estudos mencionados referem que os riscos são difíceis de quantificar Sympson e Knox (2001 cit. por Díaz, 2011) e outros como Garcia et al, (2006 cit. por Díaz, 2011) fazem referência a complicações associadas ao RN como cefalohematoma, lacerações, fraturas da clavícula e do crânio. O autor refere que ao encontro das recomendações da SEGO, a técnica só deverá ser aplicada para extração da cabeça fetal e nunca para ajudar na descida da apresentação. Desta forma, na perspetiva de resposta à questão de partida Cox et. al,(1999 cit. por

Díaz, 2011) e as autoridades de saúde francesas concluem que não evita o parto instrumentado.

Outro estudo desenvolvido por Sartore et. al, (2012) procurou analisar se as disfunções pélvicas como a incontinência urinária e anal, o prolapso genital e a diminuição da força da musculatura pélvica eram afetados após a manobra de Kristeller no decorrer do trabalho de parto. As conclusões revelam que a aplicação da técnica não encurta o segundo período de trabalho de parto, no entanto, aumenta a taxa de episiotomia (média lateral) aumentando também a dor perineal e a dispareunia relacionada com a episiotomia. Quanto aos fatores que levaram à aplicação da técnica, os autores referem o estado fetal não tranquilizador, falha na progressão da apresentação e esforços expulsivos ineficazes por exaustão materna. As conclusões apontam que não modifica significativamente as funções do assoalho pélvico, todavia um estudo desenvolvido por Mahendru, (2010), com objetivo de avaliar os riscos e benefícios da manobra de Kristeller, denuncia um caso de prolapso genital e um caso de retenção da placenta.

Outro estudo realizado por Api et. al, (2009) procurou relacionar a manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto e procurar riscos fetais inerentes nomeadamente através da oximetria da artéria umbilical imediatamente após o parto. Este revelou que a manobra de Kristeller não encurta o segundo período de trabalho de parto e que não se verificam diferenças significativas quanto aos valores das gasimetrias do sangue do cordão umbilical.

Peyman, Shishegar e Abbasi (2011), ao contrário do que tem sido verificado ao longo da análise dos diferentes artigos em estudo, concluem que a manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto o encurta significativamente, sendo benéfico para a parturiente na medida em que, segundo os autores, diminui a ansiedade e a dor na parturiente. Todavia, salvaguardamos que os motivos que levaram à aplicação da manobra de Kristeller não foram mencionados ao longo do estudo.

Apesar das evidências científicas serem escassas, não havendo estudos sobre as complicações materno-fetais inerentes da manobra de Kristeller, um estudo realizado por Habek, Bobić e Hrgović (2007) procurou descrever algumas complicações maternas e fetais, intrínsecas à manobra de Kristeller, assim quanto às complicações maternas destacam rutura uterina, fraturas das costelas, ruturas do istmo, rutura da histerorrafia da cesariana anterior e lacerações vaginais e do colo. Em termos de complicações fetais, os autores mencionam hematomas cutâneos e subcutâneos num RN macrossômico.

4.5. Conclusão da revisão integrativa

Esta revisão integrativa foi elaborada com objetivo de perceber quais os efeitos da manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto.

A partir da análise dos dados, constatamos que a maioria dos estudos não defendem a realização da manobra de Kristeller para encurtar o segundo período de trabalho de parto e todos são unânimes em afirmar que urge a realização de mais estudos sobre a problemática.

Em resposta à pergunta de partida, poderíamos de forma geral afirmar que a manobra de Kristeller não encurta o segundo período de trabalho de parto. Não se verifica qualquer benefício materno ou fetal. Quanto aos riscos maternos associados, julga-se que a técnica conduz à aplicação de um maior número de partos distócicos por ventosas o que potencia o aumento das taxas de episiotomia e lacerações perineais severas, quanto aos riscos para o feto, destacamos, lacerações, cefalohematomas e fraturas da clavícula e crânio.

Uma alternativa à aplicação não conduzida da manobra de Kristeller, será o uso de uma câmara ergonômica com pressão controlada, sincronizada com as contrações uterinas aplicando uma pressão de cerca de 80 a 150 mmHg durante cerca de trinta segundos, a frequência de insuflações é limitada a seis com intervalo mínimo de 10 minutos entre cada uma, assim, de acordo com Acanfora et. al, (2013), reduzirá a incidência da manobra de Kristeller, encurta o segundo período de trabalho de parto, diminui a taxa de partos distócicos por ventosa e cesarianas e reduz o risco de lacerações.

Da nossa experiência no decorrer do estágio, constatamos a aplicação da manobra de Kristeller em sete parturientes, todas sobre analgesia por via epidural, sem aplicação de ventosas, por estado fetal não tranquilizador e esforços expulsivos maternos ineficazes. As complicações que conseguimos verificar em termos maternos foi uma laceração severa do colo uterino numa parturiente, quanto aos riscos fetais não verificamos nenhuma alteração, todos os RN apresentaram índice de Apgar com valor de 9 ou 10 no primeiro minuto. cremos que adoção por parte da parturiente de diferentes posições durante o trabalho de parto poderiam ajudar à diminuição da manobra de Kristeller. Julgamos que seria importante a realização de mais estudos nesta área para permitir gerar conclusões maciças sobre o uso desta técnica.

CONCLUSÃO

Impõe-se neste momento, uma abordagem conclusiva relativa ao que foi abordado.

A área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia sempre se revelou uma área de predileção no que respeita ao nosso envolvimento pessoal e profissional. A decisão de integrar o curso de CPLEESMO ou MESMO sempre foi uma evidência e um objetivo de vida ao qual pretendíamos dar cumprimento. Todavia, a opção pelo MESMO e a potencialidade de expandir conhecimentos na área da investigação em enfermagem constituiu um desafio a superar.

Ao longo de toda esta experiência de dois anos de curso, pudemos contar com o apoio incondicional dos docentes da ESEP que sempre nos guiaram e apoiaram quando, por vezes, o cansaço já se fazia sentir.

Todos os momentos de aprendizagem fomentaram a tomada de decisão, neste estágio, bem como em todo o curso permitiram-nos além da aquisição de competências específicas enquanto futuros enfermeiros ESMO crescer pessoalmente e profissionalmente.

O grau académico de mestre em ESMO impõe uma elevada responsabilidade, pois além dos cuidados gerais da enfermagem também devemos ser o profissional mais competente para a prestação de cuidados à mulher nas diferentes fases do ciclo reprodutivo, constituindo este o alvo dos nossos cuidados.

A área da obstetrícia é vasta e, apesar de procurarmos para a redação do presente relatório expor detalhadamente todas as experiências vividas, acreditamos que, da transcrição, ficou muito por dizer.

No que refere aos objetivos inicialmente delineados para a elaboração deste relatório, concluímos que todos foram cumpridos, comprovando este facto através do relato detalhado neste relatório de todas as experiências e atividades desenvolvidas.

Quanto à revisão integrativa da literatura realizada, concluímos que a manobra de Kristeller não encurta o segundo período de trabalho de parto, que a

aplicação da técnica não é inócua e que apesar de existir pouca evidência científica sobre a temática, os autores referem alguns riscos associados nomeadamente ao aumento das taxas de episiotomia, ao aumento do risco de lacerações do períneo, e ao aumento da dor perineal e dispareunia num período pós-parto.

Assim, consideramos que a execução da técnica deverá ser devidamente ponderada e sugerimos ainda a elaboração de mais investigação sobre esta problemática.

A conclusão destes dois anos de curso conferiram-nos ferramentas para a prestação de cuidados específicos de excelência à mulher e RN e família. Os conhecimentos não são estáticos e sabemos que a procura de evidências científicas deverá ser uma constante ao longo de todo o nosso percurso profissional.

Referências bibliográficas

- AMORIM, M. et al. – Gastrosquise: Diagnostico pré-natal x prognóstico neonatal. *RBGO*. Vol 22. Nº4, 2000.
- BÁRCIA, S.; SÁ, E.- A importância do toque e da Massagem do Bebê... Alguns Apontamentos. In CARVALHO, José. – *Psicologia da Saúde – Contextos e áreas de Intervenção*. Lisboa: Climepsi Editora, p. 146-157, 2007.
- BENUTE, G. et al. – Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, culpa e depressão. *Revista de Associação Médica Brasileira*. Vol 55. nº 3, p. 322-327, 2009.
- BOTELHO, L.; CUNHA, C.; MACEDO, M. – O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. *Gestão e Sociedade*. Vol 55. Nº11, p. 121-130, 2011.
- BRANCO, A.; FEKETE, S.; RUGOLO, L. – O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido: uma revisão. *Revista Paulista Pediatria*, 2006.
- BRAZELTON, T. – *O Grande livro da Criança*. 11ª Edição. Lisboa: Editorial Presença, 2009.
- CRUZ, C.; CAROMANO, F. – Características das Técnicas de Massagem para Bebês. *Revista de Terapia Ocupacional* Vol 16. nº1, 2005.
- ENDERLE, C. et al. – Parto de adolescentes: elementos qualitativos da assistência. *Revista Escola de Enfermagem USP*. Vol 46. nº2, p. 287-294, 2011.
- ESEP – *Regulamento do Segundo Ciclo de Estudos*. Porto: s.n.,2010.
- FAME – *Iniciativa Parto Normal*. Loures: Lusoditdata, 2009.
- FIALHO, T. - O papel do Enfermeiro no Parto Humanizado. Viçosa: *EVATA/FAVAP*, 2008.
- FIGUEIREDO, B. –Massagem ao Bebê. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Vol 38. nº 1, 2007.
- FREITAS, J. et al. – Hipotensão Postural. Da Fisiopatologia à abordagem Terapêutica. *Rev Port Cardiol*. Vol 21. nº 5, p. 597-609, 2002.

- GRAÇA, LM. – *Medicina Materno-Fetal*. 4ª Edição. Lisboa: Lidel, 2010.
- KOMINSKY, F.; KIMURA, A. – Cólica Em Recém-Nascido e Lactente: revisão da literatura. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Vol 25 nº2, p. 147-56 agosto 2004.
- LEVENO, K. et al. – *Manual de Obstetrícia de Williams*. 21ª Edição. São Paulo: Artmed, 2005.
- LINKEVIEIUS, T. et al. – A Influência da Massagem Shantala no Sinais Vitais em Lactentes no Primeiro ano de vida. *Revista. Neurocienc*, 2012.
- LOPES, M. et al. – O uso de enteroclisma no preparo para o parto: Análise das suas Vantagens e Desvantagens. *Revista Latino Americana em Enfermagem*. Vol 9. nº6, p. 49-55, 2001.
- LOWDERMILK, D.; PERRY, S. – *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusoditdata, 2008.
- MAMEDE, F.; MAMEDE, M.; DOTTO, L. – Reflexões sobre a deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Vol 11. nº 2, p. 331-336, 2007.
- MARTINS, C.; GUEDES, R.; JOÃO, A. – Recém-Nascido de Mãe toxicodependente. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Vol 39. nº 3, p. 115-119, 2008.
- MENDES, K.; SILVEIRA, R.; GALVÃO, C. – Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto contexto Enferm*. 17(4): 758-64, 2008.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE – Routine postnatal care of women and their babies. *NICE clinical guideline37. Developed by the National Collaboring Centre for Primary care*, 2006.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. – *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010b.
- - *Regulamento de Competências Comuns ao Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010a.
- PARLAMENTO EUROPEU DO CONCELHO DA UNIÃO EUROPEIA – Diretiva 2005/36/CE – Reconhecimento das qualificações profissionais. *Jornal Oficial da União Europeia*. L255/p. 22, 2005.

- PORTO, A.; AMORIM, M.; SOUZA, A. – Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Revista Femina*. Vol 36 nº 10, p. 527-537, outubro 2010.
- – Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Revista Femina*. Vol 38. nº 11, p. 584-591, novembro 2010.
- REZENDE, J.; MONTENEGRO, CA. – *Obstetrícia Fundamental*. 12ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. – Abordagem Psicológica em Obstetrícia: Aspectos Emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista de Ciências Médicas*. Vol 12 nº 3, p. 261-268, (jul/ago 2003).
- SOARES, E. et al. – Remifentanil em analgesia para o Trabalho de Parto. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. Vol 60 nº3, p. 334-346, 2010.
- SOUZA, M.; SILVA, M.; CARVALHO, R. – Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 8 (1 pt 1): 102-6, 2010.
- SUNDSTRÖM, AK.; ROSÉN,D.; ROSÉN, K. – *Vigilância Fetal*. *Noventa Medical AB*. 2000.

Referências Bibliográficas dos Artigos Incluídos Na revisão Integrativa

- ACANFORA, L. et al. – An inflatable ergonomic 3- chamber fundal pressure belt to assist vaginal delivery. *Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics*. 120: 78-81, 2012.
- API, O. et al. – The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Ata Obstetricia et Gynecologica*. 88: 230-324, 2009.
- DÍAZ, C. – La Manobria de Krieteller: Revisión de las evidencias científica. *Matronas profesión*. 12 (3): 89-9, 2011.
- HABEK, D.; BOBIC, M.; HRGOVIC, Z. – Possible feto-maternal clinical risk of the Kristeller's expression. *Central European Journal of Medicine*. 3(2): 183-186, 2008.

- MAHENDRU, R. – Shortening the second stage of labor?. *J. Turkish-German Gynecol Assoc.* 11: 95-8, 2010.
- MATSUO, K. et al. – Use of uterine fundal pressure maneuver at vaginal delivery and risk of severe perineal laceration. *Arch Gynecol Obstet.* 280: 781-786, 2009.
- PEYMAN, A.; SHISHEGAR, F.; ABBASI, Z. – Uterine Fundal Pressure on the Duration of the Second Stage of Labor, in Iran: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Basic and Applied Scientific Research.* 1(11) 1930-1933, 2011.
- SARTORE, A. et al. – The effects of uterine fundal pressure (Kristeller maneuver) on pelvic floor function after vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet.* 286: 1135-1139, 2012.

Anexos

Anexo 1: Partos realizados e participados

Data	Parturientes		Partos executados		Partos assistidos	
	Risco	Normais	Com episiotomia	Sem episiotomia	Cefálicos	Pélvicos
07.12.2013		X		X		
12.12.2013		X	X			
12.12.2013		X			X	
13.12.2013		X	X			
13.12.2013		X	X			
13.12.2013		X		X		
18.12.2013		X		X		
18.12.2013					X	
20.12.2013		X	X			
20.12.2013		X		X		
20.12.2013		X	X			
22.12.2013		X	X			
11.01.2014		X	X			
11.01.2014		X	X			
13.01.2014		X		X		
13.01.2014			X			
17.01.2014				X		
17.01.2014				X		
17.01.2014				X		
17.01.2014				X		
19.01.2014				X		
20.01.2014			X			
21.01.2014			X			
23.01.2014			X			
23.01.2014			X			
23.01.2014			X			
24.01.2014				X		
24.01.2014					X	
25.01.2014				X		
27.01.2014			X			
29.01.2014				X		
29.01.2014			X			
29.01.2014			X			
29.01.2014					X	
29.01.2014					X	
31.01.2014				X		
05.02.2014				X		
05.02.2014			X			
10.02.2014			X			
10.02.2014			X			
12.02.2014			X			
16.02.2014			X			
18.02.2014			X			
18.02.2014				X		
22.02.2014				X		
22.02.2014				X		
22.02.2014				X		
22.02.2014				X		
25.02.2014				X		
25.02.2014			X			
25.02.2014				X		
25.02.2014			X			
26.02.2014			X			
26.02.2014	X			X		
28.02.2014			X			
01.03.2014			X			
02.03.2014				X		
05.03.2014				X		

06.03.2014			X			
06.03.2014			X			
07.03.2014			X			
19.03.2014			X			
20.03.2014				X		
20.03.2014			X			
20.03.2014				X		
22.03.2014				X		
22.03.2014				X		
31.03.2014			X			
31.03.2014			X			
10.04.2014				X		
11.04.2014			X			
14.04.2014				X		
14.04.2014				X		
14.04.2014				X		
17.04.2014			X			
17.04.2014				X		
19.04.2014			X			
19.04.2014			X			
19.04.2014				X		
19.04.2014			X			
24.04.2014			X			
01.05.2014	X		X			
01.05.2014				X		
09.05.2014			X			
TOTAL			43	39	5	0