ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

O impacto da manobra de Kristeller na saúde da mulher

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Joana Alexandra Camacho de Sousa

Porto, 2022

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

O IMPACTO DA MANOBRA DE KRISTELLER NA SAÚDE DA MULHER

THE IMPACT OF THE KRISTELLER MANEUVER ON WOMEN'S HEALTH

Relatório de estágio orientado pela Professora Doutora Alexandrina Cardoso e coorientado pela Professora Doutora Cândida Koch

Joana Alexandra Camacho de Sousa

Porto, 2022

Agradecimentos

À Professora Doutora Alexandrina Cardoso e à Professora Doutora Cândida Koch, agradeço toda a disponibilidade, motivação e exigência ao longos destes meses, que foram indispensáveis para o desfecho deste percurso.

Às minhas tutoras, agradeço toda a dedicação e apoio ao longo dos ensinos clínicos. Em especial, gostaria de agradecer à enfermeira Ângela Lages, pelo profissionalismo e rigor com que desempenha o seu papel e pela pessoa que é, um obrigado de coração.

Às minhas colegas de mestrado, que neste nosso percurso, muitas vezes atribulado, sempre nos apoiamos, festejando as vitórias umas das outras como se fossem nossas, culminado nesta amizade.

À minha melhor amiga, obrigada por todos os momentos juntas, foram eles que nos trouxeram até aqui. Obrigada por saber que posso sempre contar contigo.

À minha família, o meu núcleo duro, à minha mãe, às minhas irmãs, aos meus cunhados e aos meus sobrinhos, que mesmo longe, nunca deixaram de estar presentes e me apoiaram em todos os momentos. Obrigada por me demonstrarem o significado de amor incondicional, acreditarem em mim e me incentivarem a seguir os meus sonhos. Tudo aquilo que sou devo a vocês.

Ao Bruno, o meu exemplo de perseverança, empenho e dedicação, um obrigado não é suficiente. Espero que continuemos, lado a lado, a lutar por aquilo em que acreditamos e sonhamos.

Às famílias que tive o prazer de conhecer e cuidar, o meu obrigada.

Abreviaturas | Siglas | Acrónimos

ACOG- American College of Obstetricians and Gynecologists

APPT- Ameaça de Parto Pré-Termo

CMIN- Centro Materno Infantil do Norte

CPP- Contacto Pele a Pele

CTG- Cardiotocografia

DGS- Direção Geral de Saúde

EEESMO- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FCF- Frequência Cardíaca Fetal

IB- Índice de Bishop

ICN- International Council of Nurses

ITP- Indução do Trabalho de Parto

OE- Ordem dos Enfermeiros

PCEA- Patient-Controlled Epidural Analgesia

PE- Pré-Eclâmpsia

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RCIU- Restrição de Crescimento Intra-uterino

RPM- Rotura Prematura de Membranas

RPMPT- Rotura Prematura de Membranas Pré-termo

TIG- Técnica de Imaginação Guiada

TP- Trabalho de Parto

UNICEF- United Nations International Children's Emergency Fund

Resumo

O presente relatório é uma componente do estágio de natureza profissional com relatório final, integrante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. No relatório encontram-se explanados os diagnósticos, intervenções e atividades desenvolvidas nos diversos contextos clínicos, nomeadamente, na gravidez com complicações, no trabalho de parto e parto, e no pós-parto, concretizados no Centro Materno e Infantil do Norte.

Decorrente da assistência durante o trabalho de parto, observamos que muitas vezes os profissionais recorriam à realização de pressão no fundo uterino, também designada de manobra de Kristeller, sendo esta uma prática que não se encontra recomendada. Assim, decidimos explorar qual a repercussão da manobra de Kristeller na saúde da mulher. Para tal, optamos por realizar uma revisão integrativa da literatura. Da análise dos artigos, foram elencadas cinco categorias, nomeadamente, as características da realização da manobra de Kristeller; os fatores de vulnerabilidade; a repercussão da manobra de Kristeller na saúde da mulher; a repercussão da manobra de Kristeller na experiência de parto e por fim, a perspetiva dos profissionais acerca da manobra de Kristeller. Podemos concluir que, a manobra de Kristeller se encontra associada a inúmeras consequências na mulher, particularmente, maior perda vaginal durante e após o parto, maior incidência de lacerações de primeiro e segundo grau, maior risco de lesão do músculo elevador do ânus, dor e ainda impacto negativo na experiência de parto. Além disso, podemos constatar que esta prática se encontra associada à concretização de outras intervenções obstétricas, como por exemplo, amniotomia, indução de trabalho de parto e episiotomia.

Palavras-chave: manobra de kristeller; parto por via vaginal; saúde da mulher; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Abstract

This report is a component of the internship of a professional nature with a final report, part of the Master's Course in Maternal and Obstetric Health Nursing. The report explains the diagnoses, interventions and activities carried out in the different clinical contexts, namely, in pregnancy with complications, in labor and delivery, and in the postpartum period, carried out at the Centro Materno e Infantil do Norte.

As a result of assistance during labor, we observed that professionals often resorted to pressure on the uterine fundus, also known as the Kristeller maneuver, which is a practice that is not recommended. Thus, we decided to explore the impact of Kristeller's maneuver on women's health. To this end, we chose to carry out an integrative literature review. From the analysis of the articles, five categories were listed, namely, the characteristics of performing the Kristeller maneuver; vulnerability factors; the repercussion of Kristeller's maneuver on women's health; the repercussion of the Kristeller maneuver on the childbirth experience and, finally, the professionals' perspective on the Kristeller maneuver. We can conclude that the Kristeller maneuver is associated with numerous consequences for women, particularly, greater vaginal loss during and after delivery, greater incidence of first and second-degree lacerations, greater risk of injury to the levator ani muscle, pain, and even negative impact on the birth experience. In addition, we can see that this practice is associated with the implementation of other obstetric interventions, such as amniotomy, induction of labor and episiotomy.

Key-words: Kristeller's maneuver; vaginal delivery; women's health; Nurse-Midwifery.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 17

CAPÍTULO I - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE GRÁVIDAS DE RISCO 19

1. Contextos do desenvolvimento de competências no âmbito da gravidez com complicações 19

1.1. Atividades inerentes à vigilância do bem-estar materno-fetal.....21

1.2. A transição saúde/doença: lidar com o processo de hospitalização na grávida com o diagnóstico de rotura prematura de membranas pré-termo.....25

1.3. Promoção de uma transição saudável face às consequências de rotura prematura de membranas pré-termo: focos/diagnósticos e intervenções de enfermagem.....27

CAPÍTULO II- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS 30

2. Contextos do desenvolvimento de competências no âmbito do trabalho de parto: LOCAL.....31

2.1. O meu posicionamento/olhar face ao trabalho de parto e a uma experiência significativa para a parturiente 32

2.2. Intervenções resultantes de prescrição face ao trabalho de parto 33

2.3. Primeiro estádio do trabalho de parto.....36

2.4. Segundo estádio do trabalho de parto 42

2.5. Terceiro estádio do trabalho de parto 45

2.6. Revisão da literatura: impacto da manobra de Kristeller na saúde da mulher 48

2.6.1. Problemática 48

2.6.2. Procedimentos metodológicos 48

2.6.3. Estratégia de pesquisa utilizada e de identificação dos estudos 50

2.6.4. Métodos de extração e seleção dos estudos 51

2.6.5. Apresentação dos resultados 52

2.6.6. Discussão dos resultados 54

- Características da realização da manobra de Kristeller 54

- Fatores de vulnerabilidade 57

- Repercussão da manobra de Kristeller na saúde física da mulher 57

- Repercussão da manobra de Kristeller na experiência de parto 59

- Perspetiva dos profissionais acerca da manobra de Kristeller 61

2.6.7. Conclusão 62

CAPÍTULO III- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE PUERPÉRIO 63

3. Contextos do desenvolvimento de competências no âmbito do pós-parto: LOCAL 64

3.1. A relevância do pai como parceiro de cuidados ao recém-nascido para uma transição saudável para a parentalidade 66

3.2. Avaliar a evolução da recuperação pós-parto 67

3.3. Avaliar a evolução do desenvolvimento infantil 69

3.4. Intervenções resultantes de prescrição 74

3.5. Promover a recuperação pós-parto: focos/diagnósticos e intervenções de enfermagem 76

3.6. Promover a adaptação à parentalidade: focos/diagnósticos e intervenções de enfermagem 78

CONCLUSÃO 91

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 93

Anexo 1- Análise dos artigos incluídos na revisão integrativa 113

Anexo 2- Níveis de Evidência da JBI 133

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- PARTOS EUTÓCICOS CONCRETIZADOS E ASSISTIDOS 32
QUADRO 2- DESCRIÇÃO DOS ELEMENTOS DA ESTRATÉGIA PCC 50
QUADRO 3- DESCRITORES EM SAÚDE 51
QUADRO 4- REGISTO DE EXPERIÊNCIAS 65

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1- DIAGNÓSTICOS E/OU COMPLICAÇÕES DECORRENTES DA GRAVIDEZ 21
GRÁFICO 2- INTEGRIDADE DO PERÍNEO (PARTOS EUTÓCICOS) 43

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS 53

INTRODUÇÃO

Este relatório é uma parte integrante do "Estágio de natureza profissional com relatório final" que se encontra inserido no plano de estudos do 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no ano letivo 2021/2022. Em consonância com o regulamento do segundo ciclo de estudos (2019), a componente de estágio tem como objetivo a integração do estudante no exercício da atividade profissional e ainda, o aprofundamento de competências clínicas diferenciadas, no que concerne aos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, de modo a alcançar mestria no desempenho do papel. A componente do relatório, visa descrever as competências desenvolvidas ao longo do ensino clínico, enfatizando as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), aliando assim a componente teórica, através da evidência, à prática clínica. Este curso visa também a obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), Regulamento n.º 391/2019, artigo nº 4 do Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019, o EEESMO possui diversas competências, nas quais salientamos: 1- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, 2- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e parto e 3- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

O EEESMO desempenha cuidados especializados, tendo no cerne do seu trabalho três fundamentos, designadamente, a prática baseada na evidência, a competência profissional e o respeito pelo cliente alvo dos cuidados (OE, 2021). A prática baseada na evidência, implica que a tomada de decisão clínica e os respetivos cuidados, tenham por base a melhor evidência disponível. Já a competência profissional, engloba um conjunto de aptidões o profissional deve apresentar, particularmente, capacidade técnica, responsabilidade pelos atos que pratica e um continuum desenvolvimento profissional. No respeito pelo cliente, responsabiliza o mesmo pela sua saúde, envolvendo-o nos cuidados e atuando como um agente promotor da sua autodeterminação (OE, 2021).

Assim, o EEESMO tem no seu âmago, a capacidade e, inerentemente, a responsabilidade, de praticar cuidados de qualidade, fomentando uma melhoria contínua nos cuidados prestados.

Ao longo do relatório foi efetuada uma análise paralela entre a teoria e as observações empíricas, tendo sido elencados diagnósticos, intervenções e atividades, de acordo com o International Council of Nurses (ICN, 2019). A constatação de algumas inconsistências entre ambas, promoveram uma reflexão crítica, tendo sido a mesma substancial para a melhoria dos cuidados prestados.

Posto isto, o relatório encontra-se dividido em três capítulos, que foram descritos por ordem cronológica. Assim, o primeiro capítulo contempla o contexto de desenvolvimento de competências no serviço de grávidas de risco; o segundo capítulo, aborda o trabalho de parto e parto e a revisão integrativa de literatura e o terceiro capítulo, é referente ao autocuidado no pós-parto e parentalidade.

CAPÍTULO I - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE GRÁVIDAS DE RISCO

Em consonância com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 2019), o EEESMO presta assistência à mulher durante o período pré-natal, no qual monitoriza e avalia a saúde materna e fetal. No contexto de patologia associada e/ou coexistente com a gravidez, implementa intervenções e colabora com a equipa multidisciplinar, com o intuito de maximizar e garantir o bem-estar materno-fetal.

A gravidez apresenta-se como um processo fisiológico, que desencadeia um conjunto de alterações corporais. Contudo, resulta também em mudanças psicológicas, emocionais e sociais que se refletem tanto na mulher como no homem (Cardoso, 2012). Face a estas mudanças, é crucial garantir o acesso a cuidados especializados em todas as suas fases, nomeadamente, período pré-concecional, gravidez, parto e puerpério, contribuindo para a melhoria dos desfechos maternos, fetais e neonatais (Nené et al., 2016).

Com o intuito de assegurar uma vigilância da gravidez individualizada às necessidades da díade mãe e filho, são avaliados e, se aplicável, identificados fatores de risco, que, posteriormente, permitem a estratificação da gravidez em diferentes graus. A avaliação do grau de risco é feita através da Tabela de Goodwin modificada, que avalia a história reprodutiva, a história obstétrica e a patologia associada, sendo atribuído um score e a gravidez classificada em baixo, médio e alto risco. A avaliação determina o local de vigilância da gravidez, respetivamente, os Cuidados de Saúde Primários no baixo risco, o Hospital de Apoio Perinatal no médio risco e por fim, o Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado no alto risco (Nené et al., 2016).

1. Contextos do desenvolvimento de competências no âmbito da gravidez com complicações

O contexto de desenvolvimento de competências decorreu no serviço de grávidas de risco do Centro Materno Infantil do Norte (CMIN) entre o dia 27 de abril e o dia 28 de junho de 2022 sob a supervisão de uma EEESMO, apresentando um total de 250 horas.

O serviço é composto pela ginecologia, grávidas de risco e unidade de vigilância de obstetrícia e ginecologia. O CMIN é um centro de referência na região norte, sendo classificado como Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, dispondo de uma unidade de neonatologia que presta assistência a grandes prematuros e recém-nascidos de muito baixo peso. Por esse motivo, diversas grávidas são encaminhadas de outros hospitais da região para serem internadas no serviço de grávidas de risco. Desta forma, foi possível prestar assistência a grávidas que apresentavam diferentes diagnósticos, possibilitando uma experiência mais diversificada e enriquecedora.

No decorrer do ensino clínico, foram acompanhadas 56 grávidas de risco. Destas, cinco apresentavam uma gravidez gemelar e uma vivenciava uma gravidez trigemelar. No que concerne ao tipo de conceção, oito grávidas recorreram a tratamentos de procriação medicamente assistida, tendo as restantes apresentado uma gravidez espontânea.

De salientar que, fatores como a gravidez pós procriação medicamente assistida e a presença de patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, podem acarretar riscos acrescidos na mulher e no feto e recém-nascido, tanto na gravidez como no período neonatal, requerendo uma maior vigilância.

Foram diversos os diagnósticos identificados nas grávidas que acompanhamos ao longo do ensino clínico, de modo a conseguirmos explanar a sua frequência, optamos por agrupar os diagnósticos de acordo com a sua etiologia. Deste modo, o diagnóstico de parto pré-termo engloba o Trabalho de Parto Pré-termo (TPPT) e Ameaça de Parto Pré-termo (APPT), que inclui também a Incompetência cervico-ístmica e o Encurtamento cervical; a patologia hipertensiva abrange a Pré-eclâmpsia (PE), a Subida tensional e a Hipertensão gestacional; as alterações do volume de líquido amniótico (LA), englobam o Anidrâmnios, o Oligoâmnios e a Rotura Prematura de Membranas Pré-Termo (RPMPT); a patologia fetal engloba a Restrição de Crescimento Intra-Uterino (RCIU) e a Taquicardia fetal; as patologias da gravidez aglomeram a Colestáse Intra-Hepática e a Diabetes Gestacional, em outros diagnósticos optamos por reunir as Metrorragias; a Vasa prévia; a Pielonefrite; o Lúpus descompensado; a Trombocitopenia; o Hematoma placentar e a Hipocalemia. O quadro abaixo expõe a frequência dos mesmos.

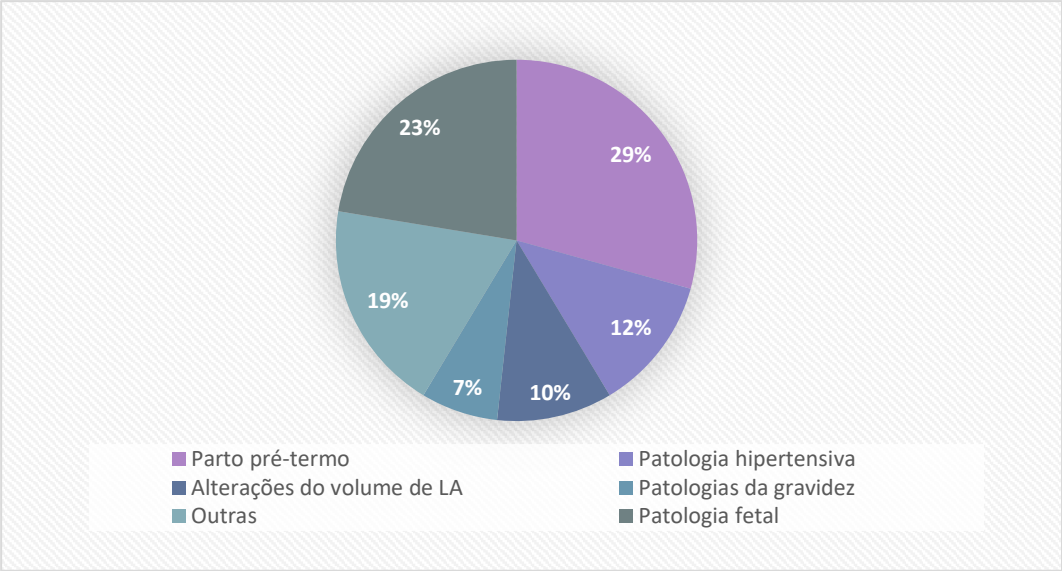

Gráfico 1- Diagnósticos e/ou complicações decorrentes da gravidez

1.1. Atividades inerentes à vigilância do bem-estar materno-fetal

O processo de hospitalização, consequente de uma gravidez com complicações, requer um conjunto de intervenções e atividades de vigilância com o intuito de monitorizar o bem-estar materno-fetal. Neste subcapítulo, serão explanadas algumas patologias e/ou complicações da gravidez, as respetivas intervenções e as atividades de vigilância.

O parto pré-termo pode ser definido como o trabalho de parto que se inicia antes das 37 semanas de gravidez e depois das 24 semanas de gestação. Esta condição clínica, comporta grande importância de aprofundamento, dado que é destacada como a principal causa de mortalidade perinatal no ocidente. Já a APPT, é verificada quando, antes das 37 semanas de gravidez, se constata a presença de contratilidade uterina regular, frequente e dolorosa, mas sem aparente modificação no colo (Graça, 2017).

As grávidas com o diagnóstico de APPT, de acordo com a idade gestacional, nomeadamente, entre as 24 e as 34 semanas, tanto nas gravidezes únicas como nas múltiplas, têm indicação para realizar corticoterapia (The International Federation of Gynecology and Obstetrics [FIGO], 2021). Todavia, se a idade gestacional for entre as 34 e as 37 semanas, deve ser avaliada individualmente a necessidade de administração de corticoterapia, uma vez que a

partir das 34 semanas, a maioria dos fetos já apresenta maturidade pulmonar. Mesmo nestes casos, esta deve ser restrita aos casos em que não tenha sido realizada anteriormente (Graça, 2017; FIGO, 2021).

A corticoterapia encontra-se associada a uma diminuição do risco de morte perinatal, neonatal e síndrome de dificuldade respiratória, apresentando assim efeito sobre a maturação pulmonar do feto, mas também sistema nervoso, gastrointestinal e cardiovascular (Graça, 2017; McGoldrick et al., 2020).

Os glucocorticoides utilizados para a maturação pulmonar são a betametasona e a dexametasona, sendo a sua eficácia idêntica (World Health Organization [WHO], 2015). No serviço, de acordo com o protocolo, eram administradas duas doses de 12 mg de betametasona via intramuscular, com 24 horas de intervalo.

Previamente à administração, as grávidas eram informadas dos possíveis efeitos secundários. No feto, pode ser percecionada pela mãe a diminuição dos movimentos fetais e observado na cardiotocografia (CTG) a diminuição da frequência cardíaca fetal, deixando de ser verificadas estas alterações entre três a sete dias. Já nas grávidas, um dos possíveis efeitos adversos é a subida da glicemia, devendo este aspeto, ser tido em consideração, sobretudo, nas grávidas diabéticas (Graça, 2017).

Em simultâneo com a realização do protocolo de corticoterapia, era preconizada a administração de tocolíticos. Os tocolíticos têm como intuito evitar que se desencadeie o parto pré-termo ou suspender a contratilidade uterina quando se encontra em curso (Graça, 2017). São diversos os fármacos com este efeito, encontrando-se protocolada a administração de nifedipina concomitante ao ciclo de corticoterapia, até o mesmo ser completado, sendo também este o fármaco de eleição da WHO (2015) e da *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2015).

A nifedipina pertence ao grupo dos bloqueadores dos canais de cálcio, inibindo a atividade contrátil das células do miométrio e apresentando poucos efeitos na condução cardíaca. A primeira dose administrada correspondia a 20 mg PO, seguidos de 10-20 mg a cada quatro a seis horas, sem ultrapassar os 120 mg/dia. Como possíveis efeitos adversos, destacamos as tonturas, as cefaleias e o edema periférico, associados à sua ação vasodilatadora (WHO, 2015; Graça, 2017).

O uso de tocolíticos não deve ser superior a 48 horas ou até o nascimento, dependendo de qual destas condições suceder primeiro, uma vez que, a utilização acima deste período, não é eficaz para prevenir o parto pré-termo (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2016).

Também a progesterona, é utilizada como agente tocolítico profilático em grávidas com alto risco de parto pré-termo pela presença de colo curto. Isto porque, a diminuição repentina nos níveis de progesterona em circulação, é uma das hipóteses sugeridas para o desenvolvimento do trabalho de parto (Graça, 2017). Na prática clínica encontrava-se recomendada a administração de 200mg de progesterona por via vaginal.

Além da gestão do regime medicamentoso, era monitorizado o bem-estar fetal através de CTG. A monitorização através de CTG é um método indireto utilizado para avaliar a Frequência Cardíaca Fetal (FCF) e a contratilidade uterina. A linha de base da FCF, é definido como o segmento médio mais estável (de preferência sem contrações uterinas) que se encontra situado entre os 110-160 bpm, sendo considerado bradicardia abaixo dos 110 bpm e taquicardia acima dos 160 bpm. A variabilidade (ou seja, as variações na FCF), é considerada normal se apresentar valores entre os cinco e os vinte e cinco bpm, apresentando-se como reduzida se abaixo dos cinco bpm e aumentada se acima dos 25 bpm. A aceleração é descrita como um incremento da FCF acima da linha de base superior a 15 bpm e com duração superior a 15 segundos, sendo as desacelerações descritas como diminuições da amplitude da linha de base superiores a 15 bpm e com duração superior a 15 segundos (FIGO, 2015).

De modo a padronizar os traçados, as diretrizes da FIGO (2015) propõe que estes sejam divididos em três grupos, designadamente, traçados normais, suspeitos e patológicos. O CTG normal apresenta FCF entre 110-160 bpm, variabilidade normal (≥5 e ≤ 25bpm) e ausência de desacelerações, não sendo obrigatório a presença de acelerações. Este tipo de traçado permite constatar bem-estar fetal, sendo baixa a probabilidade da existência de hipóxia e/ou acidose fetal (Graça, 2017). O traçado considerado como suspeito, apresenta variabilidade diminuída não relacionada a padrões periódicos, desacelerações variáveis ligeiras, moderadas ou graves esporádicas, com variabilidade normal da FCF; desacelerações tardias, por norma acompanhadas só por algumas contrações uterinas, com variabilidade normal da FCF; bradicardia fetal ligeira (100-110bpm); taquicardia fetal ligeira (160-180) (sem a presença de febre materna) e o padrão pseudossinusoidal, abrangendo assim todos os traçados que não são considerados normais nem patológicos (Graça, 2017). Por fim, o

traçado patológico apresenta FCF basal <100 bpm ou >180 bpm, variabilidade reduzida ou nula, padrões periódicos de mau prognóstico e engloba também as desacelerações tardias repetitivas ou variáveis graves e o padrão sinusoidal tipo I. Este tipo de traçado, pode ser identificado em fetos com alterações marcadas na oxigenação, disfunções graves do SNC, malformações congénitas graves, AVC, etc. (Graça, 2017).

No contexto da prática clínica, a monitorização com CTG era realizada durante 20 minutos se apresentasse um traçado classificado como normal, sendo aumentado este período se fossem averiguadas alterações no traçado, como por exemplo, a presença de desacelerações. Na leitura dos traçados, era ponderada a idade gestacional, o diagnóstico clínico de internamento, o período do dia, os estados comportamentais do feto e também a administração de fármacos (como por exemplo, corticoterapia).

A frequência de realização de CTG era decorrente de prescrição, no entanto, poderia ser concretizado em algum período adicional face à observação ou à comunicação por parte da grávida de alterações clínicas.

O repouso relativo no leito, ou seja, a limitação das atividades de vida diária, era por vezes indicado nas grávidas com este diagnóstico. Esta recomendação tinha como objetivo a melhoria da perfusão uteroplacentária e a diminuição da pressão sobre o colo (Graça, 2017). Contudo, não existem evidências que apoiem ou contraindiquem a realização de repouso, tanto em contexto de internamento como domiciliar (Sosa et al., 2015). Segundo Maloni (2011) o repouso no leito apresenta repercussões físicas e psicológicas na grávida. As consequências físicas destacadas são a perda de massa óssea, a perda de peso e o risco de eventos tromboembólicos, ao passo que, psicologicamente, o repouso pode desencadear sintomas de ansiedade, fadiga, *stress*, preocupação com o bem-estar fetal e isolamento.

Outra complicação da gravidez frequentemente observada era a restrição de crescimento intra-uterino. A RCIU, refere-se aos fetos que não conseguem atingir o seu potencial de crescimento e cuja estimativa de peso é inferior ao percentil 10 (McCowan et al., 2018). Muitas vezes, são erroneamente englobados neste diagnóstico os recém-nascidos leves para a idade gestacional, contudo, estes não apresentam verdadeiramente uma restrição. Os fatores que podem interferir com o crescimento fetal podem ser fetais, maternos ou placentários (Graça, 2017).

No concerne às intervenções prescritas nas grávidas com esta complicação, era realizado CTG e administrada corticoterapia (se tivessem indicação clínica). Algumas grávidas também

tinham indicação para realizar aspirina em baixas doses, sendo a mesma recomendada em mulheres com risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia uma vez que esta situação clínica se encontra fortemente associada ao risco de apresentar RCIU, porque pode levar a compromisso da circulação uteroplacentária (Graça, 2017; McCowan et al., 2018).

A gravidez *per se,* pode levar à ocorrência de hipertensão arterial, em mulheres previamente normotensas, ou agravar esta condição em mulheres hipertensas previamente à gravidez. Os valores de pressão arterial que levam ao diagnóstico de hipertensão na gravidez são a pressão arterial sistólica ≥ 140mmHg e/ou a pressão arterial diastólica ≥ 90mmHg (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2018).

Quando a estes valores tensionais se associa edema e/ou proteinúria, após as 20 semanas de gravidez, numa mulher anteriormente normotensa, estamos perante um quadro de PE. De salientar, que a presença de proteinúria não é um critério obrigatório para o diagnóstico desta complicação, uma vez que pode aparecer em grávidas que não apresentem valores significativos (Graça, 2017).

No ensino clínico, acompanhamos uma mulher grávida de gémeos, com este diagnóstico. Além da vigilância dos sinais vitais, nomeadamente, a avaliação da pressão arterial uma vez por turno, era monitorizada a presença de outros sinais e sintomas como epigastralgias, cefaleias, alterações visuais e vigiada a eliminação urinária (anúria ou oligúria) e o edema periférico. Também se encontrava preconizada a realização de CTG uma vez por turno, encontrando-se a administração de medicação anti-hipertensiva, restrita aos casos no qual os valores tensionais se apresentavam muito elevados, sendo a nifedipina o fármaco de eleição (Graça, 2017).

1.2. A transição saúde/doença: lidar com o processo de hospitalização na grávida com o diagnóstico de rotura prematura de membranas pré-termo

A transição é considerada um domínio da enfermagem quando as respostas à transição se manifestam em comportamentos relacionados com a saúde. A transição pode ser descrita como a passagem de uma condição/estado para o outro, ou seja, o período intermédio entre dois períodos estáveis, sendo espoletada por uma mudança no indivíduo ou no seu ambiente (Meleis, 2010).

A transição para maternidade pode ser definida como um evento *major* na vida da mulher. Fatores como o reconhecimento da necessidade de mudança, a procura de informação e de modelos com os quais se identifica, a restruturação de objetivos, comportamentos e responsabilidades, demonstra envolvimento no processo de mudança de identidade e de definição do novo papel. As transições podem ser facilitadas ou inibidas por fatores como as crenças culturais, o estatuto socioeconómico, a preparação para o novo papel e o conhecimento, sendo considerado uma transição do tipo desenvolvimental (Mercer, 2010).

No entanto, o aparecimento de uma patologia e/ou complicação na gravidez de evolução normal, no qual a mulher grávida passa de um estado saudável, para uma nova condição clínica, particularmente, uma doença, surge como um acontecimento crítico que afeta a mulher, mas concomitantemente, o companheiro e o respetivo núcleo familiar (Smorti et al., 2021).

Uma das grávidas acompanhada, tinha 48 anos, era primigesta, apresentava uma gravidez pós-FIV, tendo sido internada com o diagnóstico de RPMPT às 24 semanas e 3 dias.

A rotura prematura de membranas é descrita como a perda de líquido amniótico antes do início do trabalho de parto, já a rotura prematura de membranas pré-termo, refere-se à RPM antes das 37 semanas de gestação. Esta condição clínica assume-se como um dos motivos de parto pré-termo (Graça, 2017).

As intervenções concretizadas englobavam a monitorização dos sinais vitais, a vigilância do líquido amniótico e as respetivas características, nomeadamente, cor, cheiro e quantidade, sendo também indicada a administração de antibióticos profiláticos, profilaxia anticoagulante e corticoterapia (se não existissem sinais de infeção) (WHO, 2015; Graça, 2017).

Além das intervenções supracitadas, era realizada a auscultação da FCF uma vez por turno, sendo este o método de eleição de monitorização da FCF, atendendo que o feto apresentava uma idade gestacional precoce. De modo a facilitar a auscultação do foco, ou seja, o local onde a FCF é mais percetível, era solicitado à grávida que referisse onde sentia os movimentos fetais, sendo o foco o local contrário, uma vez que se localiza no dorso do feto.

Num dos turnos, a grávida solicitou ajuda porque visualizou perda de líquido de cor esverdeada, tendo o mesmo sido observado por nós enquanto equipa de enfermagem. De modo a monitorizar o bem-estar fetal foi realizado CTG e contactada a equipa médica a

comunicar esta alteração. O traçado apresentava a FCF dentro dos valores normais, sem a presença de desacelerações nem de contratilidade uterina, tendo sido mantida uma atitude expectante e mantidas as respetivas vigilâncias.

1.3. Promoção de uma transição saudável face às consequências de rotura prematura de membranas pré-termo: focos/diagnósticos e intervenções de enfermagem

Na gravidez, quando face a um diagnóstico de patologia e/ou complicação, se confirma a necessidade de internamento, parece existir uma maior vulnerabilidade para a ocorrência de mudanças psicológicas e emocionais. O internamento é considerado como uma situação geradora de *stress* e ansiedade para a grávida. Fatores como a incerteza associada ao diagnóstico, a mudança de ambiente e a separação física da família, são algumas das causas que podem espoletar este tipo de sensações na mulher (Smorti et al., 2021).

No caso clínico exposto anteriormente, o feto apresentava uma idade gestacional precoce aquando da admissão da grávida. Nesta idade gestacional, a incidência de RPTMPT é de um a três por cento, sendo o tempo de latência entre a rotura e o início do trabalho de parto inversamente proporcional à idade gestacional. Foi observado que, com a evolução da gravidez, a ansiedade materna e o *stress*, apresentaram uma tendência crescente (Graça, 2017).

Face a esta constatação, a gestão da ansiedade e do *stress* materno foram um foco da nossa atenção, de modo a promover o bem-estar materno e fetal. Isto porque, numa situação de *stress*, o sistema nervoso desencadeia uma resposta fisiológica, libertando catecolaminas. Estas apresentam um efeito vasoconstritor, resultando num aumento da pressão arterial e na diminuição da frequência cardíaca e do fluxo sanguíneo placentar (Jallo et al., 2013). Além destas consequências, é salientado na literatura que algumas patologias como a diabetes e a hipertensão arterial se encontram presentes em grávidas foram submetidas a situações de *stress.* No entanto, também apresentam repercussões no recém-nascido, uma vez que, a exposição a altos níveis de *stress* na vida intrauterina, pode desencadear parto pré-termo, dificuldades no desenvolvimento mental e menor capacidade de memória e de atenção do mesmo (Ferreira, 2018).

A ansiedade é definida pelo ICN (2019) como uma emoção negativa, que se traduz em sentimentos de ameaça, perigo e/ou angústia. De acordo com Furtado (2015), face à

identificação de um diagnóstico de ansiedade em grávidas internadas, poderá ser implementada a Técnica de Imaginação Guiada (TIG), uma vez que pode ajudar na diminuição da ansiedade.

A TIG, consiste numa técnica psicofisiológica, no qual a pessoa imagina e experiencia uma realidade interna, promovendo o relaxamento (Jallo et al., 2013). Também a descrição das experiências sensoriais associadas às imagens mentais, nomeadamente, as perceções auditivas, olfativas, gustativas e táteis, levam a um maior detalhe percetivo da experiência, repercutindo-se numa vivência mais realista (Nguyen & Brymer, 2018).

Foram identificados na literatura diversos estudos no qual foi analisada a aplicação desta técnica em mulheres grávidas. Um estudo realizado por Jallo et al. (2013), englobou 19 grávidas que se encontravam hospitalizadas, e avaliou o efeito da imaginação guiada realizada por gravação. Esta gravação era transmitida por CD, e as mulheres encorajadas a visualizar imagens agradáveis, como por exemplo, um jardim ou um arco-íris, recorrendo a experiências sensoriais e terminando com a audição de uma música. Este autor, verificou uma diminuição do *stress* e da pressão arterial sistólica nas grávidas, tendo também sido percecionado pelas mesmas uma maior sensação de calma, melhoria do sono, de cefaleias e de distúrbios gastrointestinais.

No estudo de Ventura et al. (2012), foram utilizadas três técnicas de relaxamento antes da realização de amniocentese, designadamente, a audição de música, a leitura de uma revista e socialização com um familiar e/ou amigo. Este estudo, concluiu que ouvir música relaxante antes de um procedimento, se refletia numa diminuição do cortisol plasmático e da ansiedade, no entanto, os autores fazem a ressalva de que a escolha da música deve ser individualizada uma vez que pode não ser unânime o gosto pela mesma.

Face ao diagnóstico de ansiedade e considerando os benefícios mencionados na literatura, aplicamos esta intervenção numa grávida com o diagnóstico descrito anteriormente. Uma vez que pode ser implementada com recurso a diversos métodos, optamos por basear a mesma no estudo de Serra et al. (2012), que avaliou o impacto da técnica de imaginação guiada em mulheres submetidas a radioterapia para o tratamento de uma doença oncológica. De salientar que, de modo a obter ganhos na implementação da intervenção, fatores como o local/ambiente, a duração e o período do dia, devem ser considerados.

O local/ambiente onde a intervenção se realiza deve ser um aspeto a considerar, dado que, em concordância com Jallo et al. (2013), na TIG, alguns fatores ambientais associados ao

contexto hospitalar podem interferir com a mesma. Destes, destacamos as interrupções devido ao telemóvel (receção de chamadas/mensagens), as interpolações por parte dos profissionais de saúde e o ruído associado ao equipamento hospitalar. Evidenciamos que, não só durante a implementação da intervenção, mas também noutros períodos do dia, as mulheres devem ser incentivadas a silenciar os telemóveis por períodos e os profissionais devem gerir as suas intervenções, de modo a evitar repetidas interrupções no período de relaxamento, particularmente, no período noturno.

A duração da intervenção é também salientada na literatura como um fator importante. Segundo Ventura et al. (2012), quando realizada no hospital, a intervenção deve durar cerca de 30 minutos, evitando assim possíveis interrupções e/ou constrangimentos associados a este ambiente.

O mesmo estudo sugere que o período do dia mais adequado para a concretização da intervenção é a manhã, uma vez que, foram verificados menores níveis de cortisol no grupo onde a intervenção tinha sido aplicada neste período.

Numa primeira fase a grávida era incentivada a focar-se na respiração torácica e posteriormente, a passar para uma respiração mais abdominal. Depois, era incitada a visualizar um local que transmitisse calma e tranquilidade, sendo solicitado que, em simultâneo, se concentrasse e descrevesse as componentes sensoriais do espaço, de modo a permitir que a imagem visualizada fosse mais real e promover uma maior concentração.

A capacitação e promoção de conhecimento acerca desta técnica, tem como intuito ajudar a grávida, para que numa situação geradora de ansiedade, possa utilizar este recurso interno e fomentar uma melhoria do seu bem-estar e do seu filho.

Posto isto, atendendo que a TIG poderá apresentar benefícios na redução da ansiedade nas grávidas internadas, seria vantajosa a sua aplicação como uma das intervenções do EEESMO no contexto de internamento (Furtado, 2015).

CAPÍTULO II- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS

De acordo com a OE (2019), o EEESMO tem como função no trabalho de parto, prestar cuidados à mulher com patologia associada e/ou simultânea com a gravidez, facilitar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina e diagnosticar e prevenir complicações na mulher e recém-nascido (Regulamento n.º 391/2019).

O parto pode ser descrito como o término da gravidez para a mulher e o início da vida extrauterina para o recém-nascido. Este desenvolve-se através de uma sequência de acontecimentos, que se traduzem genericamente em contrações uterinas regulares, dilatação do colo do útero, progressão da apresentação e, consequentemente, saída do feto (Graça, 2017).

O Trabalho de Parto (TP) encontra-se dividido em três estádios. O primeiro estádio, a fase de dilatação, engloba a fase latente e a fase ativa, iniciando-se esta última entre os 4-6 cm de dilatação (ACOG, 2014; Direção Geral de Saúde [DGS], 2014; WHO, 2018). Este estádio, caracteriza-se por contrações uterinas rítmicas e regulares e termina com a dilatação completa do colo (10 cm). O segundo estádio, o período expulsivo, inicia-se com a dilatação completa do colo e termina com a expulsão do feto, sendo a sua duração diferente de mulher para mulher (WHO, 2018). Por fim, o terceiro estádio, a dequitadura, começa com a saída do feto e finaliza-se com a expulsão da placenta (Graça, 2017).

Posto isto, neste contexto, e de acordo com a WHO (2018), deverá ser preconizado um modelo de cuidados em que o EEESMO trabalha em parceria com a mulher, colocando a mesma no centro dos cuidados. Assim, neste modelo, a premissa assenta em cuidados individualizados, que respeitam as necessidades da mulher, incitando o seu empoderamento e envolvimento na tomada de decisão, permitindo uma experiência de parto positiva. De modo a possibilitar esta experiência, devem ser considerados os seus valores, crenças, desejos e respetiva pessoa significativa, respeitando assim as expectativas associadas ao trabalho de parto e nascimento do seu filho (OE, 2021).

2. Contextos do desenvolvimento de competências no âmbito do trabalho de parto: LOCAL

O contexto de desenvolvimento de competências decorreu no serviço do núcleo de partos do CMIN entre o dia 17 de setembro de 2021 e o dia 4 de fevereiro de 2022 sob a supervisão de uma EEESMO, com um total de 500 horas. Comparativamente aos outros ensinos clínicos, apresentou um período temporal mais extenso, sendo um fator indispensável para a aquisição e consolidação de conhecimentos e de competências clínicas diferenciadas.

O serviço do núcleo de partos, contempla um serviço de urgência de ginecologia/obstetrícia que abrange a sala de triagem, a sala de observação/urgência e a sala de emergência, uma enfermaria com seis camas, que se encontra dividida equitativamente, em grávidas que se encontram em fase latente de TP e grávidas que são submetidas a indução de TP, sete salas de parto individuais e, por fim, engloba ainda um bloco operatório e a respetiva sala de recobro.

Na nossa ótica, a organização do serviço é promotora da dinâmica entre os profissionais que se encontram alocados nos diversos setores. No que concerne às infraestruturas, especialmente, às salas de parto, consideramos que alguns elementos, como o reanimador e a cama articulada com os respetivos focos de luz, podem contribuir para a perceção de um ambiente hospitalar. Não obstante, através de alterações no ambiente durante o trabalho de parto, como a redução da luminosidade e a possibilidade de colocação de música ambiente, proporciona um ambiente mais recetivo.

Também as camas apresentam versatilidade para serem ajustadas aos diversos estádios do trabalho de parto, permitindo à parturiente liberdade de movimentos e alternância de posições, mesmo se tiver indicação clínica ou se preferir permanecer no leito.

Gostaríamos de salientar que uma das salas de partos (sala número sete) se encontra designada para as mulheres grávidas que vão realizar interrupção médica da gravidez ou que apresentam uma gravidez não evolutiva. Esta sala encontra-se determinada para estas situações, uma vez que se encontra mais afastada das restantes, de modo que o som das outras salas seja menos percetível, proporcionando um ambiente reservado e tranquilo.

O serviço possuí também um corredor, no qual as grávidas que se encontravam em fase latente e as que tinham realizado indução do TP, podiam deambular, utilizar a bola de

nascimento e concretizar as refeições. Assim, este espaço possibilitava momentos de socialização entre as mesmas, o que se verificou como significativo, atendendo que, durante a pandemia não podiam ter acompanhante neste período.

A oportunidade de concretizar o ensino clínico num local que acompanha grávidas com diversas patologias (como hipertensão, pré-eclâmpsia, trombofilia, etc.), permitiu a obtenção de experiências diferenciadas em contexto de acompanhamento do trabalho de parto.

Durante o ensino clínico tive a oportunidade de realizar 42 partos eutócicos e prestar assistência em nove partos distócicos (sete por ventosa e dois por fórceps) e dois partos eutócicos (de gémeos), no qual o primeiro gémeo se apresentava em apresentação cefálica e o segundo gémeo em apresentação pélvica. Na tabela subsequentemente, encontram-se explanados os respetivos dados.

Partos eutócicos concretizados	Partos eutócicos assistidos	Partos distócicos		Total
		Ventosa	Fórceps	
42	2	7	2	53

Quadro 1- Partos eutócicos concretizados e assistidos

2.1. O meu posicionamento/olhar face ao trabalho de parto e a uma experiência significativa para a parturiente

O parto fisiológico pode ser definido como um trabalho de parto que potencia as capacidades inatas da mulher e do feto, respeitando a sua fisiologia, e no qual não existe intervenção desnecessária que interrompa os processos naturais (Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement by ACNM, MANA, and NACPM, 2013; WHO, 2018). Assim, o parto pode ser descrito como um evento normal, sendo a nossa perspetiva apoiada por esta definição.

Na nossa ótica, atendendo que é um evento fisiológico, de modo a conseguirmos apoiá-lo, o *gold standard* passa por deixar que se inicie espontaneamente, permitindo que o sistema neuroendócrino da mulher liberte hormonas como a ocitocina, as catecolaminas e as endorfinas, essenciais para o seu desenrolar (Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement by ACNM, MANA, and NACPM, 2013; Amis, 2014).

No entanto, considerando que o ensino clínico decorreu num local que assiste grávidas com patologia, por vezes, a decisão clínica sobreponha-se à possibilidade de concretização de um trabalho de parto de forma fisiológica ou, pelo menos, com menor intervenção.

De acordo com a literatura, a interferência no processo fisiológico de parto aumenta o risco de complicações para a díade mãe e recém-nascido. Assim, é recomendado que a intervenção seja reduzida ao estritamente necessário, sendo implementada apenas quando existe evidência de que pode ser benéfica para um ou ambos os elementos da díade, de modo a evitar o início de uma cascata de intervenções (Romano & Lothian, 2008; WHO, 2018). Não obstante, em consonância com as boas práticas, é imprescindível que previamente à realização de qualquer intervenção, a parturiente seja informada acerca do seu propósito, vantagens e desvantagens, permitindo uma decisão consciente e informada e garantindo o envolvimento no seu parto.

Atualmente, a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais durante o parto tem sido alvo de debate em todo o mundo, visto que, tem sido crescente a partilha de experiências de parto menos positivas. Refletindo acerca deste aspeto, torna-se fulcral a mudança de paradigma na conduta dos profissionais e dos protocolos hospitalares, devendo os mesmos ser atualizados regularmente, com base na melhor evidência disponível. Só assim, poderemos garantir cuidados respeitosos e de excelência (WHO, 2014; WHO, 2018).

Atendendo que os profissionais de saúde e o ambiente onde se desenrola o parto, podem apresentar impacto na sua progressão e experiência, era fomentado um ambiente de tranquilidade, segurança e conforto para a mulher, feto e pessoa significativa, promovendo o bem-estar físico e psicológico da díade.

2.2. Intervenções resultantes de prescrição face ao trabalho de parto

No âmbito da assistência durante o trabalho de parto foram concretizadas, em cooperação com a equipa multidisciplinar, intervenções resultantes de prescrição, das quais destacamos a Indução do Trabalho de Parto (ITP).

A ITP, pode ser definida como o processo de estimulação artificial da atividade do útero para promover o início do TP, apresentando como propósito a concretização do parto por via vaginal dentro de 24 a 48 horas (WHO, 2011; Leduc et al., 2013). Esta assume-se como uma

realidade cada vez mais presente nas últimas décadas, principalmente nos países desenvolvidos, onde um em cada quatro partos são induzidos (WHO, 2018).

Atualmente, e já desde o ano de 2020, vivemos em situação pandémica devido à COVID-19, tendo o ensino clínico sido realizado nesta conjuntura. Atendendo às circunstâncias, consideramos relevante compreender se a ITP tinha sofrido variações neste período.

Segundo um estudo realizado no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra em 2020, foi verificada uma diminuição da frequência de induções medicamentosas, sendo a sua percentagem de 39% em 2019, enquanto no período homólogo do ano seguinte, correspondeu a 36%, ou seja, uma diminuição de três pontos percentuais. No que concerne aos motivos para ITP, salienta-se a idade gestacional de 40-41s, na qual se verificou um aumento de 25,7 pontos percentuais entre 2019 e 2020 nos casos de indução medicamentosa. Em oposição, observou-se uma diminuição dos casos que não tinham indicação formal para indução. Os autores apontaram como possíveis causas para esta mudança a necessidade de realização de rastreios SARS-CoV-2 na admissão hospitalar, a demora nos resultados e a gestão das vagas, que se refletiu na necessidade de mais tempo para o planeamento das ITP (Mafra et al., 2021).

No entanto, do nosso ponto de vista, e atendendo que o estudo foi realizado em 2020, no ano em que se iniciou a pandemia, estes resultados poderão também espelhar o desconhecimento acerca etiologia e modo de transmissão do vírus e por isso o receio dos profissionais face ao mesmo, sendo por esse motivo, as ITP reduzidas às estritamente necessárias. Não obstante, esta deveria ser a premissa nas ITP, uma vez que, apenas deveriam ser ponderadas quando existem indicações clínicas presentes (Graça, 2017).

A ITP pode ser realizada por indicação clínica materna ou fetal. Na literatura são descritos como motivos maternos, a rotura de membranas sem trabalho de parto ativo, as doenças hipertensivas da gravidez, a corioamnionite, as metrorragias do 2º e 3º trimestre e a diabetes gestacional, sendo que, em relação à idade gestacional, não é consensual qual o momento mais oportuno. Contudo, na maioria das maternidades, na mulher com gravidez de baixo risco é realizada às 41 semanas, dado que, abaixo desta idade gestacional, não existe evidência científica que recomende a ITP. Os motivos fetais apontados, incluem as alterações no volume de líquido amniótico e a restrição de crescimento fetal (WHO, 2011; Graça, 2017; Almeida et al., 2020).

No que alude a contraindicações para ITP, podem também ser citadas causas maternas e fetais. As causas maternas descritas na literatura são a gravidez múltipla e a presença de cirurgia uterina anterior (devendo ser avaliado cada caso de modo individual). Como causas fetais, salientamos a macrossomia significativa, a hidrocefalia grave, o compromisso fetal e as apresentações fetais anómalas (Graça, 2017).

De modo a compreender qual o método de indução mais favorável era utilizado o Índice de Bishop (IB) que avalia cinco parâmetros (altura da apresentação, dilatação cervical, apagamento do colo, posição e consistência), apresentando um score máximo de 13 (Leduc et al., 2013; Graça, 2017). O colo uterino é considerado favorável quando o IB >5, e a indução pode ser realizada com recurso a ocitocina. Ao passo que, se o IB for ≤5, o colo é considerado imaturo, sendo necessário primeiro realizar maturação cervical. Neste último caso, o amadurecimento cervical pode ser realizado com recurso fármacos como as prostaglandinas ou análogos da mesma, mas também podem ser utilizados métodos mecânicos, como a introdução no colo de sonda de Foley ou a laminária sintética (Graça, 2017).

As prostaglandinas são hormonas que se encontram presentes no útero, e que têm como objetivo ajudar a maturação do colo do útero e estimular a contratilidade uterina. Os métodos farmacológicos utilizados na ITP são a prostaglandina E2 (dinoprostona) e o análogo sintético da prostaglandina E1 (misoprostol). O misoprostol destaca-se como o fármaco de eleição devido à maior acessibilidade em termos de custo e por apresentar maior estabilidade (Alfirevic et al., 2017).

Na prática clínica, se o IB fosse ≤5, a ITP era realizada com misoprostol no fundo de saco posterior ou por via oral (jugal), com comprimidos de 25 ou 50 mcg, de acordo com o protocolo. Segundo a evidência, quando comparada a utilização de comprimidos de 25mcg com os de 50mcg, verifica-se uma eficácia idêntica. Porém, a utilização de doses mais baixas traduz-se em menos efeitos secundários (Alfirevic et al., 2014).

Em termos de efeitos secundários, este medicamento pode aumentar o risco de taquissistolia e hipertonia uterina e, consequentemente, manifestar-se em repercussões na oxigenação fetal (Graça, 2017).

Devido aos efeitos secundários da ITP, era avaliado o bem-estar fetal com recurso a CTG durante a mesma. Segundo a JOGC (2013), após a administração de misoprostol, é recomendado que a grávida fique monitorizada durante pelo menos 30 minutos e se forem

detetadas alterações, como por exemplo, taquissistolia, é sugerido que permaneça monitorizada durante 60 minutos.

Na prática clínica, foi possível constatar alguns casos de desacelerações prolongadas (com duração superior a três minutos) devido a hiperestimulação uterina. A atitude terapêutica consistia em remover o estímulo através da suspensão dos fármacos ocitócicos em perfusão (se fosse o caso) e posicionar a grávida em decúbito lateral esquerdo, de modo a melhorar a perfusão uteroplacentária. Se com estas atitudes não houvesse melhoria, era preconizada a administração de uma ampola de 5mI de salbutamol em 500cc de polieletrolítico com glicose, a perfundir a 150 ml/h durante cinco minutos por via endovenosa. Apesar deste fármaco não apresentar indicação formal como tocolítico, é cada vez mais usado para esse fim uma vez provoca relaxamento no útero. Também a frequência cardíaca materna era monitorizada de modo que não ultrapassasse os 120 bpm (Graça, 2017).

Podemos concluir que, a ITP, devido aos possíveis efeitos que foram sendo descritos ao longo do capítulo, pode ser considerada como o início de uma cascata de intervenções obstétricas, comprometendo por essa via um trabalho de parto fisiológico.

2.3. Primeiro estádio do trabalho de parto

O trabalho de parto inicia-se quando sucedem contrações uterinas regulares e de intensidade crescente, com origem no fundo do útero e em direção ao colo. Contudo, nem sempre este acontecimento é facilmente percecionado pelas grávidas e, por esse motivo, poderá ser um método pouco fidedigno para determinar o seu início. Face a isto, foram sendo acrescentados outros dados clínicos que permitissem facilitar o estabelecimento do diagnóstico de trabalho de parto, nomeadamente, a ocorrência simultânea de alterações cervicais, como o apagamento e a dilatação do colo (Graça 2017).

A WHO (2018) apoia esta definição, referindo como o início do trabalho de parto a fase latente, sendo o período no qual ocorrem contrações uterinas com intensidade e frequência crescentes associadas a mudanças no colo do útero, incluindo algum grau de apagamento e progressão da dilatação do colo até os 5cm. Em relação às alterações verificadas no colo do útero, nas nulíparas, ocorre primeiro o apagamento do colo e posteriormente a dilatação, ao passo que, nas multíparas, este fenómeno ocorre em simultâneo (Graça, 2017).

As grávidas que eram avaliadas no serviço de urgência, consoante o diagnóstico e a fase do trabalho de parto, se tivessem indicação de internamento, eram encaminhadas para um dos respetivos setores. As que se encontravam em fase latente, eram internadas na enfermaria do núcleo de partos sendo realizadas um conjunto de intervenções, nomeadamente, a monitorização dos sinais vitais e a realização de CTG de modo a garantir a vigilância do bem-estar materno e fetal.

Nas grávidas, os sinais vitais eram avaliados uma vez por turno. Contudo, em situações que fosse identificada uma maior necessidade de vigilância, quer por alterações no perfil tensional ou devido à presença de patologias concomitantes com a gravidez, designadamente, nas grávidas com PE ou HTA, era realizada uma monitorização mais frequente.

De modo a avaliar o bem-estar fetal, era realizada cardiotocografia. Para tal, era palpado o abdómen da parturiente com recurso às manobras de Leopold permitindo a identificação do foco (Superville & Siccardi, 2021).

De acordo com a conduta da instituição, era preconizada a monitorização contínua (por períodos) através de CTG. De salientar que, como não era realizada por telemetria uma vez que não existiam aparelhos suficientes, apresentava diversas desvantagens, particularmente, a restrição da grávida em termos de liberdade de movimentos durante este período. Isto porque, para possibilitar a captação da FCF, acabavam por permanecer algum tempo no leito. Mesmo neste contexto, a grávida era incentivada a adotar a posição que se sentisse mais confortável, privilegiando posições como o decúbito lateral, a posição de semi-sentada de modo a não interferir com a perfusão uteroplacentária. No entanto, desde que se fosse possível a captação da FCF, também poderia estar em pé/cócoras, ou noutra posição que desejasse (FIGO, 2015; ACOG, 2019).

Após a avaliação do bem-estar fetal, era sugerido à mulher que deambulasse ou que utilizasse a bola de nascimento, de acordo com as suas preferências.

A utilização da bola de nascimento era uma das intervenções mais realizadas nesta fase. Por um lado, porque era comum uma maior perceção de dor associada à progressão do trabalho de parto, assim, através da mobilização da bacia, possibilitava a diminuição da intensidade das contrações uterinas, promovendo o seu alívio. Por outro lado, as posições verticais, facilitavam a atuação da força da gravidade, aumentando a eficácia das contrações uterinas. Estas posições, também auxiliavam na orientação e mobilização da cabeça do feto na bacia,

promovendo a sua descida, sendo particularmente importante para otimizar a passagem no primeiro, segundo e terceiro plano (Calais-Germain & Parés, 2009).

A bola de nascimento era escolhida de acordo com a altura da mulher, de modo a garantir estabilidade e segurança na execução dos exercícios. Como exemplos de exercícios, eram sugeridos os movimentos de translação, desenhando um oito ou pequenos círculos, mas também era incentivada a realizar movimentos ao seu critério (Calais-Germain & Parés, 2009). Atendendo aos benefícios inerentes à sua implementação, era verificada uma grande adesão por parte das grávidas.

Com o objetivo de avaliar a progressão do trabalho de parto, quando estritamente necessário, era realizado o exame vaginal, sendo previamente solicitado o consentimento. Este tinha como objetivo compreender a dilatação cervical e a progressão fetal e também determinar a apresentação fetal, a posição e a variedade (Montenegro & Rezende, 2017). Além de fornecer este conjunto de dados, possibilitava confirmar a integridade das membranas amnióticas e se fosse verificada rotura, as caraterísticas do líquido amniótico.

Considerando que esta se assume como uma intervenção mais invasiva para a mulher e que contribui para o risco de infeção intraparto, a necessidade da sua implementação era a avaliada de modo criterioso. Na prática clínica além dos aspetos referidos anteriormente, foi também sempre privilegiada a concretização desta intervenção pelo mesmo profissional.

Na prática clínica, quando era verificado um padrão de contrações uterinas rítmicas, muitas vezes associada a dor, e dilatação cervical em consonância com o estipulado pela DGS (2015), nomeadamente, os 4 cm de dilatação com extinção/apagamento praticamente total do colo, a grávida era considerada em fase ativa de trabalho de parto. Todavia, entre as diversas entidades, não é consensual o seu início. O ACOG (2014) reitera que a fase latente progride a um ritmo mais lento, e por isso que a fase ativa só se inicia aos 6 cm de dilatação, para a maioria das mulheres, já a WHO (2018) refere-se a esta fase como o período de tempo que decorre entre as contrações uterinas regulares, o apagamento cervical substancial e a rápida dilatação do colo desde os 5cm até à dilatação completa.

O primeiro estádio do trabalho de parto engloba a fase latente e a fase ativa. De acordo com os critérios referidos anteriormente, era estabelecido o diagnóstico de trabalho de parto, sendo a mulher encaminhada para uma das salas de parto.

Na fase ativa, decorrente das alterações cervicais e do aumento da contratilidade uterina, era comum uma maior perceção de dor pela mulher. Assim, as parturientes eram informadas dos métodos de alívio da dor disponíveis, possibilitando a escolha de acordo com as suas preferências.

A bola de nascimento, era também sugerida nesta fase, sendo comum a sua adesão nas grávidas que tinham utilizado a bola previamente (durante a gravidez ou durante a fase latente), não se encontrando tão recetivas as mulheres que nunca tinham realizado esta técnica.

A analgesia por via epidural era um dos métodos mais solicitados pelas parturientes. De acordo com a dor percecionada pela mulher e respetivas preferências, eram administrados anestésicos locais como a ropivacaína e a lidocaína ou opióides com o sufentanil, existindo como modo de administração o bólus, a perfusão contínua ou a PCEA (*patient-controlled epidural analgesia*).

De modo a reduzir ao máximo os possíveis efeitos secundários associados à utilização destes fármacos, era recomendada a administração da dose mínima necessária para produzir analgesia. No entanto, associados aos fármacos, era comum a ocorrência de prurido, náuseas e/ou vómitos, retenção urinária e também bloqueio motor e sensorial (Halliday et al., 2022).

A utilização de perfusão contínua e PCEA eram as opções frequentemente pedidas, porém, limitavam a mobilidade das grávidas uma vez que diminuíam a sensibilidade nos membros inferiores. Nestes casos, as parturientes tinham indicação para permanecer no leito, sendo incentivadas a alternarem de posição consoante as suas preferências e sugeridas algumas posições de acordo com a posição do feto, de modo a favorecer a sua descida.

Nas parturientes que não apresentavam bloqueio motor e/ou sensitivo, eram fomentadas a "ouvir o seu corpo", adotando a posição que fosse mais confortável, privilegiando a liberdade de movimentos.

A adoção de posições verticais ao longo do trabalho de parto melhoram o fluxo sanguíneo para o útero, levando a um aumento do aporte de oxigénio ao feto e também proporcionam um alívio da dor, através de contrações uterinas menos dolorosas, dado que diminuem a pressão na região sagrada e resultam num menor estiramento do períneo. Como exemplos de posições verticais, podemos salientar as mais verificadas na prática clínica, nomeadamente, a posição de pé e de cócoras (Gizzo et al., 2014).

Durante a assistência a uma mulher em trabalho de parto, constatamos que o feto se encontrava em posição occipito-posterior. Apesar de em 10-34% das apresentações cefálicas no primeiro estádio de trabalho de parto se encontrarem nesta posição, estas acabam por, espontaneamente, rodar para uma posição anterior. No entanto, quando persistem em posição posterior, pode traduzir-se em trabalhos de partos mais demorados, exaustão materna ou em partos instrumentados (Guittier et al., 2014). Por estes motivos, nestas situações, era incitada a realização de determinadas posições, com o intuito de aumentar o diâmetro pélvico para facilitar a rotação da apresentação de posterior para anterior (Gizzo et al., 2014). Algumas das posições sugeridas e que também foram identificadas por Gasquet (2010) como promotoras desta rotação, eram a posição de quatro apoios, realizada no leito, de diferentes formas, com recurso à bola de nascimento e à almofada.

A posição de quatro apoios, considerada uma posição horizontal, uma vez que não é exercida a pressão da gravidade, resulta numa diminuição do pico e duração das contrações uterinas, alívio da dor lombar (que é comum neste tipo de variedade, devido à pressão exercida pela apresentação), redução do edema no colo e aumento do diâmetro ântero-posterior na fase expulsiva (Gizzo et al., 2014). Contudo, apesar de terem sido adotas diversas vertentes da posição de quatro apoios, o feto manteve-se em posição occipitoposterior.

Apesar de ser notória uma mudança de paradigma na assistência durante o trabalho de parto, no qual é promovida a liberdade de movimentos e a alternância de posições ao longo do trabalho de parto, consideramos que seria significativo a sensibilização dos profissionais para a importância desta temática. Como sugestão, poderia ser implementado no serviço um procedimento que coadjuvasse na tomada de decisão face a uma condição específica (por exemplo, feto em posição occipitoposterior) através da alternância de posições. Este instrumento de trabalho teria como propósito a prestação de cuidados promotores do parto fisiológico.

Com o decorrer do trabalho de parto, quando se verificavam um conjunto de condições clínicas, nomeadamente, três ou mais centímetros de dilatação e a cabeça fetal encaixada na pelve e apoiada no colo, era comum ser sugerida a amniotomia. Esta tinha como objetivo facilitar o trabalho de parto, e consistia na rotura de membranas de modo artificial, com recurso a um amniótomo. Após a concretização da rotura, a apresentação era apoiada de modo a evitar complicações, como por exemplo, o prolapso do cordão, sendo também observadas as características do líquido amniótico.

Contudo, esta intervenção não é inócua e leva a que deixe de existir uma barreira protetora entre feto e o ambiente polimicrobiano da vagina, o que, se realizada muito cedo no processo de TP, pode aumentar o risco de corioamnionite intraparto (Mahdy et al., 2022). Por este motivo, esta era apenas implementada na fase ativa do trabalho de parto e quando fossem verificadas as condições clínicas descritas anteriormente.

Durante e após a amniotomia, era avaliado o bem-estar fetal com recurso a CTG (Leduc et al., 2013). Apesar de na prática clínica termos verificado que era sugerida quase que por rotina, se for verificado bem-estar fetal e o trabalho de parto estiver a evoluir favoravelmente, não existe necessidade de ser realizada (ACOG, 2019).

Após esta intervenção, era sugerida a administração ocitocina em perfusão. Contudo, esta intervenção pode diminuir de modo pouco significativo a duração do 1º estádio do TP, quando comparada uma atitude expectante (ACOG, 2019).

Na literatura, são evidenciados inúmeros benefícios associados à presença da pessoa significativa e de apoio contínuo durante o trabalho de parto. Destes, destacamos uma maior probabilidade de apresentar parto eutócico, menor necessidade de analgesia e diminuição do *stress*, sendo essencial para a progressão do trabalho de parto e repercutindo-se numa maior satisfação materna face à experiência de parto.

Devido à situação pandémica vivenciada durante o ensino clínico, nesta instituição, o acompanhante era apenas permitido quando as parturientes se encontravam na sala de parto. Este era um momento muito desejado pelas mesmas, visto que a presença de uma pessoa significativa lhes transmitia tranquilidade e familiaridade. A presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto é recomendada pela WHO (2018), sendo a sua escolha opção da mulher. Foi observado que todas usufruíram deste direito, tendo sido escolhido maioritariamente o companheiro, mas também a mãe ou a irmã. Do nosso ponto de vista, não existe fundamento para que estas circunstâncias se perpetuem atualmente, devendo os direitos das mulheres e respetivas famílias serem protegidos e assegurados.

Durante o trabalho de parto, verificamos que a pessoa significativa escolhida pela mulher elogiava, tranquilizava e encorajava a mesma, providenciando assim, apoio emocional. Ao mesmo tempo, eram também sugeridas algumas medidas de conforto para serem aplicadas à parturiente, nomeadamente, a massagem.

Assim, destacamos como essencial a promoção do envolvimento da pessoa significativa uma vez que contribui para uma experiência de parto positiva para a mulher.

2.4. Segundo estádio do trabalho de parto

O segundo estádio de trabalho de parto compreende o período entre a dilatação completa até a expulsão do feto. De ressalvar que, a duração deste período é variável entre as mulheres, sendo influenciada pela presença de analgesia epidural, variedade da apresentação e perceção da necessidade de realizar esforços expulsivos (Gizzo et al., 2014; WHO, 2018).

Neste período, tal como na fase ativa, era promovida a liberdade de movimentos e a mulher incentivada a adotar a posição que fosse mais confortável para si, incluindo as posições verticais, sendo este achado corroborado pela WHO (2018). Contudo, o momento do período expulsivo ocorria maioritariamente em posição de litotomia, sendo também a posição preferencial das mulheres.

No que concerne aos esforços expulsivos, na grande maioria das vezes, a mulher era incentivada a seguir os seus instintos e a concretizá-los quando sentisse vontade, promovendo assim um sentimento de segurança e confiança no desempenho do seu papel (WHO, 2018). Associado aos esforços expulsivos, era comum o recurso à vocalização, que promovia a capacidade de concentração e focalização durante a contração, a diminuição da dor, a melhoria da capacidade de gestão de emoções, favorecendo a progressão do trabalho de parto e permitindo uma vivência mais natural do mesmo (Fuller et al., 1993; Antunes, 2019).

Num estudo realizado na Austrália, foram realizadas gravações dos sons emitidos pelas parturientes, no primeiro e segundo estádio de TP. Neste estudo, foram identificadas as diferenças nos sons emitidos, de acordo com a necessidade clínica da parturiente, tendo sido constatado que, durante os esforços expulsivos, os sons emitidos eram diferentes dos sons de dor (Fuller et al., 1993).

Esta diferença é pertinente para os profissionais, uma vez que, através identificação e interpretação das necessidades da parturiente, possibilita a adequação das suas intervenções evitando a concretização de procedimentos desnecessários (Fuller et al., 1993).

No entanto, quando a mulher não sentia necessidade de realizar esforços expulsivos, decorrente muitas vezes diminuição da sensibilidade decorrente da analgesia epidural em perfusão, era gerida de modo a promover um aumento da sensibilidade, sendo garantindo o conforto da parturiente.

Contudo, constatamos que por vezes as mulheres eram incentivadas a realizar esforços expulsivos numa fase muito precoce, dado que ainda não sentiam esta necessidade. Podemos observar que esta atitude dos profissionais era muitas vezes influenciada pela pressão organizacional, o que posteriormente, se repercutia em cansaço materno.

A promoção da integridade do períneo era tida em consideração durante a assistência no trabalho de parto. Assim, era incitada a alternância de posição e liberdade de movimentos, a adoção de posições verticais, os esforços expulsivos espontâneos e o controlo durante o período expulsivo. Também a região perineal era manipulada o mínimo possível, de modo a evitar o estiramento excessivo dos tecidos (WHO, 2018).

No que concerne à integridade do períneo, dos 42 partos eutócicos assistidos, encontram-se ilustradas no gráfico subsequente as percentagens de lacerações de 1º e 2º grau, episiotomias e períneos íntegros.

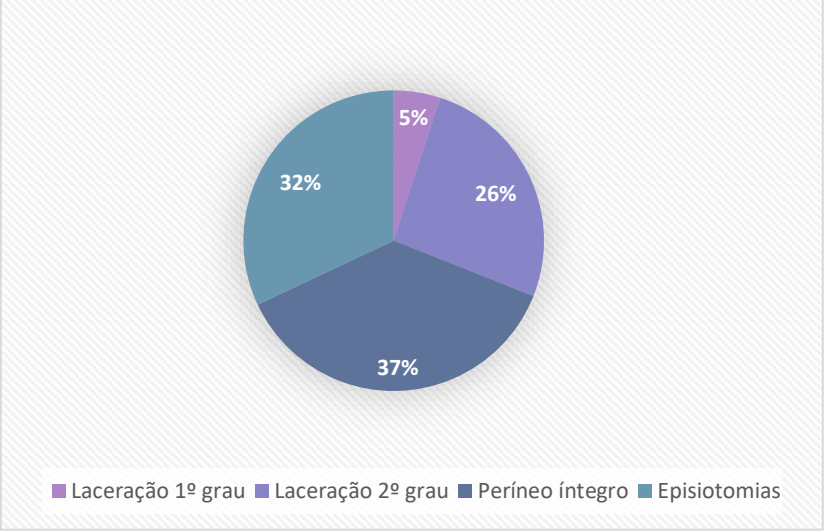

Gráfico 2- Integridade do períneo (Partos eutócicos)

A realização de episiotomia era considerada, quando verificávamos pouca elasticidade no períneo e/ou palidez dos tecidos. Esta era concretizada aquando do coroamento, no pico da

contração, sendo colocado o dedo indicador e médio entre a apresentação fetal e a vagina com o objetivo de proteger o feto e, num ângulo de 45º era realizada uma incisão no sentido médio-lateral, amplificando o espaço para a passagem do feto.

De acordo com o projeto Imagine EURO- *Improving maternal newborn care*, que envolveu 12 países europeus e procurou compreender qual o impacto da pandemia nos cuidados de saúde materno-infantis, observou que a percentagem de episiotomias em Portugal foi de 41%, ao passo que, a média dos restantes países foi de 20% (Lazzerini et al., 2022). A nossa percentagem de episiotomias concretizadas foi de 32%, o que se verifica num valor inferior ao constatado em Portugal, mas também acima da média europeia. Apesar de não existir uma taxa definida que seja considerada aceitável (dado que não existe evidência da necessidade da realização da mesma por rotina), é estritamente necessário ser muito ponderada a sua realização (WHO, 2018; FIGO, 2019).

No período expulsivo, era realizada uma prática "hands-on" que objetivava a proteção perineal. Assim, o períneo era apoiado com uma mão e com a outra era controlada a expulsão da cabeça fetal. Após a expulsão da cabeça, era pedido à parturiente para parar os esforços expulsivos de modo a proceder à procura de circulares na região cervical. Em alguns partos, verificamos a presença de circulares, sendo possível desenrolar o cordão. No entanto, num parto, devido à existência de uma circular cervical apertada, foi necessário realizar clampagem dupla à vulva e laqueação prévia do cordão umbilical.

De modo a promover a restante saída do feto, os parietais eram apoiados e aplicado uma ligeira tração no sentido descendente, para promover a saída do ombro anterior, após a sua exteriorização, era realizada tração no sentido ascendente para facilitar a saída do ombro posterior. Após a extração dos ombros o resto do corpo saía através dos esforços maternos.

No momento do nascimento era registada a hora e observado o recém-nascido, avaliando a sua adaptação à vida extrauterina através do índice de apgar que engloba a avaliação do tónus, frequência cardíaca, respiração e cor. Após a garantia do seu bem-estar era realizado o Contacto Pele a Pele (CPP) com a mãe.

A clampagem do cordão umbilical era realizada ao fim do primeiro minuto de acordo com o protocolo hospitalar. Esta prática é apoiada pela ACOG (2020) que menciona que a clampagem do cordão umbilical deve ser adiada 30 a 60 segundos após o parto, tanto nos recém-nascidos pré-termo como nos de termo, apresentando como benefício nestes últimos, o aumento os níveis de hemoglobina e ferro nos primeiros meses de vida. Como possível

efeito adverso do atraso na clampagem encontra-se descrita a possibilidade de icterícia. De salientar que, a clampagem do cordão poderia ser realizada pela mulher ou pela pessoa significativa se assim o desejassem.

2.5. Terceiro estádio do trabalho de parto

O terceiro estádio do TP, é designado de dequitadura e engloba o período desde o nascimento do recém-nascido até à saída da placenta. Após o nascimento, o útero continua a contrair espontaneamente de modo a facilitar a expulsão da placenta (Graça, 2017).

Pode ser adotada uma conduta expectante, ao aguardar pelos sinais de descolamento da placenta e consequente saída da mesma, num método "hands-off" ou pode ser realizada uma gestão ativa, com objetivo de abreviar e facilitar a sua saída (Begley et al., 2019).

A perda sanguínea moderada neste período é expectável, todavia, a ocorrência de hemorragia pós-parto poderá ser uma realidade, sendo definida como uma perda sanguínea superior a 500ml no parto vaginal (WHO, 2017).

Com o objetivo de diminuir a probabilidade de hemorragia pós-parto encontrava-se protocolada a realização de uma gestão ativa, que consistia na tração controlada do cordão umbilical, com este clampado junto ao períneo. Era também solicitado à mulher para realizar esforços expulsivos no momento da contração e, simultaneamente, eram realizados movimentos suaves com o cordão no sentido descendente. Se a placenta não saísse, aguardávamos pela contração seguinte para repetir o procedimento.

Após a saída da placenta era administrada ocitocina em perfusão facilitando a contração do útero. A massagem uterina era aplicada apenas nos casos em que o útero não se encontrava a contrair adequadamente, sendo o tónus avaliado de 15 em 15 minutos nas primeiras duas horas após o parto.

Segundo uma revisão da Cochrane, a adoção de uma conduta ativa no terceiro estádio, parece reduzir o risco de hemorragia pós-parto primária grave e diminuir o risco de anemia, no entanto, encontra-se associada à ocorrência de hipertensão e dor no período pós-parto (Begley et al., 2019).

O mecanismo de saída da placenta pode ocorrer de dois modos, nomeadamente, ser do tipo Duncan ou do tipo Schultze (o que ocorria com maior frequência). A dequitadura de modo

Schultze, pode ser descrita como a separação da placenta a partir da zona mais central, em que o hematoma formado é exteriorizado após a saída da placenta, aparecendo primeiro a face fetal à vulva. Quando ocorre a dequitadura de modo Duncan, o descolamento da placenta surge primeiro na periferia, e por esse motivo, a hemorragia é prévia à expulsão da placenta, e a primeira parte da placenta visível é a face materna (Graça, 2017).

Após a dequitadura, era realizada a revisão do canal de parto para compreender quais as estruturas afetadas e despistar a presença de lacerações da parede vaginal. Era realizado um tamponamento através da introdução de uma compressa (que era removida no fim), de modo a realizar hemóstase e permitir uma melhor inspeção do canal de parto. A episiorrafia era realizada por planos anatómicos. Por fim, para o encerramento da pele, eram realizados pontos tipo *Donatis* ou sutura intradérmica.

Como referido anteriormente, após o nascimento, desde que se verificasse que a mãe e o recém-nascido se encontravam clinicamente estáveis, era concretizado o contacto pele a pele. Esta prática é apoiada pela WHO (2018) que recomenda que o mesmo seja realizado de modo imediato e ininterrupto por uma hora ou mais.

Após o parto, são verificadas alterações hormonais que têm como intuito facilitar a adaptação extrauterina do recém-nascido e contribuir para um desfecho clínico favorável para a mulher.

Uma hora após o nascimento, resultante do contacto pele a pele, a ocitocina apresenta um pico da sua atividade. Esta hormona contribui para o aumento da contratilidade do útero, o que se repercute na diminuição do risco de hemorragia pós-parto e facilita o início da amamentação. Atendendo a estas vantagens, o contacto pele a pele é recomendado pela *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF, 2018) e pela WHO (2018) no guia dos "10 passos para a amamentação bem-sucedida", que forma a base da iniciativa dos hospitais amigos dos bebés. Além das vantagens supracitadas, promove o aquecimento do recém-nascido, permitindo a regulação da temperatura corporal, através da vasodilatação materna, prevenindo assim o risco de hipotermia.

Também as beta-endorfinas apresentam picos no pós-parto (em conjunto com a ocitocina), fomentando uma sensação de bem-estar e prazer na mulher, contribuindo para a promoção da amamentação. Ressalvamos que, a sua transferência através do colostro leva também a uma diminuição do *stress* no recém-nascido (Buckley, 2015).

As catecolaminas, como a adrenalina e a noradrenalina, são essenciais para a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, sofrendo um aumento no fim do TP. Estas hormonas, facilitam a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, através da preservação do fluxo sanguíneo para os órgãos alvo, como o coração e o cérebro, facilitam as trocas pulmonares e a termorregulação através do uso de gordura marrom, e ainda auxiliam a desenvolver um estado de alerta essencial para o início da amamentação (Buckley, 2015).

O CPP é promotor de uma sequência de comportamentos inatos do recém-nascido, que pode ser descrita em nove estádios. Estes caracterizam-se inicialmente pelo 1) choro após o parto; 2) seguido por uma fase de relaxamento, em que não se verificam movimentos corporais; 3) a fase de despertar, em que o recém-nascido realiza movimentos com a cabeça e com os membros; 4) a fase ativa, no qual move ativamente a cabeça e os membros, tentando se movimentar; 5) a fase de rastejamento, em que os movimentos dos membros resultam em deslocamento do corpo; 6) a fase de repouso, em que descansa mas realiza alguns movimentos com a boca; 7) a familiarização em quando atinge a aréola e movimenta a língua sobre o mamilo; 8) a fase de sucção em que abocanha o mamilo e inicia a sucção, e por fim, 9) a fase de sono, no qual acaba por descansar (Brimdyr et al., 2020).

Reconhecemos que, na prática clínica por vezes não foi proporcionado ao recém-nascido o tempo necessário para que pudesse passar por todos estes períodos, ajudando a colocá-lo à mama logo após o parto. Apesar de termos observado que os profissionais se encontram consciencializados da importância e dos benefícios do CPP e amamentação após o parto, consideramos que se encontram pouco despertos para estes comportamentos inatos do recém-nascido e quiçá, por esse motivo, sejam menos impulsionadores dos mesmos.

De salientar que, mesmo nas mulheres diagnosticadas com covid, era preconizado o contacto pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida, desde que cumpridas as medidas de etiqueta respiratória por parte da mulher, sendo também esta prática recomendada pela WHO (2020).

Os dados disponíveis acerca da amamentação na primeira hora de vida em Portugal são referentes a 2013, e concluem que 84,1% dos recém-nascido foram amamentados na primeira hora de vida, o que apesar de não ser o ideal, reflete uma elevada adesão (DGS, 2014). Já na prática clínica, todos os recém-nascidos assistidos foram amamentados na primeira hora de vida, sendo esta prática promotora da manutenção da amamentação a longo prazo (Bryant & Thistle, 2021).

2.6. Revisão da literatura: impacto da manobra de Kristeller na saúde da mulher

O parto assume-se como um acontecimento ímpar e marcante na vida das mulheres ficando a experiência gravada nas mesmas. Através da concretização de cuidados respeitosos, que dignifiquem a mulher podemos promover uma experiência de parto positiva (WHO, 2018). Não obstante, em alguns contextos, ainda se verifica uma prática intervencionista, no qual são realizadas intervenções desnecessárias e que não se encontram recomendadas, na qual destacamos, a manobra de Kristeller.

2.6.1. Problemática

Na assistência durante o trabalho de parto, foi observada a realização de pressão no fundo do útero da parturiente pelos profissionais com a mão e/ou com o antebraço, sendo esta intervenção designada por pressão no fundo uterino ou manobra de Kristeller. Esta intervenção, é realizada no segundo estádio do trabalho de parto, com o objetivo de abreviar a expulsão do feto (Hofmeyr et al., 2017).

Esta intervenção, foi uma das práticas analisadas no projeto *Imagine EURO- Improving maternal newborn care*, que tinha como objetivo compreender o impacto da pandemia nos cuidados de saúde materno-infantis. Este estudo demonstrou que, entre 2020 e 2021, em Portugal, foi realizada em 49% dos partos instrumentados, encontrando-se este valor 8% acima dos outros países europeus analisados (Lazzerini et al., 2022).

Como podemos constatar, esta ainda é amplamente utilizada na prática clínica apesar de não ser uma intervenção recomendada pela WHO (2018). Assim, importa compreender quais as suas repercussões na saúde da mulher.

2.6.2. Procedimentos metodológicos

Com o objetivo de analisar a temática, foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Escolhemos concretizar este tipo de revisão porque permite compreender o estado da arte, através dos resultados de vários estudos, que assentam em diferentes metodologias. Os resultados podem contribuir para a produção de novo conhecimento e possibilitar a melhoria da prática clínica, através de uma prática baseada na evidência. Por este motivo, é

largamente utilizada este tipo de revisão na área da enfermagem (Whittemore & Knafl, 2005; Soares et al., 2014).

A revisão integrativa engloba diversas etapas, de modo a garantir rigor durante o seu processo. A primeira etapa, consiste na definição da questão de investigação através da identificação do problema a ser estudado. Uma vez que pode ser englobada mais do que uma hipótese ou questão na mesma revisão, esta deve ser clara e objetiva, facilitando a extração dos dados (Whittemore & Knafl, 2005; Soares et al., 2014). A segunda etapa refere-se à metodologia de pesquisa, devendo o processo ser documentado, incluindo os termos de pesquisa, o motor de busca, as bases de dados, as estratégias de pesquisa adicionais e os critérios de inclusão e exclusão (Whittemore & Knafl, 2005). A terceira etapa engloba a colheita de dados. Nesta fase, os dados são extraídos e organizados de modo a garantir que é retirada toda a informação pertinente (Souza et al., 2010). A quarta etapa consiste na análise dos estudos selecionados. Esta fase, permite classificar os estudos de acordo com a metodologia de cada estudo, utilizando uma hierarquia de evidência (Souza et al., 2010). A quinta etapa engloba a discussão dos achados, que consiste em comparar os resultados dos artigos com o referencial teórico. Nesta fase o autor deve também fornecer o seu ponto de vista, identificando a necessidade de mais investigação (se aplicável) e referindo o risco de enviesamento (Ursi, 2005 cit. por Souza et al., 2010). Por último, a sexta etapa diz respeito aos resultados da revisão integrativa e tem como objetivo expor de modo integral e detalhado a informação. Nesta, deve ser realizada uma redução dos dados. Os estudos devem ser categorizados (por exemplo, por cronologia) de modo a facilitar a sua análise. Os achados de cada estudo podem ser apresentados em tabelas ou quadros, simplificando a sua interpretação e permitindo o reconhecimento de eventuais semelhanças e diferenças entre os resultados (Souza et al., 2010).

A primeira etapa da revisão integrativa da literatura inicia-se com a definição da pergunta de investigação, tendo sido utilizada a PCC para a construção da mesma. Este termo, retrata o acrónimo (P) População, que define qual o indivíduo ou grupo queremos estudar, o (C) Conceito, que diz respeito ao conteúdo que queremos estudar e o (C) Contexto, que se encontra associado a detalhes específicos da população que vamos estudar (Joanna Briggs Institute, 2015).

Atendendo à população em estudo, foram incluídos estudos em que as mulheres apresentassem parto por via vaginal, englobando assim os partos eutócicos e os distócicos

por ventosa ou fórceps. Considerando o conceito, foram incluídos estudos que abordassem as repercussões associadas à realização da manobra de Kristeller, abrangendo todos os modos de execução da intervenção (por exemplo, mão aberta, mão fechada, braço ou antebraço). Por fim, no contexto, foram integrados estudos que abordassem as repercussões desta intervenção na saúde física e mental da mulher, tendo sido definido o conceito de saúde não apenas como a inexistência de doença, mas também como um processo adaptação do indivíduo ao ambiente de modo a atingir bem-estar mental, físico, social e espiritual, abrangendo não apenas a saúde física, mas também a saúde mental (ICN, 2019).

Na tabela subsequente, encontra-se a descrita a questão de investigação de acordo com a estratégia supracitada.

Paciente	Conceito	Contexto
Mulheres que apresentaram parto por via vaginal (eutócico ou distócico por fórceps/ventosa)	Repercussão da manobra de Kristeller	Saúde física e mental

Quadro 2- Descrição dos elementos da estratégia PCC

Posto isto, foi formulada a seguinte questão de investigação: "Qual a repercussão da manobra de Kristeller na saúde da mulher que teve parto por via vaginal?".

No que respeita ao tipo de estudos, foram incluídos estudos em *full-text*, publicados em português e inglês. Como expansores foi colocado "aplicar palavras relacionadas" "buscar também no texto completo dos artigos" e "aplicar assuntos equivalentes". Como critérios de exclusão, selecionamos os estudos com objetivos que não apresentassem relação com o tema em estudo.

2.6.3. Estratégia de pesquisa utilizada e de identificação dos estudos

A recolha de dados foi realizada com recurso ao motor de busca EBSCOHost web, tendo sido utilizadas as seguintes bases de dados, *Academic Search Complete,* a *CINHAL Complete*, a *MEDLINE with full text* e *MedicLatina*.

Foi também utilizada literatura cinzenta, nomeadamente, teses e concretizada pesquisa no motor de busca google académico.

Foram utilizados descritores controlados, com recurso ao Medical Subject Headings (MeSH) e aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e também descritores não controlados, ou seja, sinónimos dos elementos escolhidos. De modo a delimitar os resultados da pesquisa, foram também usados operadores booleanos, que são retratados pelos termos *"AND",* referindo aos elementos de diferente categoria e "*OR*", aos elementos de categoria semelhante, representado o "*NOT*" categorias excluídas (Santos et al., 2007). Os descritores encontram-se explanados no quadro abaixo.

População	Conceito	Contexto
Parturition Birth Childbirth Natural childbirth	Kristeller maneuver Manual pressure Fundal pressure maneuver	Women's health Maternal health

Quadro 3- Descritores em saúde

Deste modo, a frase booleana utilizada nas duas bases de dados foi: ("Parturition" OR "birth" OR "childbirth" OR "natural childbirth") AND ("Kristeller maneuver" OR "manual pressure" OR "fundal pressure maneuver") AND ("women's health" OR "maternal health").

2.6.4. Métodos de extração e seleção dos estudos

Os dados extraídos foram organizados e sintetizados numa tabela de documentação personalizada, no qual em cada estudo foram descritas informações sobre o: título, autores, ano, metodologia, objetivos, incidência da manobra de Kristeller, modo de realização da manobra de Kristeller, justificação para a sua realização, repercussões físicas na saúde da mulher, repercussões na experiência de parto e conclusão. A extração dos dados, foi concretizada em abril de 2022.

2.6.5. Apresentação dos resultados

Desta pesquisa foram identificados 366 artigos, após a remoção dos duplicados (n=79), foram obtidos 287 artigos. Numa primeira etapa, juntamente com um segundo investigador, foi realizada uma leitura dos títulos e dos resumos encontrados, com o objetivo de compreender a sua relação com o tema, tendo sido eliminados 231 artigos pelo objeto de estudo não se relacionar com o tema em questão (abordavam diversas intervenções realizadas durante o trabalho de parto, incluindo a manobra de Kristeller, mas esta era apenas mencionada). Numa segunda etapa foram lidos na íntegra 56 artigos, tendo sido removidos 51 artigos pelo objeto de estudo não se relacionar com o tema, tendo sido incluídos 5 artigos na análise.

Decorrente desta análise dos estudos, recorremos a literatura cinzenta, através da pesquisa das referências bibliográficas dos artigos selecionados, tendo sido selecionados mais quatro artigos.

Assim, no total foram englobados 9 artigos encontrando-se o fluxograma de seleção dos mesmos descrito abaixo.

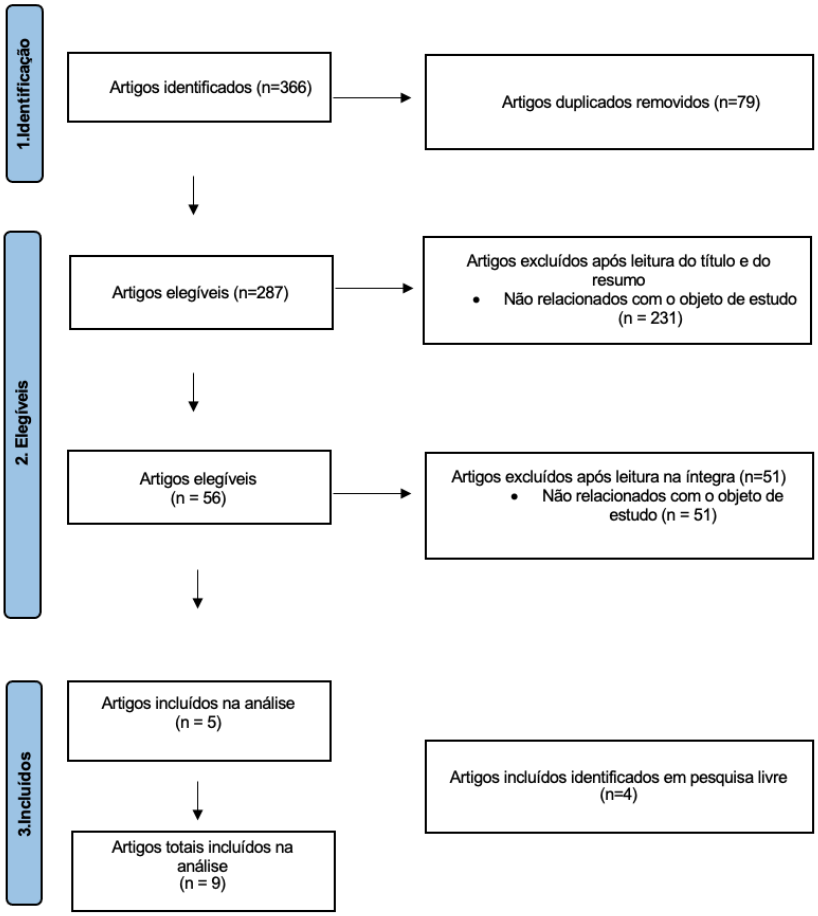

Figura 1- Fluxograma de seleção dos artigos

Os nove artigos selecionados encontram-se escritos em língua inglesa, entre os anos de 2017 e 2022. Os estudos são referentes a seis países, nomeadamente, Tóquio, Turquia, Irão, Peru, Espanha e Itália. Destes, três estudos foram publicados na Turquia, um em Tóquio, um no Irão, um no Peru, um em Espanha e outro em Itália.

No que concerne ao tipo de estudos, um é qualitativo e os restantes oito quantitativos. Destes últimos, quatro são analíticos e quatro são descritivos. De acordo com as etapas da revisão integrativa da literatura, os artigos encontram-se no Anexo 1 e foram classificados por nível hierárquico. Para tal, foram utilizados os níveis de evidência da JBI (2022), que se encontram no Anexo 2.

2.6.6. Discussão dos resultados

No seguimento da análise aos artigos selecionados e de acordo com as evidências encontradas, para a discussão dos achados, optamos por organizar as evidências em categorias, de modo a responder a conseguirmos responder à questão de investigação.

Deste modo, foram elencadas cinco categorias: 1) Características da realização da manobra de Kristeller; 2) Fatores de vulnerabilidade; 3) Repercussão da manobra de Kristeller na saúde física da mulher; 4) Repercussão da manobra de Kristeller na experiência de parto e 5) Perspetiva dos profissionais acerca da manobra de Kristeller. As categorias 1, 3 e 4 por serem mais abrangentes, foram fragmentadas em subcategorias, permitindo deste modo uma análise mais minuciosa de alguns aspetos que foram identificados nos estudos.

- Características da realização da manobra de Kristeller

- **Prevalência da manobra de Kristeller**

Podemos constatar que, a manobra de Kristeller é uma intervenção realizada de modo transversal, em todos os continentes. No que respeita à prevalência da sua realização, foram verificadas taxas de 89,3%, 50,15% 46,4%, 30,6% e 14% nos estudos realizados na Itália, Irão, Peru, Turquia, e Tóquio respetivamente (Pinar & Karaçam, 2018; Youssef et al., 2018; Becerra-Chauca & Failoc-Rojas, 2019; Hayta et al., 2019; Asti et al., 2020).

Também uma revisão sistemática com meta-análise, estimou uma prevalência de 23,2% de realização de pressão uterina durante o segundo estádio do trabalho de parto, tendo sido incluídos estudos relativos a 22 países. Este valor vai ao encontro dos resultados evidenciados nos estudos supracitados (Farrington et al., 2021).

No que concerne à prevalência em Portugal, foi apenas encontrado um estudo, alusivo aos partos instrumentados. Neste estudo, participaram 1685 mulheres, tendo sido averiguada a realização da manobra de Kristeller em 49%, sendo este valor acima da média reportada nos outros países da União Europeia (Lazzerini et al., 2022).

De salientar que, estes valores poderão se encontrar subestimados, atendendo que muitas vezes, a intervenção não fica registada no processo clínico devido ao receio dos profissionais de saúde em documentar uma prática não aconselhada (Rubashkin et al., 2019). Consequentemente, este fator dificulta a investigação acerca dos efeitos secundários, uma vez que não é descrito o modo de realização, a duração da aplicação e o número de vezes que foi concretizada. Por este motivo, os estudos não devem se basear apenas nesta fonte informação, mas também considerar outros métodos de recolha de dados como por exemplo, a observação direta ou o autorrelato (Farrington et al., 2021).

- **Justificação para a implementação da manobra de Kristeller**

Na literatura, os motivos mais apontados para a realização da manobra de Kristeller são: 1) os esforços expulsivos maternos inadequados (Pinar & Karaçam, 2018; Becerra-Chauca & Failoc-Rojas, 2019; Rubashkin et al., 2019; Akpinar & Kanbur, 2022); 2) a duração prolongada do segundo estádio de trabalho de parto (>2h) (Pinar & Karaçam, 2018; Hayata et al., 2019; Takmaz et al., 2020; Akpinar & Kanbur, 2022); 3) a ausência de progressão do trabalho de parto (Becerra-Chauca & Failoc-Rojas, 2019; Asti et al., 2020); 4) o cansaço materno (Takmaz et al., 2020); 5) o estado fetal não tranquilizador (Hayata et al., 2019; Becerra-Chauca & Failoc-Rojas, 2019; Rubashkin et al., 2019; Takmaz et al., 2020; Akpinar & Kanbur, 2022); e 6) a bradicardia fetal (Pinar & Karaçam, 2018; Asti et al., 2020).

Embora com menor frequência, também são referidas como justificações para a realização desta manobra: 1) a distócia de ombros (Pinar & Karaçam, 2018; Hayata et al., 2019); 2) o descolamento prematuro da placenta (Hayata et al., 2019); 3) o feto em variedade posterior ou transversa (Hayata et al., 2019); 4) a pedido da mulher (Becerra-Chauca & Failoc-Rojas, 2019); 5) a diminuição da sensibilidade/perceção dos membros inferiores devido a analgesia epidural (Rubashkin et al., 2019) e por último, 6) motivo clínico desconhecido (Hayata et al., 2019).

Num dos estudos analisados, nomeadamente, no realizado por Akpinar e Kanbur (2022), os autores constataram uma duração mais prolongada do segundo estádio do trabalho de parto nas mulheres que receberam pressão uterina. Estes referem que os esforços expulsivos inadequados podem ser devidos a fadiga materna, podendo consequentemente, provocar sofrimento fetal e um prolongamento do segundo estádio do trabalho de parto. Ou seja, os motivos que levam à concretização da manobra de Kristeller, também podem ser os mesmos

que causam um prolongamento do segundo estádio do trabalho de parto, e por esse motivo terem obtido esse achado.

Podemos ainda constatar que, no estudo realizado por Pinar e Karaçam (2018), 97,6% das puérperas a quem foi aplicada esta intervenção não apresentava nenhum tipo de critério para a sua implementação, o que significa que é muitas vezes realizada por rotina. No mesmo estudo, os profissionais justificaram a necessidade de implementação da intervenção com base na elevada afluência do hospital existindo, deste modo, necessidade de apressar o período expulsivo. Com base nesta justificação, podemos constatar que a manobra de Kristeller é efetuada muitas vezes sem ser identificada uma necessidade clínica na mulher e/ou no feto.

As justificações explanadas nos estudos, vão ao encontro da restante literatura, no qual são referidos os esforços expulsivos maternos inadequados, a duração prolongada do segundo estádio de trabalho de parto e o cansaço materno (Sharma et al., 2019; Farrington et al., 2021).

- **Técnica**

Podemos constatar que, a técnica de realização de pressão no fundo uterino, é executada de formas díspares pelos profissionais. No estudo realizado por Youssef et al. (2018), a pressão uterina foi realizada com a mão aberta; com uma e/ou as duas mãos fechadas e com o cotovelo, não tendo sido especificada a percentagem de cada um dos métodos. No estudo de Pinar e Karaçam (2018), foi maioritariamente executada com o antebraço (75,7%), sendo também muito utilizada a mão fechada (43%). Na investigação de Akpinar e Kanbur (2022) a mão e o cotovelo foram as mais utilizadas (56,3%) e também a mão e o antebraço (40%). No estudo de Becerra-Chauca e Failoc-Rojas (2019) constataram que a mão foi mais utilizada (77,6%), sendo também a mais usada no estudo de Takmaz et al. (2020).

Para a concretização da mesma, na revisão de Hofmeyr et al. (2017), quatro estudos utilizaram um cinto inflável. Este cinto, tinha como objetivo realizar pressão uterina, de modo controlado, durante a contração.

Em consonância com os achados na literatura, podemos constatar uma falta de uniformização na execução deste procedimento, o que dificulta a quantificação e controlo da força utilizada, podendo assim dificultar a compreensão dos efeitos adversos da intervenção (Hofmeyr et al., 2018).

- Fatores de vulnerabilidade

Os estudos referem, como fator de vulnerabilidade para a concretização da manobra de Kristeller, a mulher ser primípara (Pinar & Karaçam, 2018; Hayata et al., 2019).

Esta constatação foi também evidenciada no estudo realizado por Silva et al. (2015) e Masuda et al. (2020). Uma das justificações apresentadas para este achado, baseia-se no facto de as parturientes, independentemente de serem primíparas ou multíparas, serem transferidas para a sala de partos quando apresentavam dilatação completa. Por norma, a duração do segundo estádio de trabalho de parto é mais prolongada nas primeiras, o que se reflete num trabalho de parto mais demorado. Contudo, os profissionais não permitiam o tempo necessário para se desenrolar o trabalho de parto, e sentiam necessidade de apressar o parto (Silva et al., 2015; Pinar & Karaçam, 2018).

No entanto, a presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto apresenta um efeito protetor, no sentido em que, leva à diminuição de intervenções desnecessárias, sendo a manobra de Kristeller menos executada em mulheres que usufruíram deste direito. Esta associação pode ser justificada pelo facto de, nas instituições onde é incentivada a presença de acompanhante, sejam locais no qual a filosofia de assistência seja promotora de práticas de seguras. Outro argumento apontado é que, a atitude do profissional de saúde, tende a modificar perante a presença de um acompanhante (Monguilhott et al., 2018).

- Repercussão da manobra de Kristeller na saúde física da mulher

Associado à realização da manobra de Kristeller, foram identificadas repercussões na saúde físicas da mulher, nomeadamente, perda de sangue por via vaginal (Pinar & Karaçam, 2018; Asti et al., 2020), ocorrência de lacerações de primeiro, de segundo grau (Becerra-Chauca & Failoc-Rojas, 2019; Hayta et al., 2019; Asti et al.,2020; Akpinar & Kanbur, 2022), de terceiro grau (Hofmeyr et al., 2017) e dor (Hofmeyr et al., 2017; Becerra-Chauca & Failoc-Rojas, 2019).

No estudo realizado por Pinar e Karaçam (2018), a perda de sangue por via vaginal foi a complicação mais apontada, não tendo sido especificado em que momento ocorreu. Este achado vai ao encontro do estudo de Asti et al. (2020), que também identificou um maior sangramento, trinta minutos e uma hora após o parto, no grupo que sofreu intervenção.

Asti et al. (2020) reconheceram ainda uma maior incidência de lacerações de primeiro grau (11,41%) e de segundo grau (21,73%) no grupo submetido a esta intervenção. Akpinar e Kanbur (2022), verificaram também que as lacerações de primeiro, de segundo grau e as lacerações cervicais foram mais recorrentes nas mulheres submetidas à manobra de Kristeller, sendo a incidência de 28,7%, 17,5% e 76,3% respetivamente. Becerra-Chauca e Failoc-Rojas (2019) constataram que, 38% das mulheres submetidas à intervenção apresentaram consequências físicas, nomeando as lacerações como a principal repercussão, sendo maioritariamente lacerações vaginais superficiais em 84,2% e profundas em 15,8% dos casos. Na revisão de Hofmeyr et al. (2017), quatro estudos analisaram as consequências associadas à utilização do cinto inflável e constataram um aumento de lacerações de terceiro grau neste mesmo grupo. Já no estudo de Hayta et al. (2019), nas 263 mulheres submetidas à manobra de Kristeller, os desfechos mais comuns foram, primeiramente as lacerações do canal de parto (n=14) seguidas das lacerações cervicais (n=7).

Estes achados vão ao encontro do estudo de Açmaz et al. (2014), no qual o grupo submetido à manobra de Kristeller apresentou uma taxa de laceração cervical significativamente maior, comparativamente ao grupo de controlo.

A dor foi também reportada em dois estudos, nomeadamente, dor no momento da realização da manobra no estudo de Becerra-Chauca e Failoc-Rojas (2019) e dor no pós-parto, num dos estudos analisados por Hofmeyr et al. (2017), interferindo assim no bem-estar.

Hofmeyr et al. (2018), num estudo que englobou 1158 mulheres, compararam o efeito da pressão de fundo uterina de modo “suave” na mulher em posição vertical, com a mulher em posição vertical (sem intervenção) e com a mulher em posição de litotomia, concluíram que não existiam benefícios nesta técnica. Além disso, as mulheres submetidas a intervenção, apresentaram desconforto após essa conduta.

Outra consequência evidenciada no grupo submetido à manobra de Kristeller, foi um maior risco avulsão do músculo elevador do ânus a longo prazo, ou seja, três a seis meses após o parto (Youssef et al., 2018).

No que concerne a alterações funcionais no assoalho pélvico, um estudo avaliou as consequências a curto prazo (48 horas após o parto), tendo verificado um risco maior de lesão do músculo elevador do ânus e um hiato genital maior no grupo submetido a

intervenção, o que, como consequência, poderia levar a um prolapso da parede vaginal anterior (Takmaz et al., 2020).

- **Cascata de intervenções**

Nos estudos analisados, a manobra de Kristeller foi descrita como uma de muitas intervenções concretizadas durante o trabalho de parto. Através da análise dos estudos, observamos que os partos onde foi realizada esta manobra, apresentaram maiores taxas de episiotomia, necessidade de alongamento da incisão, amniotomia e indução de trabalho de parto (Pinar & Karaçam, 2018; Rubashkin et al., 2019; Asti et al., 2020; Akpinar & Kanbur, 2022).

Estes resultados são também evidenciados no estudo de Acmaz et al. (2014), no qual o alongamento da episiotomia, foi significativamente mais comum no grupo submetido à manobra de Kristeller. Também no estudo de Masuda et al. (2020), os autores verificaram que as mulheres submetidas a esta intervenção apresentaram maiores taxas de indução de trabalho de parto com recurso a ocitocina e ainda, parto vaginal instrumentado.

- Repercussão da manobra de Kristeller na experiência de parto

- **Consentimento informado**

Através da análise dos estudos constatamos que a solicitação do consentimento informado, antes da concretização de intervenções, particularmente, na manobra de Kristeller, não era realizado.

No estudo de Becerra-Chauca e Failoc-Rojas (2019), quando submetidas à manobra de Kristeller, os autores constataram que a 51,7% das mulheres não foi solicitado consentimento, sendo que, 77,6% referiu que não foi informada do objetivo do procedimento e os respetivos benefícios, 93,1% não foi esclarecida das consequências e 60,3% da justificação clínica. Além disso, no estudo de Pinar e Karaçam (2018), os autores verificaram que algumas das mulheres a quem a pressão uterina foi realizada não queriam que fosse realizado este procedimento, tendo as mesmas solicitado para pararem.

Já no estudo de Rubashkin et al. (2019), os profissionais utilizavam eufemismos como "ajudar" quando queriam aludir à manobra de Kristeller, o que foi percecionado pelas mulheres como dificultador do reconhecimento da intervenção.

Estes achados estão em consonância com os resultados encontrados por Scarton et al. (2018), no qual as parturientes referiram que a manobra de Kristeller foi realizada sem ser solicitado o consentimento e sem justificação. Também através dos testemunhos descritos, foi percetível que muitas vezes estas não compreendiam o que estava a ocorrer no momento da intervenção.

Estes resultados vêm evidenciar que muitas vezes o consentimento informado não é solicitado. Contudo, quando é realizado, a informação fornecida fica aquém do necessário, não sendo explicado qual o objetivo, benefícios e consequências associadas a este procedimento. Atendendo que, o consentimento informado se deve basear em dois conceitos, nomeadamente, na compreensão, ou seja, deve ser disponibilizada a informação necessária, como a situação clínica, opções de tratamento disponíveis e efeitos associados, devendo a informação transmitida ser clara e compreensível. O outro pressuposto, assenta no consentimento livre, no qual a pessoa permite voluntariamente a que seja realiza determinada intervenção. Deste modo, é imprescindível seja solicitado previamente à realização dos procedimentos, sendo transmitida informação objetiva e clara às mulheres por parte profissionais de saúde de modo que se envolva na tomada de decisão, recusando ou aceitando os procedimentos, podendo, a qualquer momento mudar de opinião. O consentimento informado é imprescindível para a realização de intervenções assumindo-se como um processo contínuo, que promove o envolvimento da mulher nos seus cuidados de saúde (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2009).

- **Significado atribuído pela mulher à manobra de Kristeller**

Podemos averiguar que, a realização da manobra de Kristeller no período expulsivo do trabalho de parto, apresenta diferentes significados para as mulheres, podendo ser classificados dicotomicamente, como experiências positivas e/ou negativas.

No estudo de Pinar e Karaçam (2018), quando questionadas sobre a perceção acerca desta intervenção, as respostas não foram unânimes, tendo 33% referido que achavam que era uma prática normal e 27,2% que facilitou o parto, ao passo que, 19,4% afirmaram que era uma má conduta. De acordo com os mesmos autores, os significados positivos atribuídos por algumas das parturientes foram influenciados pelos motivos indicados pelos profissionais de saúde que assistiam ao parto, nomeadamente, que a manobra iria ajudar a parturiente (através da diminuição da duração do trabalho de parto), ou referindo que o feto se encontrava em sofrimento.

No estudo de Çalik et al. (2018), os autores quiseram compreender o impacto da realização de intervenções frequentes durante o trabalho de parto na satisfação materna. Este constatou que 31,9% das mulheres que participaram no estudo e foram submetidas a amniotomia, referiram se encontrar satisfeitas com a intervenção. A justificação encontrada pelos autores tem por base a informação transmitida pelos profissionais de saúde, nomeadamente, que a intervenção tinha o objetivo de acelerar o parto, sendo que um trabalho de parto mais curto, é muitas vezes percecionado pelas mulheres como um aspeto positivo.

Este significado positivo foi também encontrado no estudo de Lansky et al. (2019), que reportou que as mulheres referiram uma boa qualidade nos cuidados prestados mesmo quando tinham sido submetidas a diversas intervenções, como por exemplo, a manobra de Kristeller. Segundo Moura et al. (2020), este achado encontra-se inerente à ausência de conhecimento quanto aos malefícios das intervenções e, por esse motivo, não reconhecerem quando são submetidas a procedimentos desnecessários e perniciosos.

Contudo, intervenções como a realização de pressão uterina (entre outras), foram descritas como causando um impacto negativo na satisfação materna (Çalik et al., 2018). Isto porque, a não ser que seja estritamente necessário, a maioria das mulheres não quer ser submetida a práticas dispensáveis. Por esse motivo, a realização deste tipo de intervenções afetam a satisfação materna com o parto (Acmaz et al., 2014).

- Perspetiva dos profissionais acerca da manobra de Kristeller

O estudo de Rubashkin et al. (2019) analisou a perspetiva dos profissionais acerca da necessidade de aplicação da manobra de Kristeller. Neste estudo, os profissionais referiram que executavam a manobra de Kristeller "modificada". Segundo o mesmo, esta intervenção é realizada através de uma pressão suave, sendo solicitado o consentimento à mulher. Não obstante, as justificações utilizadas para a sua execução, são idênticas às apontadas para a manobra de Kristeller "tradicional".

No que concerne aos riscos associados à concretização da manobra de Kristeller, os profissionais argumentam que os possíveis efeitos secundários são decorrentes de uma incorreta realização da manobra (Rubashkin et al., 2019).

Por outro lado, no estudo realizado por Masuda et al. (2020), os profissionais mencionaram que tinham conhecimento de que a manobra de Kristeller não era recomendada e reconheciam os efeitos negativos associados, particularmente, dor, rotura uterina e hematoma na região abdominal. Contudo, decorrente da experiência prática, afirmavam que esta era eficaz na progressão do trabalho de parto e na redução do tempo do período expulsivo.

Num estudo realizado no Brasil, foram verificadas diferentes perceções por parte dos EEESMO acerca da manobra de Kristeller. Este procedimento foi reconhecido por alguns como um tipo de violência, não concretizando esta prática por rotina, outros profissionais argumentaram que, apesar de não se encontrar recomendada, tinha como objetivo ajudar a parturiente (Leal et al., 2018).

2.6.7. Conclusão

Em síntese, podemos concluir que a manobra de Kristeller se assume como uma intervenção amplamente realizada em todo o mundo, apesar de não apresentar evidência de benefícios. Aliás, de acordo com a literatura encontrada, a sua utilização encontra-se associada a diversas consequências físicas na mulher, designadamente, maior perda vaginal durante e após o parto, maior incidência de lacerações de primeiro e segundo grau, maior risco de lesão do músculo elevador do ânus, dor e ainda impacto negativo na experiência de parto.

Foi também constatado, que a realização da manobra de Kristeller no segundo estágio de trabalho de parto, se encontra fortemente associada à concretização de outras intervenções obstétricas, como por exemplo, amniotomia, indução de trabalho de parto e episiotomia, sendo por vezes, o início e por outras, o culminar, de uma cascata de intervenções. Estes dados, evidenciam a existência de uma prática assistencial, ainda muito intervencionista.

O facto de a mulher ser primípara, assume-se como um fator de vulnerabilidade, para a concretização de intervenções desnecessárias. Todavia, a presença de acompanhante, reflete-se como um fator protetor. Assim, é fulcral que seja garantido e protegido o direito da mulher em ter a presença de uma pessoa significativa.

No que concerne ao significado atribuído pela mulher à manobra de Kristeller, podemos verificar divergências de opinião. Não obstante, quando explorado o significado subjacente,

compreendemos que muitas vezes se baseia na omissão da informação relativa à intervenção, o que não possibilita uma escolha consciente e informada por parte da mulher.

Também a perspetiva dos profissionais acerca da realização da manobra de Kristeller não é unânime, verificando-se uma incongruência entre o conhecimento teórico e experiência clínica. Assim, alguns profissionais afirmam que esta é uma prática não recomendada e por esse motivo não a realizam. Contudo, outros profissionais referem que apesar de deterem este conhecimento, e de existirem consequências associadas à mesma, observam que, na prática clínica, esta apresenta benefícios e por esse motivo continuam a realizar esta intervenção.

Não obstante, uma prática não baseada na evidência, é considerada como não respeitosa, revelando falta de qualidade nos cuidados, existindo uma franca associação entre a falta de qualidade nos cuidados e os efeitos maternos adversos. Esta também contribui para a insatisfação materna em relação experiência de parto, devendo deste modo as intervenções serem restritas ao estritamente necessário.

Destacamos que, os estudos evidenciaram que os EEESMO assumem um papel preponderante na promoção do parto fisiológico, com cuidados alicerçados em práticas seguras e baseados na melhor evidência, que se repercutem em melhores resultados na saúde materna.

Posto isto, evidenciamos a necessidade de mais estudos, principalmente em Portugal, que nos permitam compreender esta realidade, só assim será possível que sejam delineadas estratégias que evitem este tipo de atuação e que promovam uma prática segura e baseada em evidência.

CAPÍTULO III- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE PUERPÉRIO

O contexto de desenvolvimento de competências no serviço de puerpério decorreu no CMIN entre o dia 2 de março e o dia 10 de abril de 2022 sob a supervisão de uma EEESMO, com um total de 100 horas.

Apesar de ser consensual de que o puerpério se inicia com o nascimento do bebé, o seu final não se encontra tão definido, sendo frequentemente consideradas as seis a oito semanas após o parto, porque os efeitos da gravidez em muitos sistemas retornam ao estado pré-gravídico neste período (International Encyclopedia of Public Health (Second Edition), 2017). Contudo, nem todos os órgãos regridem durante esse período, nem essa transformação é linear ao longo do tempo. Por esse motivo, o ACOG (2018), considera que os cuidados pós-parto se estendem até 12 semanas após o parto (Opinião do Comitê ACOG nº 736: Optimizing Postpartum Care).

De salientar que, não se verificam apenas alterações físicas, mas também mudanças psicológicas e sociais, sendo por esse motivo considerada uma fase de ajustamento para a mulher (Cardoso, 2012; Graça, 2017).

Face a estas mudanças, o EEESMO tem como função potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido. Para tal, deve promover o conhecimento acerca do processo de desenvolvimento do recém-nascido e das competências comportamentais e sensoriais expectáveis ao momento do nascimento, apoiando assim a puérpera e/ou pessoa significativa nos cuidados ao recém-nascido, promovendo um desenvolvimento saudável e fomentando a ligação entre a tríade, mãe, pai e recém-nascido; informar acerca das alterações anatómicas e psicológicas que ocorrem na puérpera nesta fase, detetar precocemente complicações no pós-parto e apoiar a amamentação (Regulamento n.º 391/2019).

Posto isto, no serviço de puerpério, o EEESMO é considerado um elemento facilitador do processo de recuperação pós-parto e da transição e adaptação à parentalidade, cooperando no desenvolvimento das competências parentais, de modo que estes possam dar resposta às necessidades do recém-nascido com segurança.

3. Contextos do desenvolvimento de competências no âmbito do pós-parto: LOCAL

O serviço de puerpério apresenta 34 camas. Destas, 16 são enfermarias individuais e as restantes duplas. É constituído ainda pela sala de trabalho de enfermagem onde é realizada a preparação da medicação e se concretiza a passagem de turno, sendo também este o local

onde são executadas algumas intervenções ao recém-nascido, como por exemplo, colheita de sangue ou aspiração de secreções.

O desenvolvimento de competências neste local permitiu o acompanhamento de puérperas e recém-nascidos com nível de complexidade diverso. Na tabela abaixo encontra-se o registo dessas mesmas experiências, sendo classificadas as puérperas em alto e baixo risco, nas primeiras são englobadas as que apresentam patologias, como por exemplo, diabetes e hipertensão, não apresentando as puérperas de baixo risco comorbilidades. Os recém-nascidos também se encontram categorizados em alto e baixo risco, sendo considerados de alto risco os recém-nascidos classificados como leve para a idade gestacional e os grande para o idade gestacional, os filhos de mãe diabética e os que necessitaram de fototerapia.

Registo de experiências			
Puérperas		Recém-nascidos	
Alto risco	Baixo risco	Alto risco	Baixo risco
12	39	10	37
Total: 51		Total: 47	

Quadro 4- Registo de experiências

Neste capítulo irão ser abordados os diagnósticos e as intervenções que careceram de uma maior reflexão da nossa parte.

De acordo com a dinâmica do serviço, a duração do internamento, nas mulheres que tiveram parto vaginal são de 48 horas e nas mulheres submetidas a cesariana são 72h. Esta diferença, surge pela necessidade de uma maior vigilância e pela recuperação mais demorada associada à cesariana, pela presença de dor e de uma maior dificuldade na mobilidade e, consequentemente, na realização das atividades de vida diária (Weckesser et al., 2019).

Neste local, a presença contínua de uma pessoa significativa apenas se encontrava possibilitada nas puérperas que estivessem num quarto individual. Nas enfermarias duplas, as visitas encontravam-se circunscritas a uma pessoa, no qual o pai se encontrava englobado e num horário restrito de três horas.

A palavra pai pode apresentar diversos significados, particularmente, ser o progenitor da criança ou ser a pessoa que educa e estabelece laços com a criança, não sendo necessariamente a pessoa que gerou a mesma. Segundo o ICN (2019), o papel de pai é descrito como o papel parental, no qual o homem se encontra incumbido de desempenhar

as responsabilidades de ser o progenitor do sexo masculino no seio da família, de acordo com a sua cultura e grupo social.

3.1. A relevância do pai como parceiro de cuidados ao recém-nascido para uma transição saudável para a parentalidade

A parentalidade pode ser descrita como assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai, adotando um conjunto de atitudes promotoras da incorporação do recém-nascido na família, através de comportamentos que promovam o crescimento da criança, de acordo com as expectativas pessoais, familiares e da sociedade (ICN, 2019). Assim, ao utilizarmos o conceito de parentalidade, temos como objetivo englobar a maternidade e a paternidade, ou seja, a mãe e o pai.

As restrições associadas à permanência a tempo inteiro e a limitação horária das visitas, levou-nos a refletir acerca da valorização do papel da mãe e do pai. Por um lado, porque parece atribuir-se à mãe o papel de cuidadora principal do seu filho ficando, por outro lado, subestimada a importância do papel do pai nos cuidados ao recém-nascido. Este aspeto é evidenciado num estudo realizado por Cardoso (2012), que refere que os filhos se encontram principalmente aos cuidados das mães, apresentando as mesmas uma maior responsabilidade pelos filhos. Assim, apesar de tanto o pai e a mãe se encontrarem a vivenciar uma transição, as mães aparentam se envolver mais ativamente tanto na preparação, como nos cuidados ao filho, mesmo depois de ele nascer.

Foi possível observar que, no período de visita, mesmo quando os pais se encontravam presentes, a iniciativa de acalmar o recém-nascido ou trocar a fralda, provinha da parte da mãe. Porém, também presenciamos pais que demonstravam envolvimento e interesse em cuidar do recém-nascido, por exemplo, através da iniciativa em preparar o material para o banho, trocar a fralda, sendo também estas atividades incentivadas de modo a envolver os pais nos cuidados.

Segundo Firouzan et al. (2018), o envolvimento do pai no pós-parto apresenta diversas vantagens, particularmente, o início precoce da amamentação, o aumento de peso em recém-nascidos prematuros, o fortalecimento da relação entre o pai e o filho e ainda, a longo prazo, favorece o desenvolvimento cognitivo, desenvolvimental e social da criança. Posto isto, consideramos que seria relevante uma alteração na conduta preconizada pela

instituição, devendo ser permitida e incentivada pelos profissionais a permanência do pai, de modo a fomentar o seu envolvimento.

3.2. Avaliar a evolução da recuperação pós-parto

As puérperas eram admitidas no serviço vindas do núcleo de partos (quando apresentavam parto vaginal) ou do bloco (se tivessem sido submetidas a cesariana). Nas primeiras, a passagem da informação acerca da puérpera e recém-nascido era realizada por via telefónica ao passo que, nas mulheres submetidas a cesariana, a transmissão da informação era presencial, no momento em que era realizada a transferência.

O acolhimento da puérpera iniciava-se com a nossa apresentação, do serviço e das respetivas rotinas, sendo este aspeto fundamental para a qualidade dos cuidados e estabelecimento de uma relação terapêutica. Após a acomodação da puérpera na sua unidade, era realizado o exame físico que englobava a avaliação dos sinais vitais, estado das mamas, contração uterina, lóquios e estado do períneo.

Segundo as diretrizes da WHO (2022), no documento intitulado *Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*, a pressão arterial deve ser avaliada após o parto, e se não apresentar alterações, a avaliação subsequente deve ser realizada seis horas após. De salientar que, nos primeiros cinco dias após o parto, é verificado um aumento gradual dos seus valores associado ao aumento da resistência vascular periférica, sendo aspeto considerado nas mulheres patologias hipertensiva prévia ou na gravidez (Graça, 2017). A frequência cardíaca e a temperatura, devem ser avaliadas durante as primeiras 24 horas de forma regular, sendo verificado uma diminuição da frequência cardíaca neste período comparativamente aos valores da gravidez. Na prática clínica, de modo a despistar a ocorrência de complicações, com base nas alterações hemodinâmicas que se verificam neste período, a pressão arterial, a frequência cardíaca e a temperatura eram avaliadas uma vez por turno, sendo realizada uma monitorização mais frequente aquando do aparecimento de modificações.

A avaliação da dor era também realizada em todos os turnos com recurso a uma escala numérica, de 0 a 10. A dor no pós-parto pode apresentar diversas etiologias (por exemplo, ser localizada na região perineal ou abdominal). Para promover o alívio da dor na região perineal, que era comum nas mulheres submetidas a parto vaginal, era recomendada a

aplicação de envolvimento frio através de gelo (durante 10 minutos, de duas em duas horas) ou compressas frias, que além do efeito analgésico, resultam numa melhoria do edema (Francisco et al., 2018; WHO, 2022). Também se encontrava protocolado a administração de analgésico por via oral, salientando-se o paracetamol como a escolha de primeira linha. A presença de dor abdominal pós-parto deve-se principalmente à contração das fibras musculares do miométrio, que poderão ser mais intensas nos primeiros três dias durante a amamentação, resultante da libertação de ocitocina pela hipófise posterior (Graça, 2017). Alguns autores defendem que a dor poderá ser mais acentuada nas primeiras 12-24 horas, diminuindo gradualmente em termos de frequência e intensidade quatro a sete dias após o parto (Western, 2010).

Durante o exame corporal à puérpera, eram também observadas as mamas, nomeadamente, o tipo de mamilos e a sua integridade, uma vez que este último aspeto se assume como pertinente para o sucesso na amamentação.

A avaliação do tónus uterino no pós-parto por palpação do abdómen era realizada em todos os turnos, tendo como objetivo a identificação precoce de atonia uterina (WHO, 2022). A involução uterina era também avaliada aquando da palpação do abdómen. Esta é influenciada pelo tipo de parto, paridade e pela amamentação, sendo verificando um maior volume uterino nas puérperas submetidas a cesariana, nas multíparas e nas puérperas que não se encontram a amamentar (Graça, 2017).

Durante o processo de involução uterina, o revestimento do útero é eliminado por via vaginal, designando-se este corrimento de lóquios, devendo as suas características ser avaliadas, particularmente a coloração, quantidade e cheiro, de modo a despistar sinais de infeção ou presença de hemorragia (Knight, 2016; Graça, 2017).

A presença de hemorróides era também uma situação comummente observada, sendo sugerida a aplicação de gelo no local durante 10 minutos para a diminuição da dor e/ou desconforto. A aplicação de gelo produz um efeito analgésico e anti-inflamatório durante aproximadamente 2 horas (Francisco et al., 2018; WHO, 2022). De salientar que, além de permitir um alívio da dor, previne a ocorrência de trombose hemorroidária (Graça, 2017).

O estado do períneo, nas puérperas que tiveram parto por via vaginal, era também avaliada neste período. O períneo poderá estar edemaciado, em particular, no local da correção da laceração ou episiorrafia. Para correção das feridas traumáticas e das feridas cirúrgicas, por norma, era utilizado um fio de sutura sintético e absorvível, que apresenta como vantagem

o facto de provocar mínima reação na pele. A sutura era cuidadosamente examinada na presença de dor acentuada ou hematoma, de modo a despistar eventuais complicações (Barros et al., 2011; Graça, 2017).

Após a avaliação da puérpera, de acordo com o tipo de parto, era incentivado o levante precoce. Nas mulheres submetidas a parto vaginal, era preconizado o levante após o exame físico, desde que fossem verificadas condições clínicas. Nas mulheres submetidas a cesariana, o primeiro levante era realizado nas primeiras 6 a 8 horas após o parto, uma vez que a realização precoce diminui a possibilidade de fenómenos tromboembólicos, sendo este período mais suscetível à ocorrência deste tipo de situações, devido ao aumento do retorno venoso (Graça, 2017).

A eliminação urinária era também um aspeto alvo de atenção. Nos partos vaginais, o risco de retenção urinária pode estar associado à administração de anestésicos ou a lesão transitória dos nervos pudendos, assim, após o levante as puérperas eram incentivadas a ir à casa de banho (Graça, 2017; NHS, 2020). Nas puérperas submetidas a cesariana, o cateter urinário era removido seis horas após se tivesse sido administrada uma baixa dose de analgesia ou 12 horas depois, se tivessem sido administradas doses elevadas, sendo também considerado o débito urinário apresentado (NHS, 2020).

3.3. Avaliar a evolução do desenvolvimento infantil

No momento da admissão do recém-nascido eram recolhidos um conjunto de dados através do processo clínico, nomeadamente, a história obstétrica materna (vigilância da gravidez e alterações que possam ter ocorrido), o tipo de parto e intercorrências (por exemplo, laqueação prévia do cordão, reanimação neonatal), a idade gestacional, o índice de apgar (ao 1º, 5º e 10º minuto) e os dados antropométricos ao nascimento, que possibilitavam, juntamente com o exame físico, adequar os cuidados às necessidades do recém-nascido.

Assim, no exame físico, era observada a pele, particularmente, a presença de eventuais alterações, a presença de reflexos e o coto do cordão umbilical. Também o padrão de eliminação, a monitorização da glicemia capilar e a avaliação do peso eram algumas intervenções realizadas durante o internamento.

Vigilância dos achados na pele

A avaliação da pele permite confirmar e recolher informações acerca do recém-nascido, particularmente, a idade gestacional e condição clínica.

A presença de vérnix caseoso, é comum nos recém-nascidos de termo, dado que, é mais abundante no terceiro trimestre e vai diminuindo após as quarenta semanas de gestação. Este caracteriza-se por uma camada de cor branca/amarelada, que é composta por células epiteliais descamadas e apresenta uma função protetora da pele contra bactérias, prevenindo a desidratação (Duarte & Braga, 2011).

Também a ocorrência de alterações fisiológicas na pele são consideradas um achado comum no recém-nascido, destas destacamos o eritema tóxico, a mília, as manchas mongólicas, o *caput succedaneum* e a acrocianose, pela recorrente observação destes achados nos diversos recém-nascidos.

O eritema tóxico, que se caracteriza por uma erupção cutânea com a presença de pústulas no centro. Por norma, localizava-se na face, tronco e extremidades. Segundo a literatura, é muito comum a sua ocorrência, principalmente nos bebés de termo, podendo aparecer ao nascimento ou dois dias após. A etiologia é desconhecida, e por norma resolve-se espontaneamente até o 6º dia de vida, no entanto, pode permanecer até as primeiras duas semanas de vida (Morgan et al., 2009; Kutlubay et al., 2017).

Também a presença de manchas mongólicas foi observada em diversos recém-nascidos. Estas são resultantes do acúmulo de melanócitos e apresentam-se como manchas de cor azul acinzentada, localizadas em diversas regiões, como por exemplo, na região sacroglútea ou nos trocânteres, regredindo após o primeiro ano de vida (Gupta & Thappa, 2013).

A presença de lesões traumáticas, como o *caput* succedaneum, são decorrentes da pressão exercida pela cabeça fetal durante o trabalho de parto, e resolvem-se de modo espontâneo até 48 horas após o parto (Beck et al., 2004).

Também a coloração azulada das mãos e os pés é comum nas primeiras 48 horas, designando-se este fenómeno de acrocianose (Beck et al., 2004).

Vigilância dos reflexos do recém-nascido

O recém-nascido, apresenta ao nascimento um conjunto de reflexos primitivos, que através da sua avaliação, nos permitem compreender o seu estado neurológico. Destes destacamos

os reflexos que se assumem como importantes para a amamentação, especialmente, o reflexo de busca e preensão, o de sucção e o de deglutição. O recém-nascido apresenta o reflexo de busca e preensão, quando sente nos lábios ou nas bochechas, a mama da mãe e vira a cabeça à sua procura, acabando por colocar a língua para fora. O reflexo de sucção, consiste na realização de sucção quando alguma coisa toca no palato. Por fim, o reflexo de deglutição, consiste na deglutição do leite quando este se apresenta na boca (Levy & Bértolo, 2012).

Vigilância da eliminação do recém-nascido

Em relação ao padrão de eliminação, os recém-nascidos devem ter a primeira dejeção nas primeiras 24 horas de vida. Todavia, às 48 horas devem apresentar duas ou mais dejeções por dia, e às 76 horas devem apresentar três ou mais dejeções por dia (Lawrence & Lawrence, 2015).

Em termos de características, as primeiras fezes são designadas de mecónio e apresentam coloração preta/esverdeada e uma consistência viscosa, sendo constituídas por líquido amniótico, muco, entre outras substâncias deglutidas, não apresentando cheiro. Estas são eliminadas nas 48 horas de vida (Bhinde, 2014; Lawrence & Lawrence, 2015). Após este período, as dejeções ficam mais claras, apresentando uma coloração mais esverdeada e são denominadas por fezes de transição. As características das fezes dos recém-nascidos amamentados são diferentes dos alimentados com leite adaptado. Nos primeiros, as fezes apresentam uma coloração amarela/esverdeada, de consistência pastosa, podendo apresentar umas pequenas "sementes". Já nos bebés alimentados com leite adaptado, as fezes apresentam uma coloração amarelo-pálido (Bhinde, 2014).

A primeira micção deve surgir nas primeiras 24 horas. No segundo dia de vida, devem apresentar uma ou mais micções, duas ou mais micções no segundo dia de vida e três ou mais micções no terceiro dia de vida (Lawrence & Lawrence, 2015).

Pode ocorrer a presença de cristais de urato, que se apresentam como "pó de tijolo". O aparecimento nos primeiros três de vida é considerado um achado normal, no entanto, a sua ocorrência pela primeira vez a partir do terceiro dia ou após este período, pode sugerir que o recém-nascido se encontra desidratado (Lawrence & Lawrence, 2015).

Vigilância do coto do cordão umbilical

O coto do cordão umbilical apresenta nos primeiros dias pós-parto um aspeto gelatinoso, passando por um processo de mumificação ao longo dos dias, acabando por cair entre o 5 º e o 15 º dia após o nascimento (Imdad et al., 2013).

A vigilância da aparência do coto e da pele circundante tem como objetivo detetar a presença de sinais inflamatórios e/ou de infeção, como rubor, edema, drenagem serosa, odor fétido e dor que podem ser indicativos de onfalite (López-Medina et al., 2020). Esta complicação é apontada como uma causa significativa de doença e morte nos recém-nascidos nos países em desenvolvimento (Imdad et al., 2013).

Monitorização da glicemia capilar

A medição da glicemia capilar no recém-nascido tem como intuito diagnosticar situações de hipoglicemia. Na prática clínica, encontrava-se protocolada a sua realização nos recém-nascidos com fatores de risco para desenvolvimento de hipoglicemia, designadamente, os filhos de mães diabéticas, os pré-termo, os com restrição de crescimento intra-uterino, os leves para a idade gestacional ou os grandes para a idade gestacional.

Para a realização da mesma, sempre que possível, o recém-nascido era colocado no colo da mãe. Posteriormente, o pé era previamente aquecido com as mãos, de modo a promover a vasodilatação, desinfetado, realizada a punção na face lateral externa ou interna do calcanhar e colocada a gota de sangue na tira-reagente.

Os valores de referência da glicose não se encontram estáveis nas primeiras horas de vida, apresentando um valor mínimo às duas/três horas e normalizando entre seis a doze horas (Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPN], 2016a).

Também o risco de hipoglicemia, não é semelhante entre todos os casos citados anteriormente. Os filhos de mães diabéticas, apresentam um maior risco nas primeiras 12 horas de vida, ao passo que, os recém-nascido com RCIU, os leves para a idade gestacional e os pré-termo apresentam este risco durante mais tempo, sendo ponderada a monitorização de modo individual.

Na prática clínica, os objetivos de glicemia protocolados eram superiores aos indicados pela Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN, 2016a). Assim, se os recém-nascidos apresentassem mais de três avaliações de glicemia prévia à alimentação, > 50 mg/dl, eram

suspensas as monitorizações, sendo o objetivo de glicemia considerado pela SPN (2013) os >45 mg/dl.

Monitorização do peso

A avaliação do peso do recém-nascido era realizada no momento da alta, ou seja, entre o segundo e terceiro dia de vida.

Os recém-nascidos apresentam uma perda fisiológica de peso nos primeiros dias de vida. Esta parece encontrar-se associada à distribuição dos fluidos corporais e à eliminação de líquidos e mecónio, não sendo consensual a percentagem de peso considerada normal. Alguns autores defendem que uma perda de peso de sete a dez por cento, em relação ao peso ao nascimento é considerada normal (Rautava, 2015). Ao passo que, outros autores, consideram que o valor expectável se aproxima dos seis por cento, sendo verificado o pico de perda de peso máximo por volta do segundo/terceiro dia de vida (Noel-Weiss et al., 2008). Na prática clínica, uma perda até 10% do peso do nascimento era considerada fisiológica.

No que respeita ao pico de perda de peso, num estudo realizado em Portugal, em recém-nascidos de termo, foi verificado às 52,3 horas de vida, com uma perda média de 218 gramas, começando após este período, a recuperar o peso do nascimento (Fonseca et al., 2015).

As causas de perda de peso podem ser multifatoriais, e por este motivo, é essencial considerar na sua interpretação diversos dados, particularmente, o tipo de parto, a administração de fluidos endovenosos à mãe durante o trabalho de parto, as rotinas hospitalares e a amamentação (Noel-Weiss et al., 2008).

Podemos verificar na prática clínica que a perda de peso se assumia como um fator de preocupação para a mãe e pai (quando este se encontrava presente). No entanto, nos recém-nascidos amamentados exclusivamente, quando eram detetadas perdas de peso mais acentuadas, mesmo que dentro dos valores normais, levavam a sentimentos de baixa autoeficácia materna no que concerne ao processo de amamentação, sendo explicadas as causas que se podem encontrar associadas a esta perda.

No que concerne ao aumento de peso, após a primeira semana de vida o recém-nascido aumenta cerca de 15 a 30 gramas por dia, recuperando o peso do nascimento entre o 10º e o 14º dia (Lawrence & Lawrence, 2015).

Importa reforçar que, cada recém-nascido tem a sua curva de ganho de peso individual, e que as percentagens têm como objetivo detetar precocemente uma perda de peso acima do valor expectável (10%), prescrevendo intervenções que visem a recuperação do mesmo. Considerando que, muitos dos fatores que podem levar a esta perda de peso não são modificáveis no contexto do puerpério, a nossa intervenção de modo a promover a recuperação do peso era focada na amamentação, através do reforço das mamadas e da correção do posicionamento ou pega (se aplicável).

3.4. Intervenções resultantes de prescrição

Os cuidados ao recém-nascido abrangiam a realização de um conjunto de intervenções sendo privilegiada a realização das mesmas e dos cuidados ao recém-nascido junto da mãe e do pai (quando se verificava essa possibilidade).

Nas intervenções que poderiam causar algum tipo de desconforto, como a administração da vacina contra a hepatite B que era realizada ao primeiro dia de vida, e a realização do teste do diagnóstico precoce, realizado entre o terceiro e o sexto dia de vida, era incentivado o contacto físico com a mãe particularmente, uma vez que parece diminuir a resposta fisiológica à dor (Estratégias não farmacológicas no controlo da dor à criança, OE, 2013).

Também em alguns recém-nascidos era verificada a necessidade de realização de fototerapia, sendo a mesma concretizada no quarto junto da mãe e do pai (se presente).

Realização de fototerapia

O aparecimento de icterícia neonatal, é caracterizada pela coloração amarela da pele e das escleróticas, apresentando uma progressão céfalo-caudal, sendo mais frequente a sua ocorrência nos recém-nascidos pré-termo (Wilson-Clay & Hoover, 2013; SPN, 2016b).

Por vezes, através da observação do recém-nascido era suspeitada a presença de icterícia, sendo confirmado o valor com o medidor transcutâneo por ser um método menos invasivo. No entanto, quando o recém-nascido apresentava mais do que 35 semanas e mais de 24 horas de vida, o método privilegiado era o doseamento sérico da bilirrubina total.

Existem determinados fatores que podem concorrer para o desenvolvimento de icterícia neonatal nos quais destacamos, o teste de *coombs* positivo, a incompatibilidade do sistema ABO, a prematuridade, o défice de ingestão calórica, a desidratação e o parto assistido por

ventosa (que pode provocar cefalohematoma) (Wilson-Clay, & Hoover, 2013). Quando confirmada a presença de icterícia, e em consonância com os valores de bilirrubina, era prescrita pelo pediatra a realização de fototerapia.

A fototerapia é utilizada no tratamento da icterícia neonatal e prevenção da hiperbilirrubinemia severa. Esta intervenção não invasiva permite converter a bilirrubina não conjugada, que se encontra na pele e mucosas, num constituinte passível de ser excretado. A fototerapia assume especial importância uma vez que a bilirrubina pode atravessar a barreira hematoencefálica e provocar lesões do sistema nervoso central (SPN, 2016b).

Durante o internamento, seis recém-nascidos tiveram que realizar fototerapia (4 recém-nascidos fototerapia simples com recurso a bilibed (berço) e billicombi (fato turco) e 2 recém-nascidos (fototerapia dupla).

Na fototerapia simples, o recém-nascido permanecia apenas com a fralda dentro do fato turco, no caso da fototerapia dupla, permanecia com a fralda e proteção ocular (SPN, 2016b).

Inerente a este procedimento, eram concretizadas um conjunto de vigilâncias no recém-nascido, nomeadamente, a temperatura, a realização da alternância de decúbito (de 3/3 horas) após cada mamada de modo a evitar áreas de sobreaquecimento e garantir a exposição corporal de todas as regiões, a vigilância da diurese, a hidratação e o tempo de exposição (SPN, 2016). Na prática clínica eram também vigiadas o número de dejeções e as características das fezes, realizado o registo da hora de início, fim e interrupções da fototerapia, a coloração e integridade cutânea (uma vez que a pele pode se apresentar mais seca).

De salientar que, apesar de ser preconizado na fototerapia dupla, a utilização de proteção ocular, esta deve apenas ser utilizada durante a intervenção, permitindo assim a interação do recém-nascido quando não estiver exposto à luz, durante por exemplo a amamentação ou troca da fralda. O reforço da limpeza ocular nestes casos é também salientado pela literatura, devido à acumulação de secreções (Gonçalves et al., 2016).

As vigilâncias supracitadas têm também como objetivo vigiar a ocorrência de efeitos secundários associados a este procedimento, nomeadamente, hipertermia, fezes de características moles e exantema eritematoso (SPN, 2016b).

A mãe era incentivada a amamentar o recém-nascido pelo menos, de três em três horas, de modo a garantir o aporte hídrico uma vez que, a eliminação de lamirubina através da urina, é o mecanismo primordial da fototerapia para reduzir a bilirrubina total (SPN, 2016b).

Pudemos constatar que, a realização de fototerapia, era considerada um motivo de preocupação para as mães, sendo observadas reações como tristeza e preocupação por o recém-nascido necessitar de algum tipo de tratamento, e consequentemente, ter de permanecer mais dias internado. Este tipo de respostas por parte da mãe é corroborado por um estudo realizado no Rio de Janeiro, que descreveu os desafios apresentados pelas mães de recém-nascidos submetidos a fototerapia, tendo sido descritas as mesmas reações. De modo a colmatar estas reações, também associadas ao desconhecimento acerca do tratamento e respetivas vigilâncias, era transmitida toda a informação inerente aos cuidados ao recém-nascido durante este período (Fernandes et al., 2016).

3.5. Promover a recuperação pós-parto: focos/diagnósticos e intervenções de enfermagem

No puerpério, como referido anteriormente, são diversas as alterações que ocorrem na mulher, particularmente, mudanças físicas, psicológicas e fisiológicas. Assim, torna-se essencial identificar as necessidades da mulher e dotá-la de conhecimento de modo a promover a sua recuperação pós-parto.

Conhecimento sobre o autocuidado no pós-parto

O exame físico era realizado em todos os turnos. Durante a concretização do mesmo, no âmbito do conhecimento sobre o autocuidado no pós-parto, e de acordo com as necessidades identificadas, eram concretizadas um conjunto de intervenções. Estas tinham como objetivo aumentar o conhecimento da puérpera e preparar a alta, uma vez que, o período de internamento é reduzido, sendo transmitida a informação de acordo com as necessidades identificadas, de modo gradual em todos os turnos.

A puérpera era informada acerca das características expectáveis dos lóquios ao longo das semanas. Nos primeiros três a cinco dias, estes apresentam na sua composição eritrócitos e fragmentos de decídua e designam-se de lóquios hemáticos, pela presença de sangue, a partir do quinto dia, são designados de lóquios serosos, apresentando uma cor castanho avermelhada e por fim, após o décimo/décimo segundo dia, quando o endométrio se

encontra revestido por epitélio são nomeados de lóquios alba, devido à sua coloração amarelo/esbranquiçada, e apresentam um aspeto mais espesso pela presença de leucócitos e muco cervical. Os lóquios apresentam um odor sui generis, sendo a presença de odor fétido um sinal de alarme. Em termos de quantidade, nos primeiros dias é normal apresentar uma perda moderada, que vai diminuindo ao longo dos dias. No que concerne à duração, duram aproximadamente quatro semanas, contudo, algumas mulheres poderão apresentar ainda lóquios à sexta semana. Como sinais de alarme que deviam motivar a vinda à urgência, era referido a presença de lóquios de conteúdo hemático súbito e intenso, a presença de coágulos e/ou odor fétido (Knight, 2016; Graça, 2017).

Também a presença de sintomatologia como dor abdominal, pélvica ou perineal e/ou febre eram referidos como sinais de alerta, uma vez que poderiam ser indicativos de infeção (Graça, 2017; NICE, 2021).

Na presença de episiorrafia ou de correção de laceração, era explicado que o fio de sutura utilizado é absorvível e que, por norma, cai espontaneamente entre o oitavo e décimo dia pós-parto, sendo expectável que a ferida esteja completamente cicatrizada por volta da terceira semana (Barros et al., 2011; Graça, 2017). De modo a promover a cicatrização da região perineal, é fundamental uma correta higienização da região perineal.

Para a higiene desta região, a utilização de apenas água não é eficaz na remoção de componentes sólidos ou gordura, removendo apenas os constituintes hidrossolúveis, por isso é importante a utilização de um agente de limpeza. A vulva apresenta um pH ácido (5,99), e para garantir este equilíbrio devem ser utilizados produtos de higiene que não alterem o mesmo. Estes agentes não provocam irritação, não modificam o manto lipídico, apresentam uma viscosidade conveniente, devendo ser hipoalergénicos e com pH ácido (entre 4,2 a 5,6), de preferência líquidos, dado que os produtos sólidos tendencialmente são mais abrasivos, e apresentam pH alcalino. A limpeza deve também ser realizada no sentido ântero-posterior na direção da vagina para o ânus, de modo a evitar que o conteúdo perianal passe para a região vulvar, devendo ser privilegiada a utilização de água corrente (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, [SPG], 2012).

A frequência da lavagem deverá ser mais regular durante o dia, por exemplo, durante a troca de pensos. O tempo de lavagem da região deverá ser entre 2 a 3 minutos de modo a prevenir a secagem exagerada, uma vez que é normal que a região vulvar e a mucosa se encontrem

mais irritativas devido à baixa de estrogénio, presença de lóquios e aumento da sudorese (SPG, 2012).

Deste modo, a puérpera era incentivada a realizar a higiene perineal com recurso a um produto de pH neutro, por exemplo o que utilizou na gravidez, a realizar a troca de pensos regularmente, pelo menos de 4 em 4 horas, mantendo a região perineal sempre limpa e seca.

Também a atividade sexual era um dos focos de atenção, sendo o seu início aconselhado quando a mulher se sentisse confortável e, preferencialmente, após a consulta de revisão pós-parto. Era incentivado o uso de um método contracetivo, de modo a prevenir a existência de uma nova gravidez, sendo a puérpera informada dos métodos disponíveis. Na escolha do método contracetivo, a opção é sempre da mulher, com base no tipo de aleitamento, presença de comorbilidades e a sua preferência. Por norma, as mulheres referiam a contraceção oral com progestativo como método preferencial para ser adotado, uma vez que era compatível com a amamentação, devendo o mesmo ser iniciado ao 21º dia após o parto (Sociedade Portuguesa de Contraceção [SPC], 2020).

3.6. Promover a adaptação à parentalidade: focos/diagnósticos e intervenções de enfermagem

A parentalidade assume-se como um desafio na vida da mulher e do homem, sendo observada como uma das transições mais relevantes na vida de ambos. De modo a integrarem este novo papel, de se tornarem mãe e pai, é necessário que ambos reformulem as suas identidades, assumindo as responsabilidades parentais e adotando um conjunto de ações e comportamentos promotores da integração do recém-nascido na família (ICN, 2019). Através da capacitação e aumento do conhecimento, o EEESMO facilita a transição para este novo papel.

Conhecimento, capacidade e autoeficácia para amamentar

O CMIN encontra-se acreditado como um "Hospital Amigo dos Bebés", adotando um conjunto de intervenções, que têm como objetivo apoiar e promover o aleitamento materno (WHO & UNICEF, 2018). Com base nos Inquéritos Nacionais de Saúde realizados em 2014, em Portugal continental, a percentagem de mulheres que amamentaram em exclusivo até pelo menos aos 3 meses, aumentou de 34,6% em 1995/96 para 60,6% no ano de 2014. Assim,

a implementação destas iniciativas parece se encontrar associada a um incremento das taxas de amamentação (Kislaya et al., 2017).

Atendendo às lacunas no conhecimento acerca da amamentação e considerando a sua importância e a repercussão positiva da sua fomentação, foi elencado o diagnóstico "Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação" e como intervenção «Ensinar sobre a amamentação». Nas atividades que concretizam esta intervenção podemos destacar:

Informar sobre processos de produção e libertação de leite

A produção de leite pode ser dividida em três fases, nomeadamente, lactogénese I, II e III, sendo verificada uma variação na composição do leite materno ao longo da lactação.

A lactogénese I diz respeito à maturação da glândula mamária que ocorre a meio da gravidez, sendo muitas vezes identificada a presença de colostro já nesta fase (Orfão & Gouveia, 2009; Wilson-Clay & Hoover, 2013).

Após o parto, as diversas hormonas sofrem variações nos seus níveis, possibilitando a produção de leite. Assim, os estrogénios que são responsáveis pela formação dos ductos e estabelecimento da gordura e a progesterona plasmática, que garante a formação dos alvéolos, diminuem os seus níveis, ao passo que, a prolactina se mantém em elevadas concentrações, permitindo a produção de leite (Orfão & Gouveia, 2009; Lawrence & Lawrence, 2015).

Nesta fase a mama produz colostro, que apresenta uma coloração amarelada devido à presença de betacarotenos. Este é constituído por proteínas, vitaminas lipossolúveis e minerais, imunoglobulina A e lactoferrina, açúcares complexos, oligossacarídeos e é rico em anticorpos, com o objetivo de proteger o recém-nascido de infeções. A presença de um alto teor de proteínas e baixa quantidade de gorduras, tem como intuito responder às necessidades do recém-nascido neste período (Lawrence & Lawrence, 2015).

Até o terceiro/quarto dia, ou seja, antes da "descida de leite" o processo de lactação é considerado endócrino, ou seja, é regulado pela interação hormonal, não sendo dependente do estímulo por parte do recém-nascido (Orfão & Gouveia, 2009; Lawrence & Lawrence, 2015).

Nas 40 a 72 horas pós-parto, ocorre a lactogénese II. Nesta fase, é considerado leite de transição, no qual se constam alterações na composição do mesmo (Lawrence & Lawrence,

2015). Também a sua quantidade sofre variações com o tempo. Nos primeiros três/quatro dias após a lactogénese II, a produção de leite aumenta para cerca de 500 ml/dia e atinge níveis de cerca de 750 ml/dia até o final da primeira semana pós-parto (Neville et al., 1988).

A ocitocina, produzida pela neurohipófise, é responsável pela ejeção do leite que se encontra nos alvéolos. Através da estimulação por parte do recém-nascido, é conduzindo o estímulo até ao hipotálamo que leva à produção desta hormona.

Por fim, a lactogénese III sucede por volta dos dez dias, correspondendo à manutenção da secreção láctea, sendo nesta fase verificado leite maduro, e o processo de produção autócrino, ou seja, dependente do número de vezes e da eficácia da estimulação por parte do recém-nascido (Orfão & Gouveia, 2009; Lawrence & Lawrence, 2015).

Informar acerca dos benefícios da amamentação para a mulher/mãe

A amamentação apresenta diversos benefícios para a mulher, particularmente, na promoção da recuperação física uma vez que, a produção de ocitocina induz a contratilidade uterina, promovendo assim a involução do útero. Também favorece a diminuição da ocorrência de osteoporose a longo prazo, porque estimula a absorção de cálcio e calcitriol sérico mesmo após o desmame, a diminuição do risco de doenças cardiovasculares e a diminuição do risco de cancro do ovário associada a supressão da ovulação (Lawrence & Lawrence, 2015).

Informar sobre sinais de fome do recém-nascido

Para o sucesso da amamentação, é essencial o reconhecimento dos sinais de fome no recém-nascido. Quando apresenta fome, o recém-nascido manifesta corporalmente alguns movimentos, como por exemplo, levar as mãos à boca, rotação com a boca à procura da mama, flexão dos membros superiores e inferiores, e se não for atendido, pode apresentar uma exacerbação destes movimentos. O choro pode ser também considerada uma manifestação de fome, contudo, é considerado um sinal tardio (Lawrence & Lawrence, 2015).

Informar sobre sinais de saciedade no recém-nascido

A identificação dos sinais de saciedade também se constituem como elementos-chave para a amamentação. Quando se encontra saciado, os sons da deglutição vão diminuindo gradualmente até cessar, os membros relaxam, o recém-nascido muitas vezes adormece e larga o mamilo espontaneamente (Lawrence & Lawrence, 2015).

Informar sobre critérios para a decisão da duração da mamada

Não existe evidência que recomende a limitação de tempo na mamada, dado que os bebés poderão demorar mais ou menos tempo para ingerir o colostro. No entanto, algumas mães solicitam orientação nesse sentido, sendo explicado que, cada bebé é diferente, mas que normalmente os bebés mamam cerca de 10 a 15 minutos, em cada mama, nos primeiros dias após o parto (Lawrence & Lawrence, 2015).

Informar sobre critérios para oferecer uma ou as duas mamas

As mães devem oferecer uma mama e colocar o bebé a eructar após a mamada. Se este se mantiver acordado e manifestar sinais de fome, pode ser oferecida a segunda mama. Se não tiver oferecido a segunda mama, na próxima mamada deverá iniciar por essa, de modo a equilibrar a estimulação (Lawrence & Lawrence, 2015).

Informar sobre estratégias de prevenção de fissuras e maceração dos mamilos

Durante a prática clínica foi comummente verificada a perda de integridade nos mamilos, nomeadamente, a presença de fissuras e maceração. De acordo com a literatura, os traumatismos nos mamilos são verificados como uma das maiores causas de abandono da mesma, isto porque, decorrente da perda de integridade cutânea, é libertada histamina e bradicinina provocando dor naquela região. A sua ocorrência é comum por volta do segundo dia, com uma melhoria por volta do décimo dia (Shanazi et al., 2015; Neto et al., 2018).

De modo a prevenir e a tratar estas lesões, as puérperas eram a incentivadas a colocar colostro ou lanolina (se tivessem disponível) nos mamilos, no final de cada mamada, e a deixar aquela região secar ao ar ambiente, de modo a promover a cicatrização.

A lanolina tem como princípio ativo o éster, que atua como anti-inflamatório, antibacteriano e barreira cicatrizante, promovendo a cicatrização (Shanazi et al., 2015). Num estudo realizado por Neto et al. (2018), quando comparado a utilização de lanonina face à aplicação de leite para tratamento de fissuras e dor nos mamilos, a aplicação de lanonina durante sete dias apresentou uma maior eficácia.

Outra estratégia eficaz na prevenção e tratamento das fissuras nos mamilos são a utilização dos mamilos de prata. De acordo com o Marrazzu et al. (2015), a sua utilização é mais eficaz quando comparado à aplicação de leite. Estes impedem a entrada de microrganismos e promovem uma cobertura mecânica, criando um ambiente húmido, com o objetivo de proteger o mamilo de eventuais traumas. Destacamos apenas como desvantagem o seu

custo elevado, contudo, não apresenta limites de utilização, o que pode ser assumido como um investimento (Marrazzu et al., 2015).

Além do tratamento das fissuras, é importante prevenir o seu reaparecimento, sendo descritas como causas a pega inadequada e a sucção frequente do recém-nascido.

Informar sobre pega do recém-nascido

A pega do recém-nascido é essencial para promover uma sucção eficaz. A mãe era informada que o recém-nascido deve se aproximar da mama por baixo do mamilo. Para estimular o reflexo de sucção, o mamilo deve ficar posicionado para o palato do recém-nascido, ficando o lábio por baixo do mamilo de modo que a língua fique por baixo dos canais galactóforos e a boca abocanhe a maior parte da aréola alongando o mamilo. Assim, quando o recém-nascido faz uma pega adequada é possível verificar que o queixo toca na mama da mãe, que a boca se encontra bem aberta, o lábio inferior voltado para fora sendo visível mais aréola acima do que abaixo da boca (Levy & Bértolo, 2012).

A preconização de alojamento conjunto entre a díade mãe/recém-nascido, possibilita a amamentação. Todavia, na prática clínica, foi também possível acompanhar diversas puérperas no qual os recém-nascidos se encontravam internados na unidade de neonatologia. Posto isto, consideramos pertinente explorar qual o significado atribuído pela puérpera em relação ao internamento do recém-nascido na unidade de neonatologia e o processo de lactação inerente, nas mulheres que desejam amamentar.

Atendendo que o pós-parto é uma fase que por si só já envolve um conjunto de mudanças, o internamento do recém-nascido é considerado um fator de stress adicional para a puérpera e pessoa significativa. Assim, é fulcral que o EEESMO preste apoio emocional à puérpera, que a mantenha informada acerca do estado clínico do recém-nascido, promovendo assim, uma melhor adaptação a este processo de hospitalização (Lee & Huang, 2021).

Um estudo realizado em Taiwan, procurou compreender quais os processos psicológicos que puérperas que tinham o recém-nascido internado na unidade de neonatologia (Lee & Huang, 2021).

Deste estudo emergiram três categorias que, na nossa ótica, podem ser transpostas como três fases pelas quais a puérpera poderá passar durante o processo de internamento do recém-nascido. As categorias enumeradas são: “Sentimentos negativos percecionados pela puérpera”, “Reconhecimento da identidade materna” e “Desempenho do papel de mãe”.

Sentimentos negativos percecionados pela puérpera

As puérperas, quando confrontadas com a notícia de que os seus filhos iriam para a unidade de neonatologia, experienciaram sentimentos de tristeza e choro, resultantes da preocupação e incerteza acerca do estado clínico dos mesmos, permanecendo este sentimento durante alguns dias (Lee & Huang, 2021). Na prática clínica foram observados o mesmo tipo de reações, no entanto, e considerando que algumas das puérperas acompanhadas já tinham os filhos internados a alguns dias, estes sentimentos não se encontravam tão notórios nas mesmas, mas sim referências de que "ele vai ficar melhor", demonstrando deste modo resiliência.

Reconhecimento da identidade materna

Os recém-nascidos, devido à instabilidade clínica, são muitas vezes internados na unidade de neonatologia logo após o parto, não sendo possível o contacto entre a mãe e/ou pessoa significativa e o recém-nascido, ou, quando possível, este contacto poderá ser muito breve. Face a esta situação, as mães acabam por experienciar sensações de distanciamento do recém-nascido, que acabam por se assumir como dificultadores do seu processo de transição para a maternidade.

A realização de contacto pele a pele com o recém-nascido surgiu como um fator facilitador do processo de transição, ajudando as mesmas a reconhecer o seu papel como mães. Também a resiliência foi apontada como um fator importante para as mesmas, de modo a conseguirem providenciar ao recém-nascido todo o suporte necessário (Lee & Huang, 2021).

Desempenho do papel de mãe

No estudo analisado, foi constatado que as mães referiam que queriam fazer o que estivesse ao seu alcance para ajudar o recém-nascido a melhorar. São também salientados no mesmo estudo, a necessidade de aprendizagem de novas competências por parte da mãe e do pai, no qual, transpondo para a prática clínica, estas passavam pelas puérperas, durante o internamento, realizarem estimulação da lactação (Lee & Huang, 2021).

Da análise do artigo, foi identificado o diagnóstico "Potencial para melhorar o conhecimento sobre o significado atribuído pela puérpera ao internamento do recém-nascido" e como sugestões de intervenções de enfermagem: "Providenciar apoio emocional", "Envolver a pessoa significativa no processo" e "Envolver a puérpera nos cuidados ao recém-nascido".

Providenciar apoio emocional

O apoio emocional e a demonstração de empatia por parte dos profissionais de saúde para com a puérpera, foram considerados elementos facilitadores do processo de transição, diminuindo também sentimentos negativos, como culpa e tristeza percecionados pela mesma (Lee & Huang, 2021).

Envolver a pessoa significativa no processo

A pessoa significativa também se apresenta como um constituinte importante nesta conjuntura. O apoio emocional providenciado pela mesma à puérpera apresenta um impacto positivo. Deste modo, o EEESMO deve incentivar a pessoa significativa a demonstrar empatia para com a puérpera, que pode apresentar diversas respostas emocionais à situação (Lee & Huang, 2021).

Envolver a puérpera nos cuidados ao recém-nascido

Atendendo que, no contexto de desenvolvimento de competências os recém-nascidos se encontram internados noutro piso, uma das intervenções do EEESMO para promover o envolvimento da puérpera nos cuidados ao recém-nascido, poderá ser a extração de leite. Isto porque, o aleitamento materno, assume-se como promotor da ligação entre mãe e filho facilitando o processo de transição para a maternidade (Lee & Huang, 2021). Nas puérperas nos quais o recém-nascido se encontra internado na unidade de neonatologia, a possibilidade de providenciar leite materno é apontada na literatura como um fator importante para as mesmas (Lee & Huang, 2021). Assim, foi elencado o diagnóstico "Potencial para melhorar o conhecimento da puérpera sobre estimulação da lactação".

Potencial para melhorar o conhecimento da puérpera sobre estimulação da lactação

Informar sobre início da estimulação

A estimulação e extração deve ser incentivada nas primeiras horas de vida do recém-nascido. De acordo com Furman et al. (2002), a estimulação nas primeiras seis horas após o nascimento do recém-nascido possibilita a manutenção da lactação. Um outro estudo, concluiu que a estimulação na primeira hora de vida pode aumentar o volume de leite na primeira semana após o parto (Parker et al., 2011). De salientar que, ambos os artigos são direcionados para recém-nascidos com muito baixo peso (peso <1500gr).

Apesar dos benefícios da estimulação precoce, na prática clínica, a estimulação da lactação, que era incentivada através da extração mecânica, só era iniciada após a primeira visita à unidade de neonatologia e após o parecer positivo da respetiva equipa (no sentido de não iniciar a mesma sem ter certeza do estado clínico do recém-nascido).

Informar sobre métodos de estimulação

O método de estimulação que deve ser adotado nos primeiros pós-parto não é consensual entre os autores, existindo diferenças entre a extração mecânica e a extração manual. Na primeira, a bomba exerce sucção, tal como o recém-nascido, ao passo que, na segunda, o leite é removido por compressão dos ductos (sem realização de sucção) (Meier et al., 2016).

Alguns autores afirmam que, a expressão manual poderá ser mais bem-sucedida enquanto não tiver ocorrido a lactogénese II (Dougherty & Luther, 2008). Este método é também apoiado por outros autores que referem que, como os recém-nascidos pré-termo beneficiam da ingestão de colostro, independente da quantidade, atendendo que na extração manual poderão apenas ser extraídas pequenas quantidades, este método pode ser percecionado como positivo para as mesmas aumentando a sua sensação de autoeficácia na extração (Flaherman and Lee, 2017). Já Dougherty e Luther (2008), referem que os dois métodos devem ser utilizados em simultâneo após o segundo dia pós-parto.

No entanto, de acordo com Slusher et al. (2006), a extração mecânica, parece ser o método mais eficaz de manutenção da produção de leite a longo prazo, sendo também este o método preferencialmente utilizado na prática clínica.

Informar sobre frequência da estimulação

A estimulação deve ser realizada com uma frequência mínima de 8 vezes nas 24 horas, sendo o ideal 10 a 12 vezes por dia. Se a puérpera não conseguir realizar uma extração tão regular, a extração de 4 a 5 vezes por dia, parece também permitir a produção de uma quantidade significativa de leite, ainda que mais reduzida. De salientar que, nos primeiros dias pós-parto, não é recomendada a realização de pausas superiores a 4 horas e meia no período noturno (Dougherty & Luther, 2008).

Informar sobre técnica de extração mecânica

Para uma adequada a extração mecânica é necessário considerar, o tamanho do funil, adaptado ao mamilo da puérpera, e também o nível de vácuo ajustado de modo que não sinta dor nem desconforto durante a extração (Flaherman and Lee, 2017).

Em relação ao tempo de extração, nos primeiros dias deve ser realizada durante 10 a 15 minutos. Após o estabelecimento da lactogénese II, deve ser incentivada a continuar a extrair aproximadamente dois minutos após a saída das últimas gotas de leite (Flaherman and Lee, 2017).

Informar sobre o colostro

As puérperas eram informadas acerca da variação na produção de leite nos primeiros dias após o parto, de modo a evitar sensações de desapontamento aquando da extração. Em idades gestacionais mais precoces, foi verificado um atraso no início da lactogénese II. Este atraso, segundo um estudo realizado por Henderson et al. (2008) foi potenciado quando as mães tinham feito na gravidez corticoides (betametasona) entre as 28 e as 34 semanas gestação.

O colostro é produzido em pequenas quantidades no primeiro dia, principalmente nas primíparas (Wilson-Clay & Hoover, 2013). No entanto, é o suficiente para o recém-nascido uma vez que, no primeiro dia de vida (em bebés com > 3kg) a capacidade do estômago é de seis ml no primeiro dia e doze ml no segundo dia de vida, já a quantidade de colostro produzida pelas puérperas varia de 5-56 ml no primeiro dia a 113-185 ml no segundo dia (Wang et al., 1994).

Assim, era reforçada a informação de que é expectável uma pequena quantidade de colostro, sendo a mesma suficiente e adequada às necessidades do recém-nascido.

Também o choro era um foco da nossa atenção, uma vez que suscitava muita preocupação no pai e na mãe. No entanto, o choro é considerado como uma forma primária comunicação do recém-nascido, apresentando-se como um comportamento importante para a regulação da sua relação com a mãe e o pai (Möller et al., 2019). De modo a ajudar o pai e a mãe a compreenderem o seu significado, foi elencado o diagnóstico “Potencial para melhorar o conhecimento sobre o choro do recém-nascido” e a intervenção “Ensinar sobre choro do recém-nascido”, encontrando-se as atividades que concretizam a intervenção descritas subsequentemente.

Informar sobre choro do recém-nascido

O choro nas primeiras semanas de vida é um comportamento reflexo, consequente da expressão das suas necessidades fisiológicas, como por exemplo fome, cólicas, desconforto associado à fralda suja, posição desconfortável, dor ou necessidades emocionais como, fadiga. Após o primeiro mês de idade, resultante do amadurecimento do sistema nervoso e das experiências com o meio envolvente, o choro do recém-nascido poderá deixar de ser um ato reflexo para uma atividade voluntária (Robb et al., 1997).

A duração diária do choro do recém-nascido pode variar de menos de 45 a 133 minutos (Wolke et al., 2017; Cabana et al., 2021). A sua duração aumenta nas primeiras semanas de vida, sendo observado um auge por volta da quinta semana (Cabana et al., 2021). Este achado é corroborado por Barr et al. (2006) que defendem que o pico do choro surge por volta da 5ª-6ª semana e diminui entre os 3-4 meses de vida. No entanto, de acordo com Wolke et al. (2017), apesar de a duração do choro ser elevada nas primeiras 6 semanas de vida e ser verificada uma redução significativa nas 6 semanas seguintes, não foi verificado um pico de choro entre a 5-6ª semana, tendo sido apenas identificado um ligeiro aumento. Assim, podemos constatar que o padrão normal de choro do bebé, se caracteriza por um aumento nas primeiras seis semanas, com uma diminuição até os quatro meses de vida.

Já o temperamento do recém-nascido, pode ser definido como um conjunto características individuais, com possibilidade de mudança ao longo do tempo de acordo com os cuidados parentais. Ou seja, não se limita apenas a características do bebé, sendo também influenciado pela relação que tem com os cuidadores (Vedova, 2014). O conceito de temperamento "difícil", ou seja, um bebé difícil de consolar, parece ser subjetivo, baseado na perceção dos pais e nas expectativas acerca do bebé e não em observações diretas das suas características individuais (Fox & Polak, 2022).

Informar sobre tipos de choro do recém-nascido

O recém-nascido pode chorar para manifestar dor, fome ou desconforto, apresentando diferentes tipos de choro para cada uma destas necessidades. Deste modo, torna-se essencial que a mãe e o pai compreendam os motivos pelo qual o recém-nascido se encontra a chorar de modo a adequar os cuidados e responder as suas necessidades.

O choro de dor caracteriza-se por um choro mais forte e com frequência aguda, que poderá ser associada ao aumento da tensão. Este choro não é contínuo, mas sim intermitente, caraterizando-se por períodos de choro seguidos de apneia e seguidos novamente por choro (Branco et al., 2007). Este inclui fácies de dor, flexão dos membros inferiores sobre o abdómen e arqueamento das costas (Barr, 2022).

Nos casos em que o choro se caracteriza por soluços curtos e contínuos persistentes, não muito altos, com movimentos da cabeça e abertura da boca à procura da mama, com as mãos na boca e começa novamente a chorar encontra-se associado a fome (Lawrence & Lawrence, 2015; Cardoso, 2012).

O choro de desconforto pode ser definido como um choro mais fraco que o de dor, sendo também por vezes intenso. Em termos de manifestações corporais, o recém-nascido apresenta a testa franzida e os membros tensos. Este tipo de choro manifesta uma situação de incómodo para o bebé, que pode ser associado à temperatura (calor/frio) ou fralda suja (Cardoso, 2012).

Informar sobre estratégias para lidar com o choro

A estratégia utilizada para lidar com o choro encontra-se dependente do tipo de necessidade identificada. Por exemplo, se o recém-nascido estiver a chorar por fome (identificar sinais de fome no recém-nascido descritos anteriormente), deve ser alimentado ou se o choro se parecer associado a dor, deverá percorrer o corpo do bebé pressionando suavemente diversas partes de modo a procurar compreender a etiologia da dor.

Karp (2015), desenvolveu um conjunto de estratégias que têm como objetivo consolar o recém-nascido. Este autor defende que os recém-nascidos necessitavam de mais um trimestre no útero, sendo este período designado de quarto trimestre. Por este motivo, a criação de um ambiente semelhante à vida intrauterina, nos primeiros três meses de vida do recém-nascido, pode desencadear o reflexo calmante, que é espoletado através de uma resposta neurológica. Após este período, estes encontram-se mais preparados para as exigências do ambiente extrauterino.

De modo a dar resposta a estas necessidades do recém-nascido, desenvolveu a técnica dos 5s que consiste em 1) *Swaddling,* 2) *Side/stomach,* 3) *Shushing sounds,* 4) *Swinging e* 5) *Sucking*.

1) O Swaddling ou enfaixamento, consiste em embrulhar o recém-nascido de modo que fique contido e experiencie a sensação de estar dentro do útero. O bebé pode oferecer alguma resistência quando for embrulhado e pode não acalmar de modo instantâneo, no entanto, ficará mais contida a sua agitação, e irá ficar mais atento para o passo seguinte.

2) Side/stomach ou posição lateral/barriga, consiste em colocar o bebé de barriga para baixo ou de lado. É notório que, quanto mais perturbado o recém-nascido estiver, menos quererá ficar em decúbito dorsal e por isso, ser colocado de barriga para baixo ou de lado, irá ajudar a acalmá-lo, uma vez que se assemelha à posição intrauterina e impede que ative acidentalmente o reflexo de Moro.

3) *Shushing sounds* ou imitar sons tipo "Chhhh", consiste em imitar o som do sangue a passar nas artérias que era ouvido pelo mesmo no útero. Estes sons transmitem calma ao bebé, e devem ser realizados tão alto quanto o choro, perto do seu ouvido, há medida que o choro vai diminuindo, o som do *Chhh* também deve diminuir. Este ruído, também designando de *white noise*, pode ser feito pelo aspirador ou secador de cabelo.

4) *Swinging* ou embalar, consiste em embalar o bebé. Comece por apoiar a cabeça o pescoço do bebé e realize movimentos rápidos e pequenos. Os bebés estão habituados a estar em movimento, porque quando estavam no útero faziam as mesmas atividades que a mãe.

5) *Sucking* ou sucção, que pode ser através do seio materno ou chupeta. Este passo por norma tem um maior resultado quando o bebé já se encontra mais tranquilo.

A comparação da utilização de alguns elementos da técnica dos 5s, nomeadamente, o enfaixamento, imitação de sons e embalar, pelos pais e os realizados por um berço (que imitava o mesmo tipo de elementos) concluiu que o reflexo calmante era ativado em ambos os métodos. Esta conclusão vem apoiar a teoria de Karp, de que os recém-nascidos são sensíveis aos estímulos extrauterinos nos primeiros meses (Möller et al., 2019). Esta técnica foi muito implementada na prática clínica, atendendo aos seus benefícios.

A implementação de rotinas é também uma das estratégias apontadas na literatura como benéfica uma vez que permite que o recém-nascido melhore a sua capacidade de autorregulação (Akhnikh et al., 2014).

Podemos observar que, numa primeira fase a mãe e o pai não conseguiam identificar de imediato as necessidades do recém-nascido de acordo com o tipo de choro, o que se assume como normal e expectável nesta fase. Contudo, eram incentivados a procurar as possíveis

causas, de acordo com os sinais expressos pelo recém-nascido, conseguindo ao longo dos dias identificar as necessidades, adquirindo uma sensação de autoeficácia.

Os cuidados ao coto umbilical são também uma componente dos cuidados ao recém-nascido, encontrando-se os mesmos associados a algum receio por parte da mãe e do pai. Assim, foi elencado o diagnóstico de "Potencial para melhorar o conhecimento sobre cuidados ao coto umbilical" e como intervenção "Ensinar sobre cuidados ao coto umbilical", encontrando-se a atividade que concretiza a intervenção descrita subsequentemente.

Informar sobre cuidados ao coto umbilical

Os cuidados ao coto umbilical podem ser realizados através do método *dry care*, que consiste em manter o coto limpo e seco ou através de desinfeção com um antissético, sendo utilizado na instituição o álcool a 70%.

Quando comparadas estas duas metodologias, a utilização de álcool a 70%, apresentou como desvantagem um ligeiro aumento nos dias de queda. No entanto, no que concerne à incidência de onfalite, nenhum método foi superior a outro na sua redução, não existindo evidência que suporte a recomendação de um método em detrimento de outro em meio hospitalar (Imdad et al., 2013).

Deste modo, na prática clínica, os pais eram capacitados para realizar a desinfeção do coto umbilical com álcool a 70% pelo menos uma vez por dia e sempre que este se encontrasse visivelmente sujo, sendo explicado aos mesmos que este procedimento não era doloroso para o recém-nascido. Além disso, eram instruídos acerca da necessidade de vigilância do coto umbilical quanto à presença de sinais inflamatórios e/ou de infeção que deviam motivar a vinda do recém-nascido à urgência.

CONCLUSÃO

Este relatório teve como objetivo explanar as experiências clínicas vivenciadas nos diversos contextos de desenvolvimento de competências, e paralelamente, evidenciar o que se encontra descrito na literatura, permitindo deste modo uma reflexão acerca da nossa atuação.

Podemos reconhecer que, e considerando que a nossa prática clínica era tutorada, algumas das intervenções implementadas, tinham por base a conduta preconizada na instituição, de acordo com os seus protocolos, o que nem sempre correspondia à evidência científica mais atual. Todavia, estas inconsistências foram observadas de modo construtivo, como uma oportunidade de reflexão individual e conjunta com o tutor. Estas reflexões permitiram analisar as intervenções implementadas e delinear, como é que, no futuro, perante um caso clínico semelhante, poderia ser melhorada a nossa conduta, promovendo assim um aperfeiçoamento contínuo nos cuidados prestados.

Resultante do nosso percurso no contexto de desenvolvimento de competências no trabalho de parto, foram observadas a implementação de intervenções que já não se encontram recomendadas, na qual salientamos, a manobra de Kristeller. O impacto causado na concretização desta intervenção espoletou a necessidade da concretização de uma revisão integrativa da literatura acerca da mesma. Assim, procuramos compreender qual o impacto da manobra da Kristeller na saúde da mulher. Atendendo que o conceito de saúde é amplo, podemos concluir que os seus desfechos na mulher não se prendem apenas com consequências físicas, mas também psicológicas, deixando marcas não só a curto como também a longo prazo.

Consideramos que, a reflexão acerca da nossa conduta de atuação é substancial e imprescindível para a evolução e crescimento profissional, uma vez que o conhecimento não é estanque, e as nossas intervenções devem basear-se na melhor evidência científica disponível.

Podemos inferir que, o percurso formativo enquanto enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, foi observado como um grande desafio. No entanto, podemos afirmar que, a aquisição e consolidação do conhecimento científico, juntamente com o domínio das competências técnicas, permitiram adquirir confiança, dando assim espaço ao longo do percurso, para a sensação de autoeficácia e mestria no desempenho do papel.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACNM, MANA, & NACPM. (2013). Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement by ACNM, MANA, and NACPM. (2013). *The Journal of Perinatal Education*, *22*(1), 14–18. https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.1.14

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2003). Practice Bulletin Number 49, December 2003: Dystocia and Augmentation of Labor. (2003). *Obstetrics & Gynecology*, *102*(6), 1445–1454. https://doi.org/10.1016/j.obstetgynecol.2003.10.011

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. (2016). *Obstetrics & Gynecology*, *128*(4), e155–e164. https://doi.org/10.1097/aog.0000000000001711

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Committee opinion no, 776: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstetrics and Gynecology*, *133*(2), 164–173.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth. *OBSTETRICS & GYNECOLOGY*, *136*(6), 100–106. https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2020/12/delayed-umbilical-cord-clamping-after-birth.pdf

Akhnikh, S., Engelberts, A. C., van Sleuwen, B. E., L'Hoir, M. P., & Benninga, M. A. (2014). The Excessively Crying Infant: Etiology and Treatment. *Pediatric Annals*, *43*(4). https://doi.org/10.3928/00904481-20140325-07

Akpınar, G., & Kanbur, A. (2022). Effect of uterine fundal pressure applied in the second stage of labor on birth outcomes and neonatal oxygen saturation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, *48*(5), 1165–1174. https://doi.org/10.1111/jog.15204

Alfirevic, Z., Aflaifel, N., & Weeks, A. (2014). Oral misoprostol for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.cd001338.pub3

Alfirevic, Z., Gyte, G. M., Cuthbert, A., & Devane, D. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2019*(5). https://doi.org/10.1002/14651858.cd006066.pub3

Almeida, A. B., Teixeira, M., Buchner, G., & Braga, J. (2020). *Indução do trabalho de parto às 39 semanas em gestações de baixo risco: qual o impacto materno e neonatal?* Webinar Sociedade Portuguesa de Obstetrícia Medicina Materno-Fetal. https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2020/11/poster_AnaBeatrizAlmeida.pdf

Amis, D. (2014). Healthy Birth Practice #1: Let Labor Begin on Its Own. *The Journal of Perinatal Education*, *23*(4), 178–187. https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.4.178

Antunes, C. A. (2019). *A vocalização da parturiente: um cuidado do enfermeiro obstetra*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32158/1/8%c2%baCMESMO_CATIA_ANTUNES_N%c2%ba7413.pdf

Relatório de estágio

Asti, P., Changaee, F., PirdadehBeiranvand1, S., & Beiranvand, S. (2020). The Outcomes of Delivery by Fundal Pressure Maneuver in the Second Stage of Labor. *Interdisciplinary Journal of Acute Care*, *1*, 18–22. https://doi.org/10.22087/ijac.2020.125327

Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y., & Chandraharan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *131*(1), 13–24. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020

Bahrami, H. R., Kiani, M. A., & Noras, M. R. (2016). Massage for Infantile Colic: Review and Literature. *Int J Pediatr*, *4*(6), 1953–1958. https://ijp.mums.ac.ir/article_6743_ecf93f7b944518ab5c4a906e4af35677.pdf

Barr, R. G. (2022). "Colic" is Something Infants Do, Rather than a Condition They "Have": A Developmental Approach to Crying Phenomena, Patterns, Pacification and (Patho)genesis. In R. G. Barr, I. S. James- Roberts, & M. R. Keefe (Eds.), *NEW EVIDENCE ON UNEXPLAINED EARLY INFANT CRYING: ITS ORIGINS, NATURE AND MANAGEMENT* (pp. 87–104). Johnson & Johnson, 2001. https://harlempeds.org/wp-content/uploads/2020/12/infant_crying_2.pdf

Barr, R. G., Mucmullan, S. J., Spiess, H., Leduc, D. G., Yaremko, J., Barfield, R., Francoeur, T. E., & Hunziker, U. A. (1991). Carrying as colic "therapy": a randomized controlled trial. *Pediatrics*, *87*(5), 623–630.

Barr, R. G., Trent, R. B., & Cross, J. (2006). Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: Convergent evidence for crying as a trigger to shaking. *Child Abuse & Neglect*, *30*(1), 7–16. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.06.009

Barros, M., Gorgal, R., Machado, A. P., Correia, A., & Montenegro, N. (2011). Princípios básicos em cirurgia: Fios de Sutura. *Acta Med Port 2*, *24*(S4), 1051–1056. https://www.researchgate.net/publication/267265784_PRINCIPIOS_BASICOS_EM_CIRURGIA_Fios_de_Sutura

Becerra-Chauca, N., & Failoc-Rojas, V. (2019). Maniobra Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas. *Revista Cubana de Obstetricia Ginecología*, *2*(45), 331.

Beck, D., Ganges, F., Goldman, S., Long, P., Thinker, A., & Daly, P. (2004). *Care of the Newborn-Saving Newborn Lives. Reference Manual*. Washington, DC: Save the Children USA. https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/m.-Care-of-the-Newborn-Reference-Manual.pdf

Begley, C. M., Gyte, G. M., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A., & Biesty, L. M. (2019). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2019*(2). https://doi.org/10.1002/14651858.cd007412.pub5

Bhinde, S. M. (2014). Importance of Stool Examination in Babies. *Journal of Indian System of Medicine*, *2*(3), 139–142. https://www.researchgate.net/profile/Sagar-Bhinde/publication/282785584_Importance_of_Stool_Examination_in_Babies/links/561c880308ae78721fa11869/Importance-of-Stool-Examination-in-Babies.pdf

Biagioli, E., Tarasco, V., Lingua, C., Moja, L., & Savino, F. (2016). Pain-relieving agents for infantile colic. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2016*(9). https://doi.org/10.1002/14651858.cd009999.pub2

Branco, A., Fekete, S. M., Rugolo, L. M., & Rehder, M. I. (2007). The newborn pain cry: Descriptive acoustic spectrographic analysis. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, *71*(4), 539–546. https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2006.11.009

Brimdyr, K., Cadwell, K., Svensson, K., Takahashi, Y., Nissen, E., & Widström, A. (2020). The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. *Maternal & Child Nutrition*, *16*(4). https://doi.org/10.1111/mcn.13042

Bryant, J., & Thistle, J. (2021). *Anatomy, Colostrum*. StatPearls. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513256/#_NBK513256_pubdet_

Cabana, M. D., Wright, P., Scozzafava, I., Olarte, A., DiSabella, M., Liu, X., & Gelfand, A. A. (2021). Newborn Daily Crying Time Duration. *Journal of Pediatric Nursing*, *56*, 35–37. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.10.003

Calais-Germain, B., & Parés, N. V. (2009). *Parir en movimiento : las movilidades de la pelvis en el parto*. La liebre de Marzo.

Çalik, K. Y., Karabulutlu, Z., & Yavuz, C. (2018). First do no harm - interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *18*(1). https://doi.org/10.1186/s12884-018-2054-0

Cardoso, A. M. R. (2012). *Tornar-se mãe, tornar-se pai: estudo sobre a avaliação das competências parentais*. Universidade Catolica Portugesa. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornar-se%20mae_tornar-se%20pai_Estudo%20sobre%20avaliacao%20compet%C3%AAncias%20parentais.pdf

Doctoral dissertation

Direção-Geral da Saúde. (2014). *REGISTO DO ALEITAMENTO MATERNO | RAM RELATÓRIO | Janeiro a Dezembro de 2013*. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2013-pdf.aspx

Dougherty, D., & Luther, M. (2008). Birth to Breast—A Feeding Care Map for the NICU: Helping the Extremely Low Birth Weight Infant Navigate the Course. *Neonatal Network, 27*(6), 371–377. https://doi.org/10.1891/0730-0832.27.6.371

Duarte, E. D., & Braga, P. P. (2011). *Anamnese e exame físico do recém-nascido*. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4283523/mod_resource/content/1/PROENF_SMN_C2M4_anamnese_baixa.pdf

Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *CONSENTIMENTO INFORMADO – RELATÓRIO FINAL*. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf

Farrington, E., Connolly, M., Phung, L., Wilson, A. N., Comrie-Thomson, L., Bohren, M. A., Homer, C. S. E., & Vogel, J. P. (2021). The prevalence of uterine fundal pressure during the second stage of labour for women giving birth in health facilities: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health, 18*(1). https://doi.org/10.1186/s12978-021-01148-1

Fernandes, J. I. D. S., Teixeira Reis, A., Silva, C. V. D., & Peixoto Da Silva, A. (2016). Desafios maternos frente à fototerapia neonatal: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing, 15*(2). https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165348

Ferreira, A. M. (2018). *Stress Psicológico na Gravidez e Outcomes para a Saúde Materna e Fetal*. https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/89800/1/Trabalho%20Final%20MIM%20Ana%20Marta%20Ferreira.pdf

FIGO / ICM Global Initiative to Prevent Post-Partum Hemorrhage. (2004). *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *26*(12), 1100–1101. https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)30440-6

FIGO. (2019). FIGO Statement: Restrictive use rather than routine use of episiotomy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *146*(1), 17–19. https://doi.org/10.1002/ijgo.12843

FIGO. (2021). FIGO good practice recommendations for reducing preterm birth and improving child outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *155*(1), 1–4. https://doi.org/10.1002/ijgo.13863

Firouzan, V., Noroozi, M., Mirghafourvand, M., & Farajzadegan, Z. (2018). Participation of father in perinatal care: a qualitative study from the perspective of mothers, fathers, caregivers, managers and policymakers in Iran. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *18*(1). https://doi.org/10.1186/s12884-018-1928-5

Fonseca, M., Severo, M., & Santos, A. (2015). A new approach to estimating weight change and its reference intervals during the first 96 hours of life. *Acta Paediatrica*, *104*(10), 1028–1034. https://doi.org/10.1111/apa.12894

Fox, N. A., & Polak, C. P. (2022). The Possible Contribution of Temperament to Understanding the Origins and Consequences of Persistent and Excessive Crying. In R. G. Barr, I. S. T. James-Roberts, & M. R. Keefe (Eds.), *New Evidence on Unexplained Early Infant Crying: Its Origins, Nature and*

Management (pp. 25–39). Johnson & Johnson, 2001. https://harlempeds.org/wp-content/uploads/2020/12/infant_crying_2.pdf

Francisco, A. A., de Oliveira, S. M. J. V., Steen, M., Nobre, M. R. C., & de Souza, E. V. (2018). Ice pack induced perineal analgesia after spontaneous vaginal birth: Randomized controlled trial. *Women and Birth*, *31*(5), e334–e340. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.12.011

Fuller, B. F., Roberts, J. E., & McKay, S. (1993). Acoustical analysis of maternal sounds during the second stage of labor. *Applied Nursing Research*, *6*(1), 8–12. https://doi.org/10.1016/s0897-1897(05)80036-9

Furman, L., Minich, N., & Hack, M. (2002). Correlates of Lactation in Mothers of Very Low Birth Weight Infants. *Pediatrics*, *109*(4), e57. https://doi.org/10.1542/peds.109.4.e57

Furtado, A. R. (2015). *A gestão da ansiedade materna através da técnica de imaginação guiada*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10731/1/A%20Gest%C3%A3o%20da%20Ansiedade%20Materna%20atrav%C3%A9s%20da%20TIG%20%20%20Ana%20Furtado%20ep2892.pdf

Relatório de estágio

Gasquet, B. (2010). *Trouver sa position d'accouchement*. Marabout.

Gizzo, S., di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A., & Nardelli, G. B. (2014). Women's Choice of Positions during Labour: Return to the Past or a Modern Way to Give Birth? A Cohort Study in Italy. *BioMed Research International*, *2014*, 1–7. https://doi.org/10.1155/2014/638093

Gonçalves, P. A., Moreira, R. T. F., Lúcio, I. M. L., Mascarenhas, M. L. V. C., Lisboa, C. B., & Melo, L. O. (2016). Cuidados oculares ao recém-nascido sob

fototerapia: conhecendo a prática de enfermagem. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, *10*(7), 2386–2394. https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=2001435e-dcc9-4148-a9ab-1e7e3c1e5e76%40redis

Graca, L. M. (2017). *MEDICINA MATERNO-FETAL*. (5ª edição ed.). LIDEL.

Guittier, M. J., Othenin-Girard, V., Irion, O., & Boulvain, M. (2014). Maternal positioning to correct occipito-posterior fetal position in labour: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*(1). https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-83

Gupta, D., & Thappa, D. M. (2013). Mongolian spots: How important are they? *World Journal of Clinical Cases*, *1*(8), 230. https://doi.org/10.12998/wjcc.v1.i8.230

Halliday, L., Nelson, S. M., & Kearns, R. J. (2022). Epidural analgesia in labor: A narrative review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. https://doi.org/10.1002/ijgo.14175

Hayata, E., Nakata, M., Takano, M., Umemura, N., Nagasaki, S., Oji, A., Maemura, T., Katagiri, Y., & Morita, M. (2019). Safety of uterine fundal pressure maneuver during second stage of labor in a tertiary perinatal medical center: A retrospective observational study. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, *58*(3), 375–379. https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.10.033

Henderson, J. J., Hartmann, P. E., Newnham, J. P., & Simmer, K. (2008a). Effect of Preterm Birth and Antenatal Corticosteroid Treatment on Lactogenesis II in Women. *Pediatrics*, *121*(1), e92–e100. https://doi.org/10.1542/peds.2007-1107

Hofmeyr, G. J., Vogel, J. P., Cuthbert, A., & Singata, M. (2017). Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2018*(5). https://doi.org/10.1002/14651858.cd006067.pub3

Hofmeyr, G. J., Vogel, J. P., Singata, M., Habib, N. A., Landoulsi, S., & Gülmezoglu, A. M. (2018). Does gentle assisted pushing or giving birth in the upright position reduce the duration of the second stage of labour? A three-arm, open-label, randomised controlled trial in South Africa. *BMJ Global Health*, *3*(3), e000906. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000906

Imdad, A., Bautista, R. M. M., Senen, K. A. A., Uy, M. E. V., Mantaring III, J. B., & Bhutta, Z. A. (2013). Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2015*(3). https://doi.org/10.1002/14651858.cd008635.pub2

Jallo, N., Cozens, R., Smith, M. W., & Simpson, R. I. (2013). Effects of a Guided Imagery Intervention on Stress in Hospitalized Pregnant Women. *Holistic Nursing Practice*, *27*(3), 129–139. https://doi.org/10.1097/hnp.0b013e31828b6270

JBI. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. Aromataris E, Munn Z (Editors). Recuperado de: https://synt hesismanual.jbi.global. https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01

Karp, H., MD. (2015). *O bebé mais feliz do mundo* (4th ed.). Livros d'Hoje.

Kislaya, I., Braz, P., Dias, C. M., & Loureiro, I. (2017). *A evolução do aleitamento materno em Portugal nas últimas duas décadas: dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde*. https://www.unicef.pt/media/1615/9-evolucao-do-aleitamento-materno-em-portugal-duas-decadas.pdf

Knight, J. (2016). *The Complete Guide to Fertility Awareness* (1st ed.). Routledge.

Kutlubay, Z., Tanakol, A., Engýn, B., Onel, C., Sýmsek, E., Serdaroglu, S., Tuzun, Y., Yilmaz, E., & Eren, B. (2017). Newborn Skin: Common Skin Problems. *Maedica*, *12*(1), 42–47. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5574071/#__ffn_sectitle

Lansky, S., Souza, K. V. D., Peixoto, E. R. D. M., Oliveira, B. J., Diniz, C. S. G., Vieira, N. F., Cunha, R. D. O., & Friche, A. A. D. L. (2019). Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, *24*(8), 2811–2824. https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017

Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2015). *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession* (8th ed.). Elsevier. https://iums.ac.ir/files/vch/files/laranc.pdf

Lazzerini, M., Covi, B., Mariani, I., Drglin, Z., Arendt, M., Nedberg, I. H., Elden, H., Costa, R., Drandić, D., Radetić, J., Otelea, M. R., Miani, C., Brigidi, S., Rozée, V., Ponikvar, B. M., Tasch, B., Kongslien, S., Linden, K., Barata, C., . . . Valente, E. P. (2022). Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region. *The Lancet Regional Health - Europe*, *13*, 100268. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100268

Leduc, D., Biringer, A., Lee, L., & Dy, J. (2013). Induction of Labour. *J Obstet Gynaecol Can*, *35*(9), 840–857. https://www.jogc.com/action/showPdf?pii=S1701-2163%2815%2930842-2

Lee, C. K., & Huang, X. Y. (2021). Psychological Processes of Postpartum Mothers with Newborns Admitted to the Intensive Care Unit. *Asian Nursing Research*, *16*(1), 9–17. https://doi.org/10.1016/j.anr.2021.12.007

Leny, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. UNICEF. https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf

López-Medina, M. D., López-Araque, A. B., Linares-Abad, M., & López-Medina, I. M. (2020). Umbilical cord separation time, predictors and healing complications in newborns with dry care. *PLOS ONE, 15*(1), e0227209. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227209

Mafra, J., Nunes, F., & Almeida, M. C. (2021). *A Influência da Pandemia nas Induções Medicamentosas de Trabalho de Parto num Centro de Referência COVID-19*. Webinar SPOMMF. https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2020/11/PO08-A-INFLU%C3%8ANCIA-DA-PANDEMIA-NAS-INDU%C3%87%C3%95ES-MEDICAMENTOSAS-DE-TRABALHO-DE-PARTO-NUM-CENTRO-DE-REFER%C3%8ANCIA-COVID-19.pdf

Mahdy, H., Glowacki, C., & Eruo, F. U. (2022). *Amniotomy*. StatPearls Publishing. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29261890/

Maloni, J. A. (2011). Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, *6*(4), 385–393. https://doi.org/10.1586/eog.11.28

Marrazzu, A., Sanna, M. G., Dessole, F., Capobianco, G., Piga, M. D., & Dessole, S. (2015a). Evaluation of the Effectiveness of a Silver-Impregnated Medical Cap for Topical Treatment of Nipple Fissure of Breastfeeding Mothers. *Breastfeeding Medicine, 10*(5), 232–238. https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0177

McCowan, L. M., Figueras, F., & Anderson, N. H. (2018). Evidence-based national guidelines for the management of suspected fetal growth restriction:

comparison, consensus, and controversy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *218*(2), S855–S868. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.12.004

McGoldrick, E., Stewart, F., Parker, R., & Dalziel, S. R. (2020). Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2021*(2). https://doi.org/10.1002/14651858.cd004454.pub4

Meier, P. P., Patel, A. L., Hoban, R., & Engstrom, J. L. (2016). Which breast pump for which mother: an evidence-based approach to individualizing breast pump technology. *Journal of Perinatology*, *36*(7), 493–499. https://doi.org/10.1038/jp.2016.14

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice (Meleis, Transitions Theory)* (1st ed.). Springer Publishing Company.

Mercer, R. T. (2010). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment [E-book]. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice (Meleis, Transitions Theory)* (1st ed., pp. 94–104). Springer Publishing Company.

Möller, E. L., de Vente, W., & Rodenburg, R. (2019). Infant crying and the calming response: Parental versus mechanical soothing using swaddling, sound, and movement. *PLOS ONE*, *14*(4), e0214548. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214548

Monguilhott, J. J. D. C., Brüggemann, O. M., Freitas, P. F., & D'Orsi, E. (2018). Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. *Revista de Saúde Pública*, *52*, 100. https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052006258

Montenegro, C. A., & Rezende, J. (2017). *Rezende Obstetrícia (Em Portuguese do Brasil)* (13th ed.). Editora.
Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

Morgan, A. R., Steen, C. D., Schwartz, R. A., & Jannige, C. K. (2009). Erythema Toxicum Neonatorum Revisited. *Pediatric Dermatology*, *83*, 13–16. https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/083010013.pdf

Moura, N. A. D. S., Holanda, V. R. D., Albuquerque, G. P. M. D., Castro, J. F. D. L., Silva, H. R. D. L., & Rocha, E. P. G. D. (2020). Analysis of practices in childbirth and postpartum hospital care. *Rev Rene*, *21*, e43671. https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143671

Nené, M. (2016). *Enfermagem de Saude Materna e Obstetrica*. LIDEL - EDICOES TECNICAS LTDA.

Neto, C. M., de Albuquerque, R., de Souza, S., Giesta, R., Fernandes, A., & Mondin, B. (2018). Comparative Study of the Use of HPA Lanolin and Breast Milk for Treating Pain Associated with Nipple Trauma. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, *40*(11), 664–672. https://doi.org/10.1055/s-0038-1675180

Neville, M. C., Keller, R., Seacat, J., Lutes, V., Neifert, M., Casey, C., Allen, J., & Archer, P. (1988). Studies in human lactation: milk volumes in lactating women during the onset of lactation and full lactation. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *48*(6), 1375–1386. https://doi.org/10.1093/ajcn/48.6.1375

Nguyen, J., & Brymer, E. (2018). Nature-Based Guided Imagery as an Intervention for State Anxiety. *Frontiers in Psychology*, *9*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01858

NHS. (2020). *Guideline for Intrapartum and Postpartum Bladder Care*. https://www.frimleyhealthandcare.org.uk/media/2138/intrapartum-and-postpartum-bladder-care.pdf

NICE. (2015). *Preterm labour and birth*. https://www.nice.org.uk/guidance/ng25/resources/preterm-labour-and-birth-pdf-1837333576645

Noel-Weiss, J., Courant, G., & Woodend, A. K. (2008). Physiological weight loss in the breastfed neonate: a systematic review. *Open Medicine: A Peer-Reviewed, Independent, Open-Access Journal*, *2*(4), e99–e110. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3091615/

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NA C*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Pinar, S., & Karaçam, Z. (2017). Applying fundal pressure in the second stage of labour and its impact on mother and infant health. *Health Care for Women International*, *39*(1), 110–125. https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1376332

Rautava, S. (2015). Neonatal weight loss and exclusive breastfeeding. *Acta Paediatrica*, *104*(10), 965–966. https://doi.org/10.1111/apa.13130

Robb, M. P., Goberman, A. M., & Cacace, A. T. (1997). An Acoustic Template of Newborn Infant Crying. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, *49*(1), 35–41. https://doi.org/10.1159/000266435

Romano, A. M., & Lothian, J. A. (2008). Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *37*(1), 94–105. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x

Rubashkin, N., Torres, C., Escuriet, R., & Dolores Ruiz-Berdún, M. (2019). "Just a little help": A qualitative inquiry into the persistent use of uterine fundal pressure in the second stage of labor in Spain. *Birth*, *46*(3), 517–522. https://doi.org/10.1111/birt.12424

Serra, D., Parris, C. R., Carper, E., Homel, P., Fleishman, S. B., Harrison, L. B., & Chadha, M. (2012). Outcomes of Guided Imagery in Patients Receiving Radiation Therapy for Breast Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *16*(6), 617–623. https://doi.org/10.1188/12.cjon.617-623

Shanazi, M., Farshbaf Khalili, A., Kamalifard, M., Asghari Jafarabadi, M., Masoudin, K., & Esmaeli, F. (2015). Comparison of the Effects of Lanolin, Peppermint, and Dexpanthenol Creams on Treatment of Traumatic Nipples in

Breastfeeding Mothers. *Journal of Caring Sciences*, *4*(4), 297–307. https://doi.org/10.15171/jcs.2015.030

Sharma, G., Penn-Kekana, L., Halder, K., & Filippi, V. (2019). An investigation into mistreatment of women during labour and childbirth in maternity care facilities in Uttar Pradesh, India: a mixed methods study. *Reproductive Health*, *16*(1). https://doi.org/10.1186/s12978-019-0668-y

Slusher, T., Slusher, I. L., Biomdo, M., Bode-Thomas, F., Curtis, B. A., & Meier, P. (2006). Electric Breast Pump Use Increases Maternal Milk Volume in African Nurseries. *Journal of Tropical Pediatrics*, *53*(2), 125–130. https://doi.org/10.1093/tropej/fml066

Smorti, M., Ginobbi, F., Simoncini, T., Pancetti, F., Carducci, A., Mauri, G., & Gemignani, A. (2021). Anxiety and depression in women hospitalized due to high-risk pregnancy: An integrative quantitative and qualitative study. *Current Psychology*. https://doi.org/10.1007/s12144-021-01902-5

Soares, C. B., Hoga, L. A. K., Peduzzi, M., Sangaleti, C., Yonekura, T., & Silva, D. R. A. D. (2014). Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, *48*(2), 335–345. https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000200020

Sociedade Europeia De Cardiologia. (2018). *Recomendações para o Tratamento de Doenças Cardiovasculares na Gravidez* [E-book]. https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/1.pocket_DCV_gravidez.pdf

Sociedade Portuguesa da Contraceção, Sociedade Portuguesa de Ginecologia, & Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. (2020). *CONSENSO SOBRE CONTRACEÇÃO 2020*. https://www.spdc.pt/images/CONSENSOS_FINAL.pdf

Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2012). *Revisão dos Consensos em Infecções Vulvovaginais*. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/revisao_dos_consensos_em_infeccoes_vulgovaginais.pdf

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016a). *Consenso Clínico "Hipoglicemia neonatal."* https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Hipoglicemia_neonatal.pdf

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016b). *Icterícia Neonatal Avaliação e tratamento no recém-nascido de termo e pré-termo*. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf

Sosa, C. G., Althabe, F., Belizán, J. M., & Bergel, E. (2015). Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.cd003581.pub3

Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein*, *8*, 102–106. https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt

Superville, S. S., & Siccardi2, M. A. (2021). *Leopold Maneuvers*. StatPearls. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560814/

Takmaz, T., Aydın, S., Gorchiyeva, R., & Karasu, A. F. G. (2020). The usual suspect: cross-sectional study of fundal pressure at second stage of delivery and the association with pelvic floor damage. *International Urogynecology Journal*, *32*(7), 1917–1924. https://doi.org/10.1007/s00192-020-04523-x

The International Childbirth Education Association. (2015). *ICEA Position paper: Physiologic birth*. https://icea.org/wp-content/uploads/2016/01/Physiologic_Birth_PP.pdf

Vedova, A. D. (2014). Maternal psychological state and infant's temperament at three months. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *32*(5), 520–534. https://doi.org/10.1080/02646838.2014.947472

Ventura, T., Gomes, M., & Carreira, T. (2012). Cortisol and anxiety response to a relaxing intervention on pregnant women awaiting amniocentesis. *Psychoneuroendocrinology*, *37*(1), 148–156. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.05.016

Wang, Y. S., Shen, Y. H., Wang, J. J., Yang, M. J., Ding, S. W., & Shi, Y. Y. (1994). Preliminary Study on the Blood Glucose Level in the Exclusively Breastfed Newborn. *Journal of Tropical Pediatrics*, *40*(3), 187–188. https://doi.org/10.1093/tropej/40.3.187

Western. (2010). Western approach to the postpartum. *Pregnancy and Childbirth*, 99–120. https://doi.org/10.1016/b978-0-7020-3055-0.00003-0

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, *52*(5), 546–553. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

Wilson-Clay, B., & Hoover, K. (2013). *Breastfeeding Atlas* (5ª edição ed.). LactNews Press.

Wolke, D., Bilgin, A., & Samara, M. (2017). Systematic Review and Meta-Analysis: Fussing and Crying Durations and Prevalence of Colic in Infants. *The Journal of Pediatrics*, *185*, 55–61.e4. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.02.020

World Health Organization, D. C. H. D. S. & World Health Organization. Division of Child Health and Development. (1998). *Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding*. World Health Organization, Division of Child Health and Development. https://apps.who.int/iris/handle/10665/64877

World Health Organization. (2015). *WHO Recommendations on Interventions to Improve Preterm Birth Outcomes*. WHO.

World Health Organization. (2017). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors* (2nd ed.). World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf

Youssef, A., Salsi, G., Cataneo, I., Pacella, G., Azzarone, C., Paganotto, M. C., Krsmanovic, J., Montaguti, E., Cariello, L., Bellussi, F., Rizzo, N., & Pilu, G. (2018). Fundal pressure in second stage of labor (Kristeller maneuver) is associated with increased risk of levator ani muscle avulsion. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, *53*(1), 95–100. https://doi.org/10.1002/uog.19085

Anexo 1- Análise dos artigos incluídos na revisão integrativa

Título/País/ Ano/Autor	1. "Fundal pressure during the second stage of labour (Review) (Hofmeyr et al., 2017)
Metodologia	Revisão sistemática da literatura. Foram incluídos nove estudos na revisão, cinco estudos (3.057 mulheres) compararam a pressão uterina manual com a não realização de pressão uterina, e quatro estudos (891 mulheres) compararam a realização de pressão uterina através de um cinto inflável com a não realização de pressão uterina.
Objetivo	Determinar se a realização de pressão uterina facilita a obtenção de um parto por via vaginal espontâneo e se previne um segundo estádio de trabalho de parto prolongado e explorar quais as consequências maternas e neonatais relacionadas com a sua utilização.
Incidência da manobra de Kristeller	Não aplicável.
Modo de realização da manobra de Kristeller	No grupo em que foi realizada pressão uterina manual foi aplicada pressão na parte superior do útero num ângulo de 30° a 45° em relação à coluna materna na direção da pelve, sendo que num dos estudos foi realizado o *Gentle Assisted Pushing*, no qual o profissional de saúde se coloca de joelhos na cabeceira da cama e coloca as palmas das mãos no fundo do útero, aplicando durante as contrações, uma pressão uterina firme e sustentada foi aplicada na direção da pelve. No grupo em que foi utilizado o cinto inflável para realizar pressão uterina, este cinto deteta as contrações uterinas e realiza pressão durante 30 segundos aquando da contração uterina.
Justificação para a sua realização	Não descrito.

Repercussões físicas na saúde da mulher	No grupo em que foi aplicada pressão uterina manual quando comparado ao grupo que não realizada pressão, não foram encontradas diferenças nem no tipo de parto (parto vaginal, instrumental ou cesariana), no tempo até o parto, no número de episiotomias e na hemorragia pós-parto. No entanto, o grupo submetido a intervenção apresentam maior incidência de lacerações perineais e cervicais, contudo, este achado pode ter sido ao acaso. A dor foi referida apenas num estudo, tendo sido mencionada mais dor no pós-parto no grupo submetido a pressão uterina. No grupo em que foi aplicada pressão uterina com cinto inflável, a duração do segundo estágio do trabalho de parto foi muito menor comparativamente ao grupo controle. As taxas de parto instrumental e partos cirúrgicos em geral foram menores no grupo com cinto inflável, embora não possamos ter certeza de que esse resultado não seja devido ao acaso devido aos amplos intervalos de confiança. Os resultados também foram inconsistentes para a cesariana, possivelmente devido a diferenças no desenho do estudo. No entanto, as ruturas perineais, vaginais e cervicais não foram claramente diferentes entre os dois grupos, porém um estudo encontrou um aumento de lacerações de terceiro grau no grupo com cinto inflável.
Repercussões na experiência de parto	No estudo realizado por Acanfora (2013), as mulheres que utilizaram cinto inflável, consideraram o mesmo útil. Também o estudo realizado por Kang (2009), com base num questionário pós-parto, verificou que as mulheres submetidas a intervenção com o cinto inflável reportaram mais conforto e satisfação.
Conclusão	Posto isto, não existem evidências suficientes que demonstrem se a pressão uterina manual ou a pressão uterina por cinto inflável é benéfica ou prejudicial. Por esse motivo, são necessários mais estudos de boa qualidade, que descrevam como a pressão uterina foi aplicada e que se foquem nos desfechos maternos a longo prazo e na satisfação das mães.

Nível de evidência	1b

Título/País/ Ano/Autor	2. "Safety of uterine fundal pressure maneuver during second stage of labor in a tertiary perinatal medical center: A retrospective observational study" Tóquio (Hayta et al., 2019)
Metodologia	Estudo observacional retrospetivo
Objetivo	Avaliar se a manobra de pressão uterina realizada no segundo estádio de trabalho de parto foi aplicada em conformidade com as indicações das diretrizes da Sociedade Japonesa de Obstetrícia e Ginecologia (SJOG) e analisar a sua segurança para as mães e respetivos fetos. A amostra do estudo abrangeu 1928 mulheres que tiveram parto por via vaginal.
Incidência da manobra de Kristeller	A pressão no fundo uterino foi realizada em 263 (14%) das mulheres que tiveram parto por via vaginal, sendo que 93 tiveram parto eutócico e 170 parto distócico por ventosa.
Modo de realização da manobra de Kristeller	Para a implementação da intervenção tinham de ser seguidas um conjunto de critérios nomeadamente: só podia ser realizada por obstetras, estar posicionada ao lado das parturientes, a cardiotocografia tinha de ser contínua, a manobra tinha de ser realizada no momento do trabalho de parto que manifesta dor, a força expulsiva era aumentada ao longo do eixo da pelve, o número de tentativas devia ser igual ou inferior a 5 vezes e a duração total de tentativas deve ser de igual ou inferior a 20 min, apresentando-se todas estas condições em conformidade com as diretrizes da (SJOG).
Justificação para a sua realização	O estado fetal não tranquilizador em 163 mulheres (62%), segundo estádio do trabalho de parto prolongado em 86 mulheres (33%), apresentação fetal não occipito anterior em 5 (2%), distócia de ombros 1 (<1%), descolamento prematuro da placenta 1 (<1%) e motivo clínico desconhecido 4 (2%).
Repercussões físicas na saúde da mulher	Os efeitos adversos maternos associados à concretização desta manobra foram as lacerações do canal de parto em 14 mulheres, seguidas das lacerações cervicais que foram verificadas em 7 mulheres, tendo estes efeitos

	adversos ocorrido em 18 pacientes que foram submetidas a parto distócico por ventosa e 3 partos eutócicos. A intervenção foi mais comumente realizada em primíparas 215 (82%) do que em multíparas 48 (18%).
Repercussões na experiência de parto	Não avaliado no estudo.
Conclusão	Posto isto, a realização de pressão no fundo uterino na segunda fase do trabalho de parto estava geralmente de acordo com as indicações das diretrizes não tendo sido verificado nenhum efeito adverso materno grave, como por exemplo rotura uterina.
Nível de evidência	2d

Título/País/ Ano/Autor	3. "Effect of uterine fundal pressure applied in the second stage of labor on birth outcomes and neonatal oxygen saturation" Turquia (Akpinar & Kanbur, 2022)
Metodologia	Estudo descritivo e comparativo. Foram incluídas 128 mulheres no estudo.
Objetivo	Avaliar as consequências da realização de pressão uterina no segundo estádio do trabalho de parto no desfecho do parto e na saturação periférica de oxigénio do recém-nascido. Foram incluídas 128 mulheres no estudo, com gravidezes de baixo risco, que tiveram parto vaginal, entre as 38-42 semanas e de um único feto.
Incidência da manobra de Kristeller	Realizada em 80 mulheres (grupo de intervenção).
Modo de realização da manobra de Kristeller	O modo de realização foi com recurso à mão e cotovelo (56,3%), mão e antebraço (40%), mão (36,3%), mão, antebraço e cotovelo (13,8%), antebraço e cotovelo (11,3%) e cotovelo (2,5%).
Justificação para a sua realização	As indicações clínicas referidas são esforços maternos expulsivos ineficazes (78,8%), estado fetal não tranquilizador (31,3%) e trabalho de parto prolongado (20%).
Repercussões físicas na saúde da mulher	As mulheres submetidas à manobra de Kristeller quando comparadas com o grupo que não foi submetido a intervenção, apresentaram taxas mais elevadas de episiotomia (61,3%) vs (35%), de necessidade de alongamento da incisão de episiotomia (28,7%) vs (3,7%), de lacerações de primeiro grau (28,7%) vs (20%), de segundo grau (17,5%) vs (2,5%) e de laceração cervical (76,3%) vs (43,7%). Também o prolongamento do terceiro estádio de trabalho de parto foi maior no grupo submetido a intervenção. Apresentaram mais induções no grupo submetido a intervenção 85% vs 80% e a amniotomia em 66,2% vs 67,5%.

Repercussões na experiência de parto	A duração do segundo e terceiro estádio do trabalho de parto é mais longa no grupo submetido à manobra de Kristeller do que no grupo que não teve intervenção.
Conclusão	Podemos concluir que a aplicação de pressão uterina prolonga o segundo e o terceiro estágios de trabalho de parto, aumenta a necessidade de episiotomia, de alongamento desta incisão, a taxa de lacerações perineais de segundo grau e a taxa de laceração cervical. Atendendo que não é uma intervenção recomendada, é fundamental que os profissionais de saúde realizem práticas de acordo com a evidência, de modo a melhorar os desfechos maternos, devendo ser privilegiadas para diminuir a pressão uterina durante o parto outro tipo de práticas como por exemplo a alternância de posições, exercícios respiratórios, entre outros.
Nível de evidência	3c

Título/País/ Ano/Autor	4. "Fundal pressure in second stage of labor (Kristeller maneuver) is associated with higher risk of levator ani muscle avulsion" Bolonha, Itália (Youssef et al., 2018)
Metodologia	Estudo observacional prospetivo de caso-controlo. No presente estudo participaram 300 mulheres (150 no grupo controlo e 150 no grupo experimental), 128 (85,3%) e 134 (89,3%) mulheres dos grupos respetivamente, realizaram 3-6 meses após o parto uma ecografia do pavimento pélvico transperineal.
Objetivo	O objetivo do estudo consistiu em avaliar o efeito da realização de pressão uterina, no segundo estádio de trabalho de parto, sobre o risco de lesão do músculo elevador do ânus.
Incidência da manobra de Kristeller	Não aplicável.
Modo de realização da manobra de Kristeller	Foi aplicada uma pressão constante no fundo uterino com a mão, com recurso a um ou aos dois punhos ou até com o cotovelo.
Justificação para a sua realização	Não descrito.
Repercussões físicas na saúde da mulher	As mulheres submetidas à manobra de Kristeller apresentaram um maior risco de lesão do músculo elevador do ânus em comparação com o grupo controlo (38/134; 28,36% vs. 18/128; 14,06%). Além disso, também a área do hiato pélvica apresentou diferenças entre os dois grupos quando submetidos à manobra de Valsava, apresentando o grupo submetido à manobra de Kristeller, uma maior área.
Repercussões na experiência de parto	Não descrito.
Conclusão	Posto isto, podemos concluir que a pressão uterina no segundo estádio de trabalho de parto se encontra associada a mais do dobro do risco de lesão do músculo elevador do ânus em primíparas (por parto eutócico), sendo esta associação independente de outros fatores de risco associados a lesão deste músculo (como a idade

	materna, IMC, peso do RN ao nascimento, etc). De salientar que, as lesões nestes músculos se encontram associadas a uma diminuição da força de contração e a sintomas de prolapso de órgãos pélvicos. É essencial que as mulheres sejam informadas sobre a indicação, benefícios e riscos associados à realização desta manobra e que seja solicitado o seu consentimento informado, que nas mulheres submetidas a esta intervenção, seja realizada uma avaliação do assoalho pélvico no pós-parto. Foi possível constatar uma subnotificação do registo desta intervenção nos registos das pacientes por parte dos profissionais, sendo pertinente que quando aplicada seja registada.
Nível de evidência	3d

Título/País/ Ano/Autor	5. "The usual suspect: cross-sectional study of fundal pressure at second stage of delivery and the association with pelvic floor damage" Turquia (Takmaz et al., 2020)
Metodologia	Estudo transversal. Foram incluídas 86 mulheres no estudo, tendo sido posteriormente separadas em dois grupos (grupo intervenção n=39 e grupo controle n=47).
Objetivo	Avaliar o efeito da manobra de pressão uterina realizada no segundo estádio de trabalho de parto sobre a taxa de lesão do assoalho pélvico em primíparas com recurso a ultrassonografia transperineal tridimensional, realizada até 48 após o parto.
Incidência da manobra de Kristeller	A manobra de Kristeller foi aplicada em 39 mulheres.
Modo de realização da manobra de Kristeller	A intervenção foi realizada apenas por obstetras, com a mão num ângulo de 30 a 45° em relação à coluna da parturiente, no sentido longitudinal, em cada contração uterina até a saída da cabeça fetal. No hospital onde foi realizado o estudo não existe uma diretriz sobre o modo de aplicação de pressão uterina. Esta foi aplicada entre 2 a 18 vezes.
Justificação para a sua realização	Segundo estádio de trabalho de parto prolongado (>2h), estado fetal não tranquilizador e cansaço materno, sendo estes dois últimos motivos os mais comuns.
Repercussões físicas na saúde da mulher	O grupo submetido à manobra de Kristeller, apresentou maior incidência de episiotomia (89,7%) vs (68,1%) e maior incidência de prolapso no pós-parto (10,3%) vs (4,3%). A duração do segundo estádio de trabalho de parto foi maior nas mulheres submetidas à pressão no fundo uterino (59.8 minutos) vs (43,71 minutos). A razão entre defeito do LAM, defeito bilateral do LAM e perda de tenting foi significativamente maior no grupo que teve intervenção.
Repercussões na experiência de parto	Não descrito no estudo.

Conclusão	A pressão uterina durante o segundo estágio do parto está associada a um risco maior de lesão do músculo elevador do ânus e a um hiato genital maior nas 48 horas após o parto, que podem levar a prolapso da parede vaginal anterior.
Nível de evidência	4b

Título/País/ Ano/Autor	6. "The Outcomes of Delivery by Fundal Pressure Maneuver in the Second Stage of Labor" Irão (Asti et al., 2020)
Metodologia	Estudo transversal descritivo comparativo. A amostra incluiu 331 mulheres com gravidezes de baixo risco.
Objetivo	Determinar quais os resultados maternos e neonatais associados à realização de pressão uterina no segundo estádio de trabalho de parto.
Incidência da manobra de Kristeller	A pressão no fundo uterino foi realizada em 50,15% das mulheres (n=166).
Modo de realização da manobra de Kristeller	Não descrita no estudo.
Justificação para a sua realização	A ausência de progressão do trabalho de parto e diminuição da frequência cardíaca fetal, tendo sido a intervenção realizada segundo indicação do obstetra.
Repercussões físicas na saúde da mulher	No grupo submetido à manobra de Kristeller foi verificado maior sangramento nos primeiros trinta minutos e uma hora após o parto, maior necessidade de utilização de ventosa (4,8%) vs 1,81%), maior taxa de episiotomia (77,81%) vs (39%) e maior incidência de lacerações de 1ºgrau (11,41%) vs (5,52%) e de 2º grau (21,73%) vs (5%).
Repercussões na experiência de parto	Não descrito no estudo.
Conclusão	A realização de pressão uterina no segundo estágio do trabalho de parto aumenta os resultados adversos maternos, fetais e neonatais. Por este motivo, os profissionais de saúde devem minimizar a intervenções desnecessárias.
Nível de evidência	4b

Título/País/ Ano/Autor	7. "Maniobra Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas" Peru (Becerra-Chauca & Failoc-Rojas, 2019)
Metodologia	Estudo quantitativo com desenho descritivo, transversal e prospetivo. Foram incluídas no estudo 250 puérperas que tiveram parto vaginal, com gestação única e de termo (>37s).
Objetivo	Determinar a prevalência, as características e as consequências físicas e éticas da aplicação da manobra de Kristeller nas puérperas num hospital em Lima, Peru.
Incidência da manobra de Kristeller	Realizada em 116 (46,4%) das mulheres.
Modo de realização da manobra de Kristeller	A intervenção foi realizada com a palma das mãos em 77,6%, com o antebraço em 13,6%, com o punho em 3,4% e 5,2% não se recorda de como foi feita. Em 75,9% a manobra foi realizada entre 1 a 3 vezes, em 19% 4 a 6 vezes e 5,2% não se recorda. De salientar que em 75,9% foi realizada pelo mesmo profissional.
Justificação para a sua realização	Os motivos referidos pelos profissionais para a realização da manobra foram sofrimento fetal, feto mal orientado na bacia ou feto muito grande (25,7%), que a intervenção tinha como objetivo ajudar porque o recém-nascido não estava a descer no canal de parto (25,7%), esforços maternos inadequados/cansaço materno (22,9%), ausência de progressão de trabalho de parto (20%) e a pedido da mulher (5,7%).
Repercussões físicas na saúde da mulher	Das puérperas submetidas a esta intervenção 38% referiu ter sofrido de consequências físicas, particularmente, laceração vaginal superficial em 84,2% e laceração vaginal profunda em 15,8%. Também foi referido pelas puérperas, dor aquando da execução da manobra, tendo sido percecionada como muita dor em 55,9% destas.
Repercussões na experiência de parto	Podemos verificar que 77,6% referiu que não foram informadas no que consistia o procedimento e respetivos benefícios e a larga maioria não foi informada das possíveis consequências (93,1%) e da indicação clínica (60,3%). O consentimento não foi solicitado em 51,7% das mulheres. Também foi verificado que 39,7%

	mulheres pediram para pararem de realizar a intervenção, sendo que em 58,3% dos casos os profissionais continuaram a fazer.
Conclusão	Posto isto, podemos concluir que se verifica uma elevada prevalência de realização da manobra de Kristeller, apesar dos dados terem sido baseados nos relatos das parturientes, uma vez que não se encontram registados no processo clínico. Face a isto são necessários mais estudos de modo a compreender quais as consequências físicas associadas à realização deste procedimento.
Nível de evidência	4b

Título/País/ Ano/Autor	8. "Applying fundal pressure in the second stage of labour and its impact on mother and infant health" Turquia (Pinar & Karaçam, 2018)
Metodologia	Estudo transversal analítico. Este estudo abrangeu 350 mulheres que tiveram parto por via vaginal entre as 37–42 e foram selecionadas para o estudo usando a técnica de amostragem por conveniência.
Objetivo	Explorar o impacto da aplicação de pressão uterina, na segunda fase do trabalho de parto, na saúde da mãe e do recém-nascido e qual a perceção da mulher acerca do parto.
Incidência da manobra de Kristeller	107 mulheres (30,6%) foram submetidas à manobra de Kristeller e 46, 2% tiveram uma experiência de parto anterior no qual tinha sido aplicada esta intervenção (no entanto, não existe correlação entre estes dois dados uma vez que nem todas as mulheres que tiveram esta intervenção num parto anterior, tiveram neste).
Modo de realização da manobra de Kristeller	Antebraço (75,7%), punho (43%), cotovelo (16,8%) e mão (10,3%), tendo sido realizada aproximadamente durante 20 segundos, 4 a 5 vezes.
Justificação para a sua realização	Sem motivo clínico (97,6%); esforços expulsivos ineficazes (0,9%); bradicardia fetal (0,9%); segundo estádio de trabalho de parto superior a 2 horas (0,3%) e distócia de ombros (0,3%).
Repercussões físicas na saúde da mulher	6,9% das mulheres experienciaram complicações, sendo a perda por via vaginal a mais apontada. Na maioria das mulheres (67,1%) foi realizada amniotomia, em 60,0% foi realizada indução e 63,7% teve episiotomia e verificou-se maior incidência de lacerações perineais.
Repercussões na experiência de parto	Em relação à experiência de parto algumas mulheres 33,0% disseram achar que era uma prática normal, 27,2% disseram que facilitou o parto e ajudou, 19,4% disseram que era uma má prática e 16,5% afirmaram que

	sentiram dor durante o procedimento. Algumas das reações das mulheres face a esta intervenção foram afastar o profissional que estava a realizar a manobra (2,8%), afirmar que não queria o procedimento (6,5%), referir que não estava a conseguir respirar (2,8%) e gritar (1,9%).
Conclusão	Em suma, podemos concluir que a pressão uterina não causou impacto negativo na experiência de parto da mulher, tendo sido mais aplicada em primíparas que tiveram uma gravidez planeada e desejada.
Nível de evidência	4b

Título/País/ Ano/Autor	9. "Just a little help": A qualitative inquiry into the persistent use of uterine fundal pressure in the second stage of labor in Spain" Espanha (Rubashkin et al., 2019)
Metodologia	Estudo qualitativo. O estudo foi realizado através de entrevistas individuais (a 10 mulheres), com um grupo focal (constituído por 14 parteiras) e com outro grupo focal (constituído por uma parteira e um obstetra).
Objetivo	Compreender a perspetiva dos profissionais de saúde, nomeadamente, parteiras e obstetras, para a realização da manobra de Kristeller e descrever em que circunstâncias esta é aplicada, de acordo com mulheres submetidas a esta manobra no seu trabalho de parto.
Incidência da manobra de Kristeller	Não aplicável.
Modo de realização da manobra de Kristeller	Não se encontra especificado, no entanto foi aplicada 30 minutos após o início dos esforços expulsivos e tendo durado no máximo 10 minutos.
Justificação para a sua realização	Os profissionais de saúde apontam como motivos para a realização da manobra segundo estádio de trabalho de parto prolongado, esforços expulsivos maternos prolongados, traçado cardíaco fetal não tranquilizador e e diminuição da sensibilidade/perceção dos membros devido a analgesia epidural.
Repercussões físicas na saúde da mulher	As mulheres submetidas a esta intervenção também apresentaram um conjunto de intervenções obstétricas, nomeadamente, analgesia epidural (n=10), ocitocina (n=7), episiotomia (n=6) e fórceps/ventosa (n=6).
Repercussões na experiência de parto	Os profissionais não se referiam à manobra de Kristeller pelo nome, mas referindo que iriam "ajudar", o que foi percecionado pelas mulheres como dificultador do reconhecido da intervenção. Também esta intervenção foi evidenciada como o culminar de uma cascata de intervenções, como o uso de analgesia epidural, e ocitocina, que limitaram a intenção de um parto fisiológico. Também a restrição de movimentos no período

	expulsivo e a limitação do tempo do período expulsivo, foi percecionado pelas mulheres como falta de respeito por parte dos profissionais pelas suas preferências.
Conclusão	Posto isto, podemos concluir que os profissionais adotam um novo método de realização da manobra de Kristeller, no qual é solicitado o consentimento previamente, no entanto, não é totalmente a informação necessária uma vez que são utilizados eufemismos como "ajudar", levando a que as mulheres se sintam desinformadas e sujeitas a múltiplas intervenções obstétricas.
Nível de evidência	4d

Anexo 2- Níveis de Evidência da JBI

JBI Levels of Evidence

Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013

PLEASE NOTE: These levels are intended to be used alongside the supporting document outlining their use. Using Levels of Evidence does not preclude the need for careful reading, critical appraisal and clinical reasoning when applying evidence.

LEVELS OF EVIDENCE FOR EFFECTIVENESS

Level 1 – Experimental Designs

Level 1.a – Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs)

Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs

Level 1.c – RCT

Level 1.d – Pseudo-RCTs

Level 2 – Quasi-experimental Designs

Level 2.a – Systematic review of quasi-experimental studies

Level 2.b – Systematic review of quasi-experimental and other lower study designs Level 2.c –

Quasi-experimental prospectively controlled study

Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study

Level 3 – Observational – Analytic Designs

Level 3.a – Systematic review of comparable cohort studies

Level 3.b – Systematic review of comparable cohort and other lower study designs Level 3.c –

Cohort study with control group

Level 3.d – Case – controlled study

Level 3.e – Observational study without a control group

Level 4 – Observational – Descriptive Studies Level 4.a

– Systematic review of descriptive studies Level 4.b –

Cross-sectional study

Level 4.c – Case series

Level 4.d – Case study

Level 5 – Expert Opinion and Bench Research Level

5.a – Systematic review of expert opinion Level 5.b

– Expert consensus

Level 5.c – Bench research/ single expert opinion

LEVELS OF EVIDENCE FOR DIAGNOSIS

Level 1 – Studies of Test Accuracy among consecutive patients

Level 1.a – Systematic review of studies of test accuracy among consecutive patients Level 1.b –

Study of test accuracy among consecutive patients

Level 2 – Studies of Test Accuracy among non-consecutive patients

Level 2.a – Systematic review of studies of test accuracy among non-consecutive patients Level 2.b –

Study of test accuracy among non-consecutive patients

Level 3 – Diagnostic Case control studies

Level 3.a – Systematic review of diagnostic case control studies Level 3.b –

Diagnostic case-control study

Level 4 – Diagnostic yield studies

Level 4.a – Systematic review of diagnostic yield studies Level

4.b – Individual diagnostic yield study

Level 5 – Expert Opinion and Bench Research Level

5.a – Systematic review of expert opinion Level 5.b

– Expert consensus

Level 5.c – Bench research/ single expert opinion

LEVELS OF EVIDENCE FOR ECONOMIC EVALUATIONS

Levels

1. Decision model with assumptions and variables informed by systematic review and tailored to fit the decision making context.
2. Systematic review of economic evaluations conducted in a setting similar to the decision makers.
3. Synthesis/review of economic evaluations undertaken in a setting similar to that in which the decision is to be made and which are of high quality (comprehensive and credible measurement of costs and health outcomes, sufficient time period covered, discounting, and sensitivity testing).
4. Economic evaluation of high quality (comprehensive and credible measurement of costs and health outcomes, sufficient time period covered, discounting and sensitivity testing) and conducted in setting similar to the decision making context.
5. Synthesis / review of economic evaluations of moderate and/or poor quality (insufficient coverage of costs and health effects, no discounting, no sensitivity testing, time period covered insufficient).
6. Single economic evaluation of moderate or poor quality (see directly above level 5 description of studies).
7. Expert opinion on incremental cost effectives of intervention and comparator.

LEVELS OF EVIDENCE FOR MEANINGFULNESS

1. Qualitative or mixed-methods systematic review
2. Qualitative or mixed-methods synthesis
3. Single qualitative study
4. Systematic review of expert opinion
5. Expert opinion