



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Complicações maternas decorrentes da realização da Manobra de Kristeller durante o período expulsivo do trabalho de parto

Ana Sofia Pires

Viseu, abril de 2022

Complicações maternas decorrentes da realização da Manobra de Kristeller durante o período expulsivo do trabalho de parto

Ana Sofia da Silva Pires

Estágio com Relatório Final

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora
Manuela Ferreira.

Maio de 2022

“Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer”

Michel Odent

Agradecimentos

Agradeço a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para o crescimento e desenvolvimento deste trabalho e do meu futuro como Enfermeira Especialista em Saúde materna, obstétrica e ginecológica.

Primeiramente, agradeço à minha Orientadora, Professora Doutora Manuela Ferreira, pela sua disponibilidade, por todo o tempo livre que me dispensou e por todo o seu apoio fundamental na realização deste do ensino clínico e deste relatório. Agradeço, ainda, a todas as Enfermeiras Especialistas Célia Costeira, Ana Pedrosa, Sílvia Prazeres, Isabel Pedrosa, Dulce Mota que orientaram o ensino clínico, pela paciência, dedicação e amizade.

Agradeço ao Professor Doutor João Duarte, pela prestimosa ajuda no tratamento estadístico, pois, sem esse apoio não se teria concluído este estudo.

Agradeço a todas as mulheres que dedicaram um bocadinho do seu tempo livre para responder a este questionário; às minhas colegas de turma que durante estes dois anos nos viram evoluir enquanto enfermeiras e futuras enfermeiras especialistas, algumas delas permanecerão amigas para a vida toda.

Ao meu marido e filho que foram o meu porto de abrigo e pilar de apoio que me ampararam dando sempre o incentivo e ajuda necessária.

Um muito obrigada sincero!

Resumo

Enquadramento

O estágio de natureza profissional desenvolvido e que deu resposta a este relatório, visa o desenvolvimento de competências para a obtenção do título de especialista e grau de mestre em saúde materna, obstétrica e ginecológica. Na componente de investigação estudamos a manobra de Kristeller, uma prática obstétrica questionável.

Objetivos

Este relatório teve como objetivos demonstrar a aquisição de competências do enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica e identificar as complicações maternas associadas ao uso da manobra de Kristeller no segundo período do trabalho de parto.

Metodologia

No que diz respeito ao Capítulo I, foi realizada uma análise reflexiva da prática sempre baseada na mais recente evidência científica.

No âmbito do eixo de investigação foi realizado um estudo de análise quantitativa, relacional-analítico, em coorte transversal, numa amostra não probabilística por conveniência, segundo o método em bola de neve com colheita de dados através de questionário online a 275 mulheres que pariram em Portugal nos últimos 5 anos.

Foram obtidos dados sobre antecedentes obstétricos, avaliação do incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico e o seu impacto e, a sua relação com fatores sociodemográficos da amostra e com os dados relativos ao último parto.

Conclusão

Das competências comuns e específicas previstas foram adquiridas.

As evidências encontradas demonstram que a realização da Manobra de Kristeller é um ato de violência obstétrica, sendo caracterizada como uma prática invasiva e com resultados potencialmente negativos para a saúde da mulher e do bebé.

Face a esta realidade, considera-se fundamental que o EESMO, pelas competências que possui e com base nos seus conhecimentos especializados, consciencialize os profissionais de saúde acerca das boas práticas obstétricas.

Palavras-chave

Obstetric labor complications; Delivery obstetric; Labor Onset; Labor, obstetric; Trial of labor; Labor stage, second; Parturition; Delivery Rooms; Kristeller

Abstract

Background

The professional internship developed and that gave answer to this report, aims at the development of skills for obtaining the title of specialist and master's degree in maternal, obstetric and gynecological health. In the research component we studied the Kristeller maneuver, a questionable obstetric practice.

Objectives

This report aimed to demonstrate the acquisition of skills of the specialist nurse in maternal, obstetric, and gynecological health and to identify maternal complications associated with the use of the Kristeller maneuver in the second period of labor.

Methodology

With regard to Chapter I, a reflective analysis of my practice during clinical teaching was carried out, always based on the latest scientific evidence.

In the research axis, a quantitative, relational-analytical, cross-sectional cohort study was carried out in a non-probability convenience sample, according to the snowball method with data collection through an online questionnaire to 275 women who gave birth in Portugal in the last 5 years.

Data were obtained on obstetric history, assessment of discomfort related to pelvic floor dysfunctions and their impact, and their relationship with sociodemographic factors of the sample and with data on the last delivery.

Conclusion

The expected common and specific skills were acquired.

The evidence found shows that performing the Kristeller Maneuver is an act of obstetric violence, being characterized as an invasive practice with potentially negative results for the health of the woman and the baby.

Given this reality, it is considered essential that the OBGYN Nurse/midwife, through the skills that it possesses and based on its specialized knowledge, raise awareness among health professionals about good obstetric practices.

Keywords

Obstetric labor complications; Delivery obstetric; Labor Onset; Labor, obstetric; Trial of labor; Labor stage, second; Parturition; Delivery Rooms; Kristeller

Sumário

	Pag.
Agradecimentos	5
Introdução geral	18
I Capítulo – Relatório da Componente clínica	21
1. Descrição dos Contextos Clínicos	23
1.1. Contextualização da prestação de cuidados na comunidade	24
1.1.1. Consulta Externa de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. 24	
1.2. Contextualização da prestação de cuidados na maternidade.....	25
1.2.1. Unidade de Cuidados Especializados Pediátricos (UCEP) do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.	25
1.2.2. Serviço de internamento de puerpério, ginecologia e patologia materno-fetal do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.	26
1.2.3. Sala de Partos do Centro Hospitalar de Leiria E.P.E.	27
2. Reflexão crítica das atividades desenvolvidas	29
2.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período préconcepcional.....	29
2.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.....	30
2.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	34
2.4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	39
2.5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério ..	43
2.6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológicos	44
2.7. Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade	45
II Capítulo – Relatório Final da Componente de Investigação	47
Resumo	47
1. Justificação do estudo	49
2. Enquadramento teórico	51

3. Métodos	55
3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	55
Tabela 2: Estatísticas relativas à idade das participantes.....	55
3.2. Instrumentos de recolha de dados	56
3.3. Procedimentos.....	70
4. Resultados	73
Tabela 12: Antecedentes obstétricos	73
Tabela 13: Dados referentes ao último parto.....	75
Tabela 14: Estatísticas relativas à avaliação do incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico	76
Tabela 15: Estatísticas relativas ao impacto no pavimento pélvico	76
4.1. Discussão	85
Conclusão.....	91
Referências bibliográficas	93
Carvalho, P. (2022). <i>Violência obstétrica: práticas não recomendadas pela OMS com taxas em Portugal acima da média europeia</i> . Acedido em https://www.publico.pt/2022/02/10/sociedade/noticia/violencia-obstetrica-praticas-nao-recomendadas-oms-taxas-portugal-acima-media-europeia-1994855	93
ANEXOS.....	99

Lista de tabelas

	Pag.
Tabela 1: Número de partos realizados e assistidos	39
Tabela 2: Estatísticas relativas à idade das participantes	55
Tabela 3: Caracterização sociodemográfica da amostra	56
Tabela 4: Profissão	56
Tabela 5: Consistência interna do Questionário de Avaliação do Incômodo Relacionado às Disfunções do Pavimento Pélvico	60
Tabela 6: Rácios críticos e coeficiente lambda	62
Tabela 7: Fiabilidade compósita, variância extraída média e validade discriminante do Questionário de Avaliação do Incômodo Relacionado às Disfunções do Pavimento Pélvico	63
Tabela 8: Consistência interna do Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico – PFIQ	765
Tabela 9: Rácios críticos e coeficiente lambda	66
Tabela 10: Índices de ajustamento global do Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico	68
Tabela 11: Fiabilidade compósita, variância extraída média e validade discriminante do Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico	70
Tabela 12: Antecedentes obstétricos	73
Tabela 13: Dados referentes ao último parto	75
Tabela 14: Estatísticas relativas à avaliação do incômodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico	76
Tabela 15: Estatísticas relativas ao impacto no pavimento pélvico	76
Tabela 16: T-test entre o incômodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico e a idade	77
Tabela 17: Teste U de Mann-Whitney entre o incômodo relacionado com as disfunções do assoalhado pélvico e o estado civil	77
Tabela 18: T-test entre o impacto no pavimento pélvico e a idade	78
Tabela 19: Teste U de Mann-Whitney entre o impacto no pavimento pélvico e o estado civil	76
Tabela 20: Teste Kruskal-Wallis entre o incômodo relacionado com as disfunções do assoalhado pélvico e o tipo de parto	78
Tabela 21: Teste U de Mann-Whitney entre o incômodo relacionado com as disfunções do assoalhado pélvico e a duração do trabalho de parto	79
Tabela 22: T-test entre o incômodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico e episiotomia	79
Tabela 23: T-test entre o incômodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico e Manobra de Kristeller	79

Tabela 24: T-test entre o incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico e administração de ocitocina	80
Tabela 25: Teste U de Mann-Whitney entre o incómodo relacionado com as disfunções do assoalhado pélvico e tipo de analgesia.....	80
Tabela 26: Teste Kruskal-Wallis entre o impacto no pavimento pélvico e o tipo de parto	80
Tabela 27: Teste U de Mann-Whitney entre o impacto no pavimento pélvico e a duração do trabalho de parto	81
Tabela 28: T-test entre o impacto no pavimento pélvico e realização de episiotomia	81
Tabela 29: T-test entre o impacto no pavimento pélvico e Manobra de Kristeller.....	81
Tabela 30: T-test entre o impacto no pavimento pélvico e administração de ocitocina	82
Tabela 31: Teste U de Mann-Whitney entre o impacto no pavimento pélvico e tipo de analgesia	82
Tabela 32: Regressão múltipla entre os problemas urinários e o impacto na bexiga	83
Tabela 33: Regressão múltipla entre os problemas no pavimento pélvico e problemas no pavimento pélvico.....	84
Tabela 34: Regressão múltipla entre os problemas no pavimento pélvico e problemas no pavimento pélvico.....	85

Lista de figuras

	Pag.
Figura 1: Vigilância de puérperas e recém-nascidos	43
Figura 2: Gráfico de percentagens de motivo de internamento do foro ginecológico	45
Figura 3: Gráfico de variância de Screen Plot	61
Figura 4: Análise fatorial confirmatória do Questionário de Avaliação do Incómodo Relacionado às Disfunções do Pavimento Pélvico	62
Gráfico 5: Gráfico de variância de Screen Plot	65
Figura 6: Modelo Inicial com a totalidade dos itens e cargas fatoriais do Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico	67
Figura 7: Modelo reespecificado do Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico	68
Figura 8: Modelo com o fator de 2 ^a ordem do Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico	69

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AFC	Análise fatorial confirmatória
AFU	Altura do fundo do útero
APPT	Ameaça de parto pré-termo
CFI	Comparative fit index
CHL	Centro hospitalar de Leiria
CPAP	Pressão positiva contínua na via aérea
DGS	Direcção Geral da Saúde
DIU	Dispositivo intra-uterino
EEESMO	Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
EESMO	Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
FC	Fiabilidade compósita
FCF	Frequência cardíaca fetal
GFI	Googness-of-fit
GIG	Grande para a idade gestacional
HTA	Hipertensão
IG	Idade gestacional
IVG	Interrupção voluntária da gravidez
KMO	Kaiser-Meyer-Olkm
Ku	Achatamento
MK	Manobra de Kristeller
MLE	Maximum - Likelihood estimation
OBGYN	Obstetrics and gynecology nurse
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PFBQ	Pelvic floor bother questionnaire
PFIQ	Pelvic floor impact questionnaire
RCT	Registo cardiotocográfico
RMSEA	Root-square error of approximation
RN	Recém-nascido
SGUM	Síndrome geniturinária da menopausa

SK	Valores de assimetria
SMR	Standardized root mean square residual
SPSS	Statistical Package Social Science
TP	Trabalho de parto
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCEP	Unidade de Cuidados Especializado Pediatricos
UMW	U-Mann Whitney
VEM	Variância extraída média

Introdução geral

Dando cumprimento ao plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, realizou-se um estágio que incluiu a área da vigilância da gravidez normal e patológica, trabalho de parto (TP), parto, pós-parto. A realização do ensino clínico permite o desenvolvimento de competências clínicas diferenciadas para a prestação de cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, como recomendado pelo Regulamento nº 391 (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

No que diz respeito à unidade curricular de “Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica”, ela é composta por duas componentes: a primeira pelo “Estágio e Relatório da componente clínica” e a segunda pelo “Relatório Final da componente de investigação”, conforme é sugerido no Guia Orientador da Unidade Curricular (IPV, 2021).

O Ensino Clínico decorreu no Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (CHL) durante o ano letivo 2021/2022, no período de julho de 2021 a março de 2022, sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Manuela Ferreira e supervisão em regime de tutoria de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). A realização dos diversos Ensinos Clínicos teve por objetivo a aplicação de conhecimentos e a aquisição de competências de diagnóstico e intervenção específica do EEESMO, promovendo assim a excelência do exercício profissional, os cuidados centrados na mulher, recém-nascido e família, como projetado no Regulamento nº 391 (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Segundo este regulamento (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p. 13561), “O EEESMO assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, (. . .) e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher”.

A intervenção em enfermagem especializada em saúde materna e obstétrica caracteriza-se por um nível elevado de conhecimento especializado, que suportado no desenvolvimento de uma atitude reflexiva, permite ao profissional o aprofundamento de competências de julgamento e decisão em situações novas e complexas, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional.

A experiência profissional desenvolvida a partir da prática baseada na evidência, constituiu-se como estratégia na prestação de cuidados de elevada qualidade, onde os resultados de investigação aplicada adquirem uma dimensão a valorizar.

A operacionalização deste estágio traduziu-se na prestação de cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica à mulher/recém-nascido/pai/família. O relatório permitiu-me a auto consciencialização no contexto da prática especializada em enfermagem

de saúde materna e obstétrica, visando ganhos em saúde da mulher/recém-nascido/pai/família.

Durante o estágio tive oportunidade de demonstrar a capacidade de identificar problemas e desenvolver soluções, de refletir acerca das ações realizadas e as suas implicações éticas e sociais, assim como comunicar adequadamente. Cheguei à conclusão que as mulheres/casais apenas querem ser ouvidos e respeitados nos seus desejos e, sobretudo, ajudados e informados sobre as práticas que lhes vão ser prestadas.

Por outro lado, a orientação tutorial, enquanto metodologia, permite um acompanhamento especializado, questionando as diferentes opções provenientes da prática clínica, relevantes para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem em saúde materna e obstétrica.

A prática baseada na evidência é um instrumento impulsor da enfermagem e é fomentador da melhoria da qualidade dos cuidados, pondo ainda em ênfase o uso de pesquisas para orientar a tomada de decisão clínica, assente em regras de avaliação da literatura científica (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

A segunda componente do Relatório final inclui a elaboração de um estudo de análise quantitativa, relacional-analítico, em coorte transversal, numa amostra não probabilística por conveniência, segundo o método em bola de neve a 275 mulheres que pariram em Portugal nos últimos 5 anos, com o objetivo de identificar as complicações decorrentes da utilização da Manobra de Kristeller no segundo período do trabalho de parto (período expulsivo).

A Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2018), na recomendação 40 do manual cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva, afirma que a aplicação de pressão no fundo uterino de forma a facilitar o parto no período expulsivo não é recomendada.

Inúmeros autores defendem que a aplicação de força no fundo do útero durante o segundo período do trabalho de parto de forma a acelerá-lo não é benéfico e demonstram preocupação nos resultados que daí possam advir, quer para a parturiente quer para o nascituro (Hofmeyr et al., 2017; Pires, A.S.; Dias, H; Santos, M.J., Coutinho, 2021; Youssef et al., 2019).

Surge a pertinência deste relatório que tem por objetivos demonstrar a aquisição de competências do enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica e identificar as complicações maternas associadas ao uso da manobra de Kristeller no segundo período do trabalho de parto.

I Capítulo – Relatório da Componente clínica

A prática clínica é o culminar das competências adquiridas no ensino teórico. Foi ao longo de dois semestres de componente clínica que tive a oportunidade de colocar em prática todos os conhecimentos adquiridos na teoria, e ainda, utilizar a pesquisa científica para aprofundar o meu conhecimento na área da saúde materna, obstétrica e ginecológica.

De forma a adquirir as competências necessárias para a conclusão da pós-licenciatura e mestrado em saúde materna, obstétrica e ginecológica, o Ensino Clínico permitiu-me desenvolver a minha prática de forma dinâmica e objetiva, sendo a prática desenvolvida objeto de autoanálise relativa às ações executadas.

Os vários ensinamentos clínicos foram desenvolvidos na sua totalidade no Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E (CHL), nos diferentes serviços alusivos às diferentes áreas de atuação dos EESMO, nomeadamente Consulta Externa de Obstetrícia e Ginecologia, Unidade de Cuidados Especializados Pediátricos (UCEP), Internamento de Obstetrícia, Ginecologia e Patologia Materno-fetal e Sala de Partos.

1. Descrição dos Contextos Clínicos

O relatório da componente clínica tem por base o perfil e as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica. Deste modo, conforme o regulamento nº391/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE), publicado em Diário da República nº85 de 3 de maio de 2019, durante os diversos ensinamentos clínicos, foram desenvolvidas atividades para dar resposta às seguintes competências:

- a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Assim, a legislação vigente prevê a realização mínima de “consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais; vigilância e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes; realização pelo aluno de pelo menos 40 partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos; participação activa em partos de apresentação pélvica; prática de episiotomia e iniciação à sutura; vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco; vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais; observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes; cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

1.1. Contextualização da prestação de cuidados na comunidade

1.1.1. Consulta Externa de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

Tendo em conta a sua estrutura física e organização, a consulta externa de obstetrícia e ginecologia do Centro Hospitalar de Leiria (CHL) articula-se com o Serviço de Urgência Obstétrica e Sala de partos do mesmo hospital. Deste modo, o horário de quatro semanas é simultaneamente realizado para colmatar as necessidades de recursos humanos das três áreas distintas de atuação. A equipa é multidisciplinar, sendo constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e administrativas.

Existe uma distribuição semanal em que cada enfermeiro se encontra afeto a uma área, sendo que no total existem no serviço 37 enfermeiras. Contudo, apenas 3 a 4 enfermeiras desenvolvem atividade na consulta externa. A consulta funciona das 8:30h às 19h de segunda a sexta-feira.

Relativamente à estrutura física, além da existência de 7 consultórios (5 de médicos e 2 de enfermagem), existem, ainda, 2 salas para realização de ecografias.

As enfermeiras que prestam assistência a grávidas são especialistas em saúde materna, obstétrica e ginecológica, porém existe ainda uma enfermeira de cuidados gerais que presta assistência a mulheres com patologia do foro ginecológico.

Pela escassez de recursos humanos, apenas se efetuam vigilâncias de gravidez de alto risco (adolescentes, diabetes gestacional, hipertensão, trombofilias, híper/hipotiroidismo, grávidas com SARS-COV-2 ou que contraíram o vírus durante a gravidez, etc). Realizam ainda, a consulta de referência do primeiro trimestre em articulação com 5 agrupamentos de centros de saúde. E, às terças e sextas-feiras no período da tarde, efetuam consultas de interrupção voluntária da gravidez (IVG).

A praticamente todas as consultas médicas está associada uma consulta de enfermagem preparatória que é realizada por um EESMO, fortalecendo o que vem descrito no Parecer nº21/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. “Só os EESMOS estão habilitados a exercer nas suas áreas específicas do exercício profissional.”, nomeadamente as consultas de vigilância da gravidez e as consultas de IVG, realizadas apenas por EESMO (OE-MCEESMO, 2017).

1.2. Contextualização da prestação de cuidados na maternidade

1.2.1. Unidade de Cuidados Especializados Pediátricos (UCEP) do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

A UCEP situa-se no 1º piso da Torre Poente do Hospital Santo André e é dotada de uma dinâmica e funcionamento próprio. Vocacionada sobretudo para o atendimento do recém-nascido (RN) com necessidades especiais, a UCEP contempla também o atendimento de crianças/adolescentes que necessitem de cuidados intensivos ou de uma vigilância permanente.

Trata-se uma Unidade de Cuidados intermédios com a lotação de 8 camas, com a possibilidade de aumento de 4 camas previsto no Plano de Contingência instituído. Dispõe de um quarto individual reservado para situações de isolamento, uma sala com 4 incubadoras/berços abertos, duas salas de cuidados intermédios com 3 camas e uma sala de amamentação.

Embora não se disponha de dados relativamente ao RN prematuro, são internados na UCEP todos os prematuros que nasçam no CHL e que necessitem de cuidados, assim como RN/lactentes que sejam provenientes do Serviço de Obstetrícia, do Bloco de Partos, da Urgência Pediátrica, da Consulta Externa, Serviço de Pediatria ou de outros hospitais, como as Maternidades Bissaya Barreto e Daniel de Matos. Relativamente à faixa etária, a UCEP assegura cuidados a crianças dos 0 aos 17 anos e 364 dias, contudo a atividade centra-se fundamentalmente na área da neonatologia.

Os motivos mais frequentes que levam ao internamento do RN são a prematuridade, as patologias respiratórias (mais comum o Vírus Sincicial Respiratório), a hiperbilirrubinémia e outros tais como: risco infeccioso, síndrome de abstinência neonatal, asfíxia, problemas sociais, dificuldades alimentares e gemelaridade. Os critérios para proceder à transferência de um RN para outra Unidade Hospitalar prendem-se essencialmente com o facto de a idade gestacional (IG) ser inferior a 32 semanas e o peso inferior a 1500g, a necessidade de técnicas específicas, como por exemplo a Hipotermia induzida e a área de residência dos pais.

A filosofia do cuidar assenta nos Cuidados Centrados na Família, em que os pais são parceiros no cuidar, sendo a sua presença não só desejada e incentivada, como imprescindível. Contudo, a pandemia Covid19 veio alterar fortemente o contexto onde se processam os cuidados neonatais. Os hospitais fecharam portas implicando, assim, fortes restrições na circulação de pessoas. Desde o início da pandemia que se tem vindo a alterar e a adaptar as regras, mas atualmente é permitido um acompanhante (normalmente a mãe)

em alojamento conjunto com o RN, ficando este impedido de se ausentar do serviço durante o internamento. É permitida uma segunda visita (normalmente o pai) que pode permanecer junto com o bebé no horário das 12h às 20h.

Em relação ao método de trabalho adotado pela UCEP, opta-se preferencialmente pelo Enfermeiro de Referência, mas por vários condicionalismos também se pratica o Método Individual. Os recursos humanos compreendem: 1 pediatra responsável pela unidade, 2 a 3 pediatras por dia (rotativo) no horário das 9h às 13h e no restante horário o pediatra mais categorizado do Serviço de Urgência, 1 enfermeiro gestor, 6 enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica, 6 enfermeiros de cuidados gerais, 6 assistentes operacionais e uma assistente técnica. A equipa multiprofissional é ainda composta por uma técnica superior de Serviço Social, psicólogo, psiquiatra, fisiatra, fisioterapeuta, neuropediatra e nutricionista que prestam colaboração mediante solicitação.

O horário praticado pela equipa de Enfermagem, é o roulement e sempre que possível é integrado um enfermeiro Especialista em cada turno, para dar resposta não só à gestão de cuidados, mas também para desenvolver atividades para as quais foram superiormente designados, nomeadamente nas funções como “Elos de Ligação” entre o Serviço e Comissões da Qualidade, Infeção e Humanização. O programa informático utilizado para os registos de enfermagem é o SClínico.

1.2.2. Serviço de internamento de puerpério, ginecologia e patologia materno-fetal do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

O Serviço de internamento de obstetrícia, ginecologia e patologia materno-fetal situa-se na torre Nascente, 2º piso, do CHL. É composto por 8 enfermarias de 3 camas, 1 enfermaria de 4 camas e 2 quartos individuais/isolamento, perfazendo um total de 30 camas, com capacidade de alojar 30 mulheres e, pelo menos, 30 recém-nascidos. Dispõe, ainda, de uma sala (o “Cantinho da Amamentação”), onde as mulheres podem recorrer para utilização das bombas extratoras de leite. O serviço detém, também, uma sala de tratamento com marquesa ginecológica e com material para realização de tratamento a feridas quando necessário.

A equipa é composta por 12 enfermeiras de cuidados gerais e 10 enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica, incluindo aqui a enfermeira chefe. O horário desempenhado pela equipa de enfermagem é o roulement, sendo que pelo menos um enfermeiro é ESMO, de forma a dar resposta às grávidas que estão internadas no serviço

como à gestão de cuidados. O programa informático utilizado para os registos de enfermagem é o SClínico.

No que diz respeito ao método de trabalho adotado no serviço de internamento, opta-se preferencialmente pelo Enfermeiro de Referência, mas por vários condicionalismos também se pratica o Método Individual.

1.2.3. Sala de Partos do Centro Hospitalar de Leiria E.P.E.

O Centro Hospitalar de Leiria tem por missão essencial, de acordo com o próprio, prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com os cuidados de saúde primários e com os demais hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde. Faz igualmente parte da sua missão colaborar na prevenção e promoção da saúde da comunidade em geral e assegurar condições de investigação e de formação profissional aos respetivos colaboradores.

Tendo em conta a sua estrutura física e organização, a sala de partos do Centro hospitalar de Leiria articula-se com o Serviço de Urgência Obstétrica e consulta externa de ginecologia e obstétrica do mesmo hospital. Desta forma, o horário mensal é simultaneamente realizado para colmatar as necessidades humanas dos três serviços. A equipa é multidisciplinar, sendo constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e administrativas.

Existe uma distribuição semanal em que cada enfermeiro se encontra atribuído a uma respetiva área, sendo que no total existem no serviço 37 enfermeiras. Assim sendo, para cada turno, existem enfermeiros escalados para 7 áreas (Salas: 1, 3 e 5; Salas: 2, 4 e 6; Recém-nascidos; Urgência; Gravidez de Termo e Responsável de turno). De acordo com cada área, são distribuídos da seguinte forma: 5 enfermeiros para o turno da noite, 7 enfermeiros para o turno da manhã e 6 enfermeiros para o da tarde.

Relativamente à estrutura física, para além da existência de 7 salas de parto, área de recobro com capacidade para 4 camas, existe ainda a área covid.

As parturientes desde que de baixo risco são acompanhadas apenas pela enfermeira especialista, juntamente com a presença do acompanhante, desde que e tal como referem as normas, o/ a mesma detenha um teste para pesquisa de SARS-COV-2 não detetado ou certificado de recuperação.

2. Reflexão crítica das atividades desenvolvidas

A Ordem dos Enfermeiros no regulamento n.º140/2019, “Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista”, afirma que “são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, [são as seguintes:] a elevada capacidade de conceção, a gestão e a supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Deste modo, do enfermeiro especialista fazem parte integrante a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Assim, e durante todos os ensinamentos clínicos, procurei promover a proteção dos direitos humanos e cumprir o código deontológico dos enfermeiros; aplicar a metodologia da prática de enfermagem baseada na evidência, prestando cuidados de enfermagem com efetividade, eficácia e eficiência.

Tendo como base o documento da Ordem dos Enfermeiros, “Regulamento das competências específicas dos Enfermeiros de saúde materna, obstétrica e ginecológica”, serão descritas as atividades desenvolvidas em ensinamentos clínicos, assim como a sua reflexão e justificação baseada na evidência científica, de forma a atingir os objetivos propostos no Guia Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final (IPV, 2021).

2.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período préconcepcional

O ESMO tem a competência de cuidar da mulher, educando-a para a saúde de maneira a fomentar famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Assim, é dever do EESMO promover a saúde sexual e reprodutiva deste grupo-alvo (Godinho, 2020).

As orientações da DGS que constam do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva dizem-nos que a “saúde reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspetos relacionados com o sistema reprodutivo, as suas funções e processos” (2008, p.5).

Portanto, na consulta de planeamento familiar é realizado o aconselhamento da mulher/casal acerca dos métodos contraceptivos mais adaptados atendendo à vivência

sexual, assim como, adequando as expectativas destes. As mulheres portadoras de deficiência cognitiva, algumas institucionalizadas, quando do atendimento em consulta, o método mais eficaz é o da colocação de implante pela escassez de compreensão das orientações transmitidas. São realizadas formações sobre doenças sexualmente transmissíveis e modos de prevenir a sua propagação.

Muitas vezes, esta consulta funciona em articulação com os centros de saúde, pois os clínicos que aqui prestam cuidados nestes não se sentem à vontade na colocação/extração dos implantes e dos dispositivos intra-uterinos (DIU). Contudo, nas duas unidades de cuidados na comunidade (UCC) aferentes ao CHL, as colegas EESMO, procedem à realização deste procedimento.

2.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

A mulher grávida está num estado fisiológico. A gravidez desenvolve-se desde a concepção até ao momento do parto. É um estado normal da mulher, em que o seu filho cresce e progride dentro do organismo materno com a duração provável de 40 semanas, 9 meses, 280 dias ou 10 ciclos lunares (Franco, 2016)

Enquanto futura EESMO compreendo que é fundamental para promover uma transição positiva para a parentalidade, ajudando na aquisição do novo papel de pais, e também demonstrar total disponibilidade, deixando as mães à vontade para fazer quaisquer perguntas que possam ter, o que é determinante.

Procurei estabelecer uma relação empática com a grávida, respeitando a privacidade e tentando conhecer e compreender os significados atribuídos pela mulher ao que está a acontecer, os seus medos e as suas dúvidas.

Num dos dias de estágio em que me foi distribuída uma grávida com o diagnóstico de ameaça de parto pré-termo (APPT), por consumo de canabinóides (o seu consumo está associado a partos prematuros e a restrição de crescimento intra-uterino (Ferreira, 2021)), enquanto falava com ela expliquei-lhe as consequências dos seus atos, acabando por se demonstrar sensibilizada para a mudança. Mostrou, também, a sua intenção de amamentar e a pouca informação que detinha. Assim, realizei-lhe uma sessão de educação para a saúde acerca de amamentação, onde ela se demonstrou muito receptiva. No final, agradeceu-nos por tudo o que lhe tínhamos ensinado.

Assim, em contexto pré-natal, a educação para a saúde é extremamente importante. É imprescindível sermos capazes de identificar a falta de conhecimentos, adequar as

estratégias para ensinar, sendo o objetivo final das intervenções do EESMO tornar a grávida/casal mais autónoma(o), menos ansiosa(o), alterar comportamentos e prevenir complicações. A educação para a saúde é também uma forma de dar resposta a uma das competências do EESMO, e que pressupõe, entre outros, informar, orientar e implementar programas e projetos de promoção da saúde pré-natal, de preparação para o parto e parentalidade responsável, de promoção do aleitamento materno (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Neste ensino clínico tive oportunidade prestar cuidados a grávidas internadas por patologia materno-fetal, e também a grávidas em indução do trabalho de parto.

No que diz respeito aos motivos que mais levam as grávidas a ficar internadas, talvez o mais frequente seja a ameaça de parto pré-termo (APPT), em que muitas grávidas acabam por permanecer no serviço por longos períodos. Para com estas grávidas é necessário cumprir o protocolo da dexametasona para maturação pulmonar e podem também ser necessários tocolíticos para parar contrações, nomeadamente a realização do protocolo de atosiban (Mendes da Graça, 2018).

Para além das APPTs, acompanhei grávidas com pré-eclâmpsias (ou com suspeita), em que se realiza uma vigilância rigorosa da tensão arterial, assim como dos parâmetros como a proteinúria e a diurese, estando sempre atenta a sinais indicadores de maior gravidade como alterações visuais ou neurológicas, epigastralgias, etc, e duas grávidas com hiperémese gravídica.

Durante a gravidez, a conduta a ter consiste em equilibrar o bem-estar materno com o bem-estar fetal. Quando houver um desequilíbrio e manter a gravidez for perigoso para a vida da grávida ou do feto, tem de se ponderar interrompê-la.

Uma das grávidas à nossa responsabilidade ficou internada por hipertensão (HTA) e, ainda durante o internamento, ficou com o diagnóstico de pré-eclâmpsia por apresentar proteinúria e edemas dos membros inferiores. Daí a uns dias (aproximadamente 4 a 5), a grávida referiu sentir um mau estar abdominal, um desconforto na região epigástrica. A utente referia ainda que este desconforto tinha iniciado no dia anterior, sem agravamento e sem outra sintomatologia. Os sinais e sintomas de pré-eclâmpsia são edema, HTA, proteinúria, podendo estar associados a epigastralgias, cefaleias, perturbações da visão, oligoanúria ou anúria (Mendes da Graça, 2018). Informámos a equipa médica, colhemos sangue para análises e estas não revelaram qualquer alteração. Posteriormente, durante o turno da tarde, a grávida (de 34 semanas nesse dia), por agravamento de sintomatologia e controlo analítico, foi intervencionada e realizaram cesariana de urgência.

Ajudar e cuidar das mulheres com APPT é um desafio para nós profissionais, pois existem todo o tipo de posturas por parte das mulheres/casais. Apoiar e auxiliar no processo de luto é também uma das competências do EESMO. Nunca é fácil. É doloroso para a mulher/casal e também para todos os profissionais que cuidaram desta família. Nós profissionais de saúde refugiamo-nos e até evitamos o contacto com estes pais. Provavelmente seria necessária mais formação nesta área do luto, particularmente sobre o que fazer para auxiliar estes pais a viverem-no de uma forma não patológica.

Tive, ainda, oportunidade de cuidar de uma grávida de 24 semanas com APPT por colo uterino curto, à qual foi efetuada uma cerclage. Esta tinha indicação de manter repouso absoluto no leito e na posição de trendelenburg. Era uma mulher indiana, com quem a comunicação nem sempre era fácil, que teve um passado obstétrico com 2 abortos espontâneos tardios (16 semanas e 20 semanas). Ela conseguiu demonstrar os seus medos e receios quanto ao desenvolvimento desta gravidez e mantinha esperança na sua transferência para Coimbra, de levar esta gravidez avante.

Quanto às mulheres em indução do trabalho de parto, é importante vigiar atentamente as características do registo cardiotocográficos (RCT), para avaliar o bem-estar-fetal e estar atenta a sinais de alerta, como a diminuição da variabilidade da frequência cardíaca fetal, a taquicardia fetal e evitar a taquissístolia e a hipertonia uterina, pelo risco de rotura uterina.

Ao acompanhar a realização de registos de enfermagem, aprendi a distinguir com melhor clareza as atitudes terapêuticas dos focos de enfermagem, que originam diagnósticos de enfermagem e as respetivas intervenções, como funciona a CIPE em programa informático, neste caso o Sclinico.

Na minha opinião, cuidar em enfermagem passa primeiramente por educar para a saúde. Assim sendo, os EESMO são os que mais educam e ensinam para a procura de saúde por parte das grávidas.

Ora para que os ensinamentos que ia prestando ao longo das consultas fossem melhor consolidados, era de extrema importância que eu criasse uma relação empática com as grávidas. Quando estabelecemos uma relação empática com a utente, a mensagem que passamos é tida em consideração com mais probabilidade. O Livro de Bolso dos EESMO diz-nos que “a filosofia subjacente à prestação de cuidados por EESMO/Parteiras consiste (...) no estabelecimento de uma forte relação de confiança com a Mulher.” (Barradas et al., 2015).

O meu objetivo específico de envolver o/a companheiro/a nem sempre foi possível pois os acompanhantes não são permitidos entrar nas consultas por regra do hospital. O

que não vai de acordo com a Orientação nº 018/2020 de 30/03/2020 atualizada a 27/10/2021, que nos diz “deve ser garantido, se a grávida o desejar, a presença de um acompanhante na vigilância pré-natal (consultas e ecografias)” (DGS, 2021). Todavia, quando as grávidas são adolescentes, com deficiência ou não falavam português e/ou inglês, permitia-se que os acompanhantes assistissem à consulta e traduzissem a informação.

Grávidas com SARS-COV-2 ativo, eram consultadas em último de acordo com a orientação da DGS (2021).

O momento da consulta realizada pelo EESMO durante a gravidez é um momento de educação para a saúde. É, sem dúvida, a demonstração dos bons cuidados de enfermagem que se prestam nestas consultas que se traduzem na diminuição das taxas de mortalidade e morbidade infantil e materna.

Deste modo, houve imensas oportunidades de colocar em prática todos os conhecimentos adquiridos na teoria e, perceber a sua importância, fazendo todo o sentido a aquisição destas competências. Falo, por exemplo, dos desconfortos esperados ao longo da gravidez e de como os minimizar, de todos os cuidados implícitos no controlo farmacológico e não farmacológico da diabetes gestacional ou prévia, do plano de vacinação durante a gravidez, às questões legais, nomeadamente o abono pré-natal, etc. Este é um momento de desmistificação da gravidez, empoderando a mulher para a vivência plena da sua gravidez.

No que diz respeito às competências técnicas, houve oportunidade de efetuar colheita de espécimes, colocar em prática as intervenções do EESMO na consulta de vigilância (avaliação de sinais vitais, avaliação do peso, teste rápido de urina, auscultação cardíaca-fetal (Henriques & Santos, 2016)).

Houve, ainda, oportunidade de acompanhar consultas de IVG, ao abrigo da lei 16/2007 que despenaliza a mulher que a desejar, desde que a idade gestacional seja inferior a 10 semanas e 1 dia (Assembleia da República, 2007). Obtive melhor conhecimento do funcionamento desta consulta e de como esta se processa ao abrigo da lei. Aqui apenas trabalham profissionais não objetores de consciência. Assim, nestas consultas, mais do que entregar a medicação para as mulheres poderem realizar a IVG, é primordial a educação para a saúde e a introdução de um método contraceptivo fiável e eficaz para aquela mulher, de forma a evitar nova gravidez não desejada.

Numa das consultas de vigilância da gravidez, veio ter connosco uma mulher de 15 anos, grávida de 16 semanas (pela data da última menstruação) a pedir uma IVG. Porém, a lei em Portugal é explícita quanto à idade gestacional, por isso, nesta situação não há muito

a fazer, além da vigilância da gravidez e do encaminhamento desta situação para o serviço social e para o serviço de psicologia, de forma a preparar a chegada deste bebê.

A saúde de uma mulher e o seu nível de conhecimento acerca da sua saúde durante as fases pré-concepcional, gravidez e pós-parto influenciam diretamente a sua gravidez e a saúde do seu filho (M. de F. do R. Santos, 2018). Assim, a base das consultas de vigilância da gravidez é a comunicação (Andrade et al., 2021).

A riqueza da diversidade cultural e socioeconómica das grávidas que vêm à consulta de vigilância ao CHL, diversidade essa cultural e socioeconómica, fez com que eu me tivesse de adaptar na forma como prestei os ensinamentos efetivos às diferentes grávidas, isto de maneira a apoiar e empoderar no processo de transição para a maternidade. Meleis (2010) diz-nos que a transição é uma mudança no estado de saúde ou nas relações, nas expectativas ou nas capacidades dos papéis e implica mudanças nas necessidades de todos os sistemas humanos. Necessitam que, neste caso, a mulher/casal adquira novos conhecimentos, altere certos comportamentos, fazendo com que se altere o conceito de si num contexto social. Meleis (2010, p.25) define transição como “a passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as perceções”.

O EESMO tem como função promover uma transição para a maternidade plena e tranquila. E é através da educação para a saúde que consegue a maior parte do sucesso. O Programa Nacional Para a Vigilância da Gravidez de Risco (Almeida et al., 2015), menciona que a educação para a saúde, deve ser fomentada nas consultas, com vista a ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, a sua literacia em saúde e a desenvolver competências.

2.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

O trabalho de parto (TP) é um conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez iniciados, levam à contratilidade uterina regular, à dilatação do colo do útero, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior (Mendes da Graça, 2018).

O parto eutócico é um parto que é espontâneo, sem recurso a instrumentação, e que acontece entre as 37 e as 42 semanas de gravidez (Fatia & Tinoco, 2016).

Durante o trabalho de parto procurei estabelecer uma relação empática com a grávida e com o/a acompanhante, respeitando a privacidade e tentando conhecer e compreender os significados atribuídos pela mulher ao que está a acontecer, os seus medos

e dúvidas. Como nos diz (Varela et al., 2020), a proximidade do parto pode despoletar respostas emocionais, como a sensação de excitação e apreensão.

Os casais cada vez mais se fazem apresentar com um plano de parto, o qual tenho o dever de respeitar, porém, e após conversar e criar uma relação empática com o casal percebo que quer é que lhe seja explicado e “traduzido por miúdos” o que está a acontecer com eles, com o filho/a que irá nascer e o que se passa na sala de partos.

Vamos informando, oportunamente ou quando questionados, do que é expectável que aconteça, particularmente da necessidade de vigilância das características do colo uterino, da evolução normal do TP, da indução com ocitocina (se necessário), sempre pedido o consentimento, e da possibilidade de, no período expulsivo, haver necessidade de realizar uma episiotomia.

Acima de tudo, e antes da frequência desta especialidade, sou enfermeira e, é inerente à prática de enfermagem, esta ser baseada em evidência científica sempre promovendo a segurança da mulher/casal.

A EESMO tem um papel fundamental na promoção de uma transição para a parentalidade estável, ajudando na aprendizagem do novo papel de pais, e que a nossa atitude de demonstrar disponibilidade e de deixar a mulher/casal à vontade para fazer quaisquer perguntas que possa ter é decisiva.

A maioria das mulheres/casais frequenta o curso de preparação para o parto, assim, a apresentação do plano de parto estruturado (suportado pela DGS (Isabel et al., 2020)), em suporte de papel, pelos casais é uma realidade, contudo este plano de parto por vezes não corresponde à realidade das práticas. Ou seja, o que vem escrito neste não é exequível de acordo com as práticas/material disponível na maternidade ou é irreal. Quando confrontada uma das grávidas acerca do conteúdo do seu plano de parto (“Retirar leite por máquina 8/10 vezes dia se o bebé não for adaptado à mama” por exemplo) a própria responde-me que foi retirado da internet, sem fundamentação teórica. Penso que seria uma mais valia, criar no CHL, associado às aulas de preparação para o parto (que são em grupo e online devido à pandemia Covid-19), uma consulta individual, com cada casal, com o objetivo de conhecer as suas expectativas e vontades, e esse ser um momento de reflexão comum com os profissionais, para delinear o seu plano de parto. Isto já acontece em alguns (ainda muitos poucos) hospitais do país, no entanto, devíamos todos caminhar no sentido de colocar sempre o foco no casal, de humanizar e respeitar um momento que é tao importante e tão marcante. Seria ainda benéfico criar um plano de parto institucional que os casais possam preencher após a informação adquirida nas aulas de preparação para o parto, se a hipótese anterior não for possível.

Porém, e em tempos de pandemia, o curso de preparação para o parto foi depurado por as aulas presenciais não se poderem realizar. Assim, os profissionais de saúde tiveram de se adaptar e lecionar o curso online, mas muitos dos casais que acompanhei em TP e parto afirmaram não terem vontade de realizar o curso desta forma inovadora.

Na minha opinião, acho ser importante trabalharmos em interesse do que as nossas demandas exigem. Estamos dependentes de números (particularmente, do número de nascimentos por ano) e devemos fazer algum marketing para que a nossa maternidade seja o local escolhido pelos casais, para o nascimento dos seus filhos. Assim o serviço que se presta tem de ser de qualidade, em termos de recursos materiais e principalmente humanos. Deste modo, e a preparar o estágio de consulta externa, estou a elaborar um vídeo de apresentação de serviço para que as grávidas e casais entendam o que esperar aquando da vinda para o hospital.

Uma das competências específicas do EESMO, segundo o Regulamento 391/2019, publicado a 3 de Maio, em Diário da República, é garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto e a promoção do conforto e bem-estar da mulher (alíneas 3.1.2 e 3.1.3) (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Quanto ao alívio da dor durante o trabalho de parto este é conseguido maioritariamente através da analgesia epidural, na qual colaborei com os médicos anestesistas. Contudo, detive algumas situações em que a grávida recusou ou situações de TP precipitado e não houve tempo suficiente para a realização desta. Por isso, possuí algumas oportunidades de analgesiar o nervo pudendo. Nos dias de hoje, existem mulheres que querem experienciar a dor inerente ao TP e parto sem recorrer a analgesia. Presenciei também situações de fase latente de TP, em que as mulheres referem dor e desconforto abdominal/lombar, porém ainda não era altura para epidural ou, por outro lado mulheres que gostam de ser elas a pedir analgesia e não ser o profissional de saúde a oferecer. Assim, tive oportunidade de colaborar e implementar estratégias não farmacológicas de alívio da dor, como musicoterapia, caminhar, dançar, utilizar a bola de pilates, conforme é explícito nas recomendações para uma experiência de parto positiva da Organização Mundial de Saúde (OMS) (World Health Organization, 2018).

Em relação à ingestão de líquidos durante o TP ainda não é prática aceite e recomendada por todos os profissionais (porém é uma orientação da OMS e protocolada pelo serviço de bloco de partos do CHL) pela possibilidade de qualquer TP poder terminar numa cesariana de urgência e, por isso, haver necessidade de garantir o jejum. Todavia, (Harty et al., 2015) diz que numa parturiente de baixo risco a probabilidade de aspiração de conteúdo gástrico é mínima. Assim como, (Ozkan et al., 2017) afirma nas conclusões do seu

estudo que as parturientes indicam que a sensação de fome, sede e cansaço por não puderem ingerir fluidos durante o TP afetam o decorrer normal do mesmo. Por isso, e baseado na evidência científica, em termos de conforto para a grávida, que pode estar longas horas em TP é reconfortante e promotor de bem-estar poder ingerir líquidos claros ou sumos sem polpa de fruta, gelatina, gelados, ainda que tenha de ser de forma moderada, ou até ingerir rebuçados/chupas que, por vezes, são oferecidos pelo hospital.

A monitorização de sinais vitais da grávida (avaliação de tensão arterial, frequência cardíaca e temperatura corporal) é realizada antes e depois da colocação do catéter epidural e início da analgesia e, também, em SOS, sempre que se justifique, quer por sintomas maternos, quer por alterações no registo cardiotocográfico (RCT), assim como no início de cada turno. Em termos de conforto para a grávida, considero que esta seja uma boa abordagem, sendo também menos medicada (uma vez que o TP é algo natural), não negligenciando a segurança e vigilância necessárias.

Sempre que possível encorajei a grávida a ter consigo a pessoa significativa. Como estamos em tempos de pandemia, esta pessoa tem de ser submetida a teste de pesquisa de SARS-COV-2, assim como a grávida, e logo que o resultado o permitisse, convidei a grávida a chamar o/a acompanhante, como é descrito nas normas da direção geral da saúde Covid-19: gravidez e parto (DGS, 2021).

A monitorização do TP foi uma das competências desenvolvidas neste ensino clínico e é, sem dúvida, uma das competências mais importantes para o EESMO que trabalha em sala de partos: a vigilância do bem-estar materno-fetal, a evolução do trabalho de parto tendo em conta as características próprias de cada grávida (idade gestacional, patologia associada, presença de Strepto B, a rotura ou não de membranas uterinas, o tipo de contractilidade, etc.).

Vigiar cuidadosamente as características do registo cardiotocográfico (RCT), para avaliar o bem-estar fetal e estar atenta a sinais de alerta, tais como a diminuição da variabilidade da frequência cardíaca fetal, a taqui ou bradicardia fetais, para avaliar a tolerância fetal à estimulação das contrações, é de extrema importância, assim como evitar a taquissístolia e a hipertonia uterina, pelo risco de rotura uterina. No CHL, a monitorização fetal é realizada de forma contínua, o que por vezes pode tornar-se desconfortável para a grávida. Contudo, uma monitorização intermitente (e segundo as normas da FIGO (Santo, 2016)) de cujo os intervalos da auscultação da FCF devem ser de 15-15 min durante a fase ativa do 1º estadio do trabalho de parto e de 5-5min no 2º estadio do trabalho de parto, o que se torna humanamente impossível pelos rácios praticados no bloco de partos.

Relativamente a novas experiências neste estágio, consegui ter a percepção do que é sentir as membranas a tufar e também tive a oportunidade de realizar amniotomias, com amniótomo, tendo todos os cuidados para evitar prolapsos do cordão umbilical. Contudo, senti algumas dificuldades na realização da técnica, exigindo de mim mais treino.

Estamos numa fase de muitas mudanças, em que cada vez mais mulheres/casais vêm mais informados, numa fase em que tanto se fala da humanização do TP. Não descurando as crenças e opiniões das mulheres/casais e, sempre numa perspectiva de fazer melhor baseado nas evidências científicas, o bloco de partos do CHL está num período de mudança e formação. Portanto, tive oportunidade de acompanhar TP de mulheres com epidurais com administração por bólus, o que significa mais liberdade de movimentos para a mulher. Uma das grandes vantagens da walking (epidural para andar) é a ausência de sensibilidade à dor, deste modo a grávida tem percepção das contrações e sente o seu filho a progredir pelo canal vaginal (Sequeira et al., 2020). Assim, consegui colocar mulheres, em período expulsivo, em várias posições (de quatro apoios, sentada na cama, de cócoras, de lado no leito) tendo como objetivo facilitar a descida da apresentação fetal.

Houve também oportunidade de acompanhar, vigiar e atuar em situações que são consideradas emergências obstétricas. A primeira de uma senhora com pré-eclâmpsia em que a instabilidade hemodinâmica da grávida apenas se conseguiu normalizar com o protocolo de serviço de labetalol e sulfato de magnésio, tendo terminado em cesarina de emergência. O segundo, um TP de uma senhora gesta III, para 2, o bebé era um grande para a idade gestacional (GIG) com distócia de ombros, tendo sido aplicadas as manobras necessárias e tomadas as diligências imprescindíveis. O terceiro caso, um rasgo do cordão umbilical aquando da expulsão. Após a expulsão da cabeça e ombros, o bebé encontrava-se aparentemente bem e, assim sendo, convidei a mulher a vir buscar o seu filho. A senhora veio com afinco, puxou com tanta força que o cordão rasgou deixando apenas tempo de o clampar com a minha mão.

Continuo nervosa com a ideia de partejar sozinha, mas tenho a certeza de que estou dotada dos conhecimentos necessários e irei ter uma equipa de excelentes enfermeiras ao meu lado para me apoiarem em todo o processo. Todavia, mantenho um respeito enorme pelo partejar.

Quanto à realização de perineorrafia sinto que estou à vontade em identificar os planos e quanto ao suturar, apenas sinto alguma dificuldade quando o material está gasto pela sua utilização ou não é o mais adequado ao períneo que está para ser suturado.

No término deste período, e tendo realizado um total de 58 partos eutócicos com 6 analgesias do nervo pudendo e 8 partos assistidos (Tabela1), sinto que o meu desempenho

evoluiu, no que diz respeito à execução do parto. No entanto, reconheço que precisaria de melhorar as minhas competências no que diz respeito à minha segurança e firmeza a realizar (quando necessário) uma episiotomia.

Tabela 2: Número de partos realizados e assistidos

Parto	Com episiotomia	Com laceração	Sem laceração	Total
Eutócico	29	28	1	58
Distócico ventosa	8			8

2.4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

O período pós-natal, também denominado de puerpério, equivale às seis semanas pós-parto. Neste período verifica-se um voltar ao lugar das alterações anatómicas e fisiológicas da gravidez (M. J. Santos et al., 2020).

As exigências que se colocam durante o puerpério são imensas e desafiantes. Tende-se a subestimar o trabalho de uma enfermeira de maternidade, no entanto, é, sem dúvida, necessário ter um vasto conhecimento na área para prestar bons cuidados de enfermagem, para além de lidar com o stress e ansiedade dos pais e ainda com um volume de trabalho imenso, sendo os turnos muito sobrecarregados e o rácio de enfermeiros por turno inferior ao desejável.

Durante o internamento, fiquei responsável por vários RN e suas mães. Um dos RN, aquando da realização do rastreio de cardiopatias, apresentava tremores e pedi à pediatra que o observasse nesse momento, dando-me indicação para não me inquietasse. Porém, após o rastreio de somatometrias e ensino do banho, auxiliei a mãe a colocar o bebé à mama, e este apresentou novamente tremores. Avaliei uma glicémia capilar e o RN apresentava 34mg/dl (hipoglicémia- como nos indica a (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013), o que indicava que este RN não se estava a alimentar de leite materno necessário. Esta situação despoletou uma série de atitudes da minha parte, começando pela correção da pega, iniciar leite adaptado, e, por fim, tranquilizar a mãe/casal.

Sem dúvida que, no puerpério, a área da amamentação é a que suscita mais dúvidas às puérperas, daí que seja muito importante estar presente, reforçar positivamente a mulher, esclarecer dúvidas, desfazer mitos. Sendo uma fase em que as mulheres estão mais sensíveis e por vezes assumem como “sua culpa” o facto de o RN perder peso a mais, ou não querer mamar, etc. Por outro lado, também existem mulheres em que não há nenhum

motivo para não conseguirem amamentar, a não ser efetivamente o facto de não o desejarem, mesmo sabendo que o leite materno é o melhor que podem oferecer. Temos de aceitar que estão no seu direito, respeitar o princípio da autonomia e, sendo assim, garantir que quando forem para o domicílio sabem fazer corretamente a preparação de leite artificial.

No período em que decorreu este ensino clínico, tive oportunidade de prestar cuidados a várias puérperas com pós-partos que necessitam de maior vigilância, nomeadamente pré-eclâmpsias, ou hipertensão não controlada, diabetes gestacional. Nestas mulheres é necessária uma vigilância apertada dos sinais vitais e atenção redobrada de outros parâmetros que possam ser indicadores de complicações. Fica mais comprometida nestes casos, o estabelecimento de uma relação precoce com os filhos. Sendo que para além disso, nestes casos de patologia materna, a gravidez pode ter de ser interrompida mais cedo e os RN prematuros ficam internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, o que também leva ao desenvolvimento de alguma ansiedade por parte das puérperas.

Realizei ainda durante este estágio, a avaliação da altura do fundo do útero (AFU), usando a fita métrica. Esta prática de usar a fita métrica está em desuso no serviço, mas contribuiu para eu ter a noção das AFU normais consoante o tempo de pós-parto passado. Hoje, a avaliação da AFU consiste em classificar o útero consoante a sua localização, ou seja, supra, infra ou peri umbilical. Porém, pela experiência das colegas na área, através da palpação consegue-se perceber se a AFU avaliada está dentro dos parâmetros considerados normais.

Os ensinamentos são a nossa base de trabalho e, conseqüentemente, estarmos bastante presentes nas enfermarias com as puérperas e os RN é fundamental. Contudo, é um serviço que é subestimado pelos gestores hospitalares. Nós, EESMO, cuidamos de puérperas e RN, de tudo o que lhes é inerente e, a quantidade de registos que estão padronizados é exorbitante, depurando no tempo de contacto com as novas famílias.

O puerpério é uma fase da vida da mulher avassaladora, sobretudo quando se trata de um primeiro filho.

Em situação de pandemia o horário dos acompanhantes é mais reduzido do que o habitual. E, as mulheres estão cansadas de toda uma gravidez, vão parir e veem-se “sozinhas” no internamento. Penso que seria bastante benéfico, e se as mulheres assim o desejarem, a permanência do/a acompanhante 24h/dia. A meu ver, as mulheres sentir-se-iam mais apoiadas, para além de poderem começar a “funcionar” como tríade mais precocemente e não apenas quando fossem para casa.

Por outro lado, no ensino clínico de Enfermagem em neonatologia no que diz respeito aos cuidados de enfermagem, nesta unidade, têm como referenciais de modelos teóricos o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e o modelo de avaliação familiar de Calgary. De uma forma simples e concisa explicarei como cada um destes modelos se enquadra nas práticas de enfermagem em neonatologia.

O modelo teórico de Anne Casey diz-nos que os pais são os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos, assim os enfermeiros desenvolvem todos a sua planificação de cuidados promovendo o envolvimento dos pais (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Por outro lado, quando o RN está internado a família também está “internada”, por isso, é também beneficiada pelos cuidados de enfermagem, assim como envolvida nos cuidados ao RN, existindo uma parceria de cuidados (Modelo de parceria de cuidados) (Goreti & Ramos, 2012).

Além de todos os cuidados que nós enfermeiros prestamos a um RN que está inserido numa família e comunidade, também avaliamos a sua situação para percebermos se o RN tem suporte aquando da alta clínica (Modelo de Avaliação familiar de Calgary).

Os enfermeiros são os principais cuidadores dos RN e das suas famílias (que passam efetivamente por um processo de transição), facilitando o processo de aprendizagem de competências. É de extrema importância que, nós enfermeiros, envolvamos os pais na prestação de cuidados ao RN, e prepará-los para a alta desde o momento de admissão na neonatologia.

Deste modo, e desde a admissão, criando uma relação empática e terapêutica para com os pais, os ensinamentos que realizei são de promoção da autonomia dos pais para cuidar do RN. Passam pela amamentação/aleitamento, posicionamento do RN, cuidados inerentes à pele, muda de fralda, sono/repouso e, aquando da alta, da cadeira de transporte e as suas formas de utilização.

O leite materno é ouro líquido pela sua composição e não há dúvidas de que é o melhor alimento para um RN, ainda para mais um RN prematuro. Assim, é função do enfermeiro promover o aleitamento materno, dando todo o suporte e ajuda necessários para que a mãe seja envolvida de forma a satisfazer as necessidades do seu filho. Por outro lado, a mulher tem todo o direito de escolher não amamentar o seu bebé (após ensino realizado acerca da amamentação) assim, também é função do enfermeiro, empoderar a mãe para cuidar do seu filho, satisfazendo as suas necessidades e ensinar-lhe tudo o que é inerente ao aleitamento com leites adaptados.

Muitas vezes, pela prematuridade os RN ainda não têm a competência de sucção totalmente aprimorada. Temos de ser nós a ensinar aos RN. E, por vezes há mães que se

sentem úteis a extrair leite com a bomba já que o seu filho ainda não consegue extrair-lo diretamente da mama. Também durante este estágio tive várias oportunidades de realização de treino de sucção em tetina e, depois desta aquisição, de adaptar os RN à mama da mãe.

Ainda neste ensino clínico houve oportunidade de assistir à colheita de sangue para a realização do Diagnóstico Precoce, comumente chamado “teste do pezinho, que diagnostica doenças hereditárias do metabolismo e realizar os ensinamentos acerca da finalidade do teste, como obter os resultados, complementando os ensinamentos com a entrega de um folheto informativo.

Houve, ainda, oportunidade para treino de colheita de sangue, assim como entubar oro e nasogastricamente.

Ora, estando eu a frequentar a especialidade de saúde materna, obstétrica e ginecológica, existiam algumas competências que eu desejava adquirir neste ensino clínico que me podem ser bastante úteis como futura enfermeira especialista, quer em sala de partos quer em puerpério. São elas: identificar que o RN não está bem, identificar uma situação de dificuldade respiratória e agir consonantemente, utilizar uma incubadora, realizar colheitas a RN.

Pela imaturidade do RN prematuro nas suas funções vitais de adaptação à vida extrauterina, deve-se centrar e agrupar os cuidados para que não existam manipulações frequentes causadoras de *stress*, por isso, se não fosse uma intervenção inadiável, todos os cuidados e manipulações estariam centrados na hora da refeição.

A minha maior aprendizagem nesta área foi a trabalhar com a minha motricidade fina de maneira a conseguir prestar todos os cuidados necessários ao RN. Aprendi ainda a olhar para o bebé e não só para os monitores cardíacos e respiratórios. Se há uma alteração ao nível de parâmetros vitais esta traduz-se em alguma necessidade do bebé. Lembro-me de uma taquicardia num RN de 33 semanas de gestação, em que não conseguia perceber o seu desconforto, até que teve uma dejeção. Era o intestino imaturo a funcionar que se refletiu numa taquicardia.

Houve ainda oportunidade de ir buscar um RN de 32 semanas e 5 dias ao bloco de partos, que aquando do nascimento fez expansão pulmonar com NeoPuff, subiu para a neonatologia em incubadora, iniciou CPAP, pude entubá-lo orogastricamente e auxiliada pelo enfermeiro tutor em todos os cuidados iminentes.

No termo dos ensinamentos clínicos cuidei de um total de 101 puérperas e de 107 recém-nascidos, entre puerpérios de baixo risco e de risco, assim como de recém-nascidos de baixo risco e prematuros/risco (Figura 1).

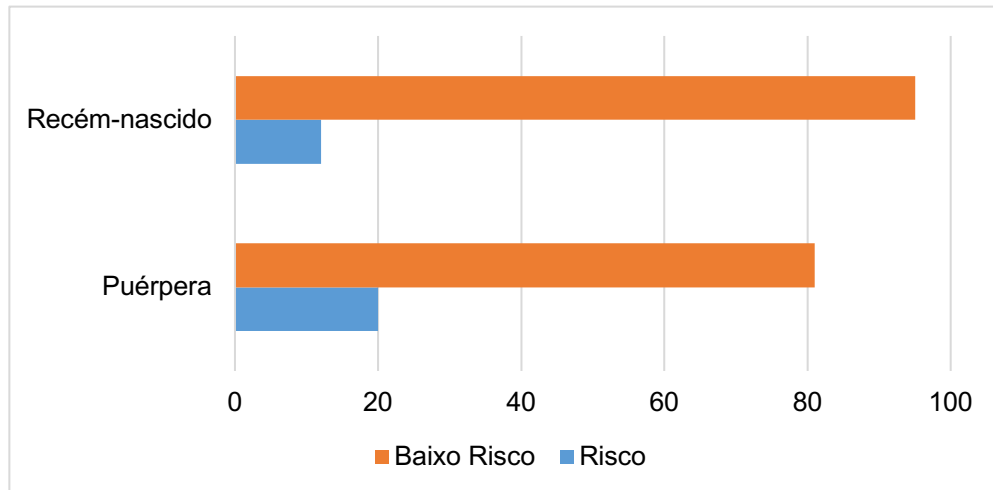


Figura 3: Vigilância de puérperas e recém-nascidos

2.5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

O climatério corresponde à fase da vida da mulher em que ocorre um processo de transição entre a fase produtiva e a inabilidade reprodutiva, é a fase em que decorre um decréscimo progressivo da função ovárica, terminando esta mesma fase um ano depois da menopausa (Dias De Jesus et al., 2020).

A sintomatologia do climatério refere-se à diminuição da reserva folicular ovárica e consecutivo hipoestrogenismo. A curto prazo há a salientar a sintomatologia vasomotora, as alterações do sono e as perturbações emocionais. A médio prazo é provável o aparecimento de síndrome geniturinária da menopausa – SGUM- e, talvez, alterações cutâneas. Como consequências mais tardias, salientam-se as complicações cardiovasculares, a osteoporose e as doenças neurocognitivas como a doença de Alzheimer (SPG, 2021).

Mais uma vez, a comunicação é um meio chave para os ESSMO serem bem-sucedidos. Os EESMO, na sua competência de educar para a saúde surge nesta consulta no sentido de despertar a atenção da mulher para os cenários passíveis de acontecer, fomentando a adoção de estilos de vida saudáveis.

Durante estas consultas é ensinado às mulheres acerca da realização do autoexame da mama, qual a sua importância e quais os sinais de alarme a que esta deve estar atenta. É também transmitida, informação acerca da alimentação saudável, assim como, dos benefícios da prática regular de exercício físico. Mais ainda, são desmistificados todos os sintomas afetos a esta nova fase da vida da mulher, como a secura vaginal e o que implica

na sua vida sexual, sintomas como afrontamentos e como minimizá-los, de forma a aumentar a qualidade de vida da mulher. Fala-se, também acerca da incontinência urinária que é um dos grandes sintomas tabu na vida das mulheres e realiza-se, ainda, o ensino sobre a terapêutica hormonal de substituição e como/quando utilizar a progesterona.

O EESMO não deve apenas centrar a sua prática no modelo biomédico, isto é, perspetivar o climatério como sendo apenas um conjunto de sinais e sintomas, resultantes de uma fase de vida da mulher. O EESMO deve empoderar a mulher para a vivência plena da menopausa, tendo em consideração as vivências culturais da mulher (Cigarro et al., 2010).

2.6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológicos

A patologia ginecológica no CHL e, particularmente neste serviço, é escassa. Sendo o mais comum as histerectomias, histeroscopia, salpingectomias e doenças inflamatórias pélvicas (Figura 2).

Também neste contexto, a educação para a saúde é de extrema importância. É indispensável sermos competentes para identificarmos a falta de conhecimentos, adequar as estratégias para ensinar, sendo o objetivo final das intervenções do EESMO tornar as mulheres mais autónomas, alterar comportamentos, antecipar complicações e incentivar a adesão a cuidados de saúde e/ou ao regime terapêutico. A educação para a saúde é também uma forma de dar resposta a uma das competências do EESMO, nomeadamente, diagnosticar precocemente e prevenir “complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama” (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Uma cirurgia bem-sucedida depende, em muito, também, do estilo de vida que cada um adota no futuro. É função do EESMO avaliar o conhecimento que a mulher tem sobre a doença e sobre a sua reabilitação, ensinando-a acerca desta.

Uma das mulheres, após gravidez ectópica, foi submetida a salpingectomia à direita, uma cirurgia pouco complicada, porém cheia de significado para esta mulher, pois tinha sido uma gravidez muito desejada. Aqui o meu papel envolveu principalmente a escuta e desmistificação de medos para o futuro desta mulher e casal.

Procurei estabelecer uma relação empática com as utentes, respeitando a sua privacidade (adaptada às condições de trabalho existentes) tentando conhecer e compreender os significados atribuídos pela mulher ao que está a acontecer, os seus medos

e dúvidas. Isso é uma importante ferramenta para a prestação dos cuidados e, também, a chave de todo o processo. Como nos diz (Coelho et al., 2020), a criação de uma relação terapêutica/empática está associada a melhorias na satisfação das utentes e na adesão ao tratamento/ensinos realizados.

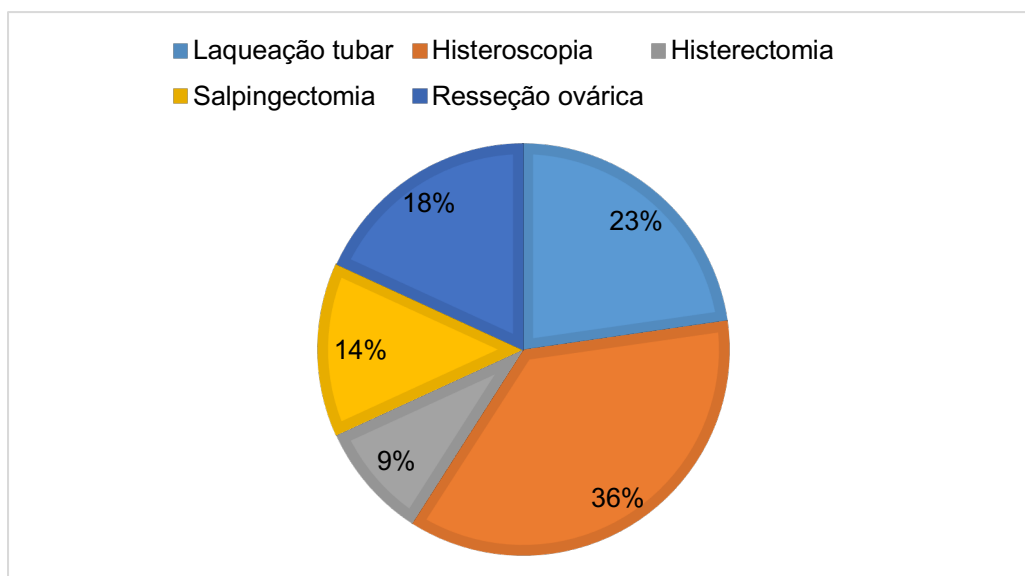


Figura 4: Gráfico de percentagens de motivo de internamento do foro ginecológico

2.7. Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Uma das competências específicas do EESMO é cuidar de mulheres em idade fértil inseridas na comunidade, este diagnostica e monitoriza o estado de saúde das mulheres em idade fértil através dos cursos de preparação para o parto e parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Como a minha enfermeira tutora é a responsável pelas sessões de preparação para o parto e parentalidade e, desta forma, dar resposta ao Artigo 15ºd, da Assembleia da República (2019), tive de ministrar a sessão acerca da Amamentação e outra sessão de Preparação do enxoval. Estas sessões são de extrema importância para a preparação das mulheres/casais aquando da vinda de um novo membro para a família e, assim, deixando-as(os) menos receosas(os) e mais prevenidas(os).

Devido à pandemia COVID-19, a visita às instalações por parte das mulheres/casais, foi suspensa. Deste modo, e com a ajuda da equipa desenvolvi um vídeo da visita ao serviço para que as mulheres/casais que planeiam parir no Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (CHL) possam assistir e perceber como funciona quando chegarem ao fim da gravidez. Este vídeo está disponível para visualização em <https://www.chleiria.pt/utentes-e-visitas/-/visita-virtual-108/>.

II Capítulo – Relatório Final da Componente de Investigação

Resumo

Enquadramento: A manobra de Kristeller ou pressão exercida no fundo do útero durante o período expulsivo é usada muitas vezes sem o consentimento da parturiente e pelos seus efeitos adversos, é considerada violência obstétrica.

Objetivos: Identificar as complicações maternas associadas ao uso da manobra de Kristeller no segundo período do trabalho de parto.

Metodologia: Estudo quantitativo, relacional-analítico, em coorte transversal, realizado com uma amostra não probabilística por conveniência, segundo o método em bola de neve com colheita de dados através de questionário online a 275 mulheres que pariram em Portugal nos últimos 5 anos. Foram obtidos dados sobre antecedentes obstétricos, avaliação do incómodo relacionado às disfunções do pavimento pélvico e o seu impacto e, a sua relação com fatores sociodemográficos da amostra e com os dados relativos ao último parto.

Resultados: A maioria das mulheres teve apenas 1 parto de termo (73,5%). Prevaecem as mulheres cujo último parto foi eutócico. A quase a totalidade da amostra teve um parto simples, com duração inferior a 24 horas. Mais de metade das mulheres referiu que foi sujeita a episiotomia. Em 50,9% dos casos as mulheres foram sujeitas a Manobra de Kristeller e estas apresentam maior impacto no pavimento pélvico.

Conclusões: Ficou demonstrado que quanto mais impacto na bexiga em decorrência da Manobra de Kristeller mais problemas urinários as mulheres revelam; quanto mais impacto na bexiga e na vagina/períneo mais problemas no pavimento pélvico e quanto mais impacto na bexiga em decorrência mais incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico as mulheres reportam. Importa referir que a evidência científica não suporta o uso da Manobra de Kristeller para acelerar de forma segura o segundo período do trabalho de parto.

Palavras-chave: Obstetric labor complications; Delivery obstetric; Labor Onset; Labor, obstetric; Trial of labor; Labor stage, second; Parturition; Delivery Rooms; Kristeller

1. Justificação do estudo

A pressão exercida no fundo do útero durante o período expulsivo também conhecida como Manobra de Kristeller envolve a aplicação de pressão manual no fundo do útero durante o segundo período do parto vaginal (período expulsivo), uma força aplicada na parte superior do útero em direção ao canal de parto tendo como finalidade a redução do tempo do segundo período do parto eutócico (Hofmeyr et al., 2017). Esta é uma prática amplamente utilizada e, na maioria dos casos, sem consentimento da parturiente e pelos seus efeitos adversos nesta e no feto vivo, podendo configurar-se como uma “violência obstétrica” (Pires et al., 2021, p. 98).

A falta de evidência científica na temática das implicações na recuperação pós-parto da utilização da Manobra de Kristeller durante o segundo período do trabalho de parto e por ter sido uma experiência vivenciada na primeira pessoa levou-nos a refletir que são necessários mais estudos para assegurar de forma clara e definitiva a eficácia da manobra para reduzir o segundo período do trabalho de parto e minimizarem-se as suas consequências/implicações na recuperação pós-parto.

A prática baseada na evidência é o ato de tomar decisões sobre os cuidados à pessoa cuidada, no caso à parturiente, que se baseiam numa compreensão das melhores provas atualmente disponíveis sobre um tema. Para a enfermagem, isto inclui combinar a evidência clínica, a perícia individual e as preferências das pessoas cuidadas para consubstanciar as suas práticas e a forma como prestam cuidados. Esta prática procura alcançar uma vasta gama de objetivos, incluindo fornecer aos enfermeiros acesso aos melhores dados disponíveis, resolver problemas no ambiente clínico e prestar excelentes cuidados de saúde (Mulenga et al., 2017). Visa, também, reduzir as variações nos cuidados, encorajar intervenções de enfermagem eficazes e ajudar os enfermeiros a tomar decisões eficientes e eficazes, sendo esta a “missão” do EESMO. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância questionarmo-nos sobre as complicações para as mulheres da utilização da Manobra de Kristeller durante o segundo período do trabalho de parto.

Assentes na questão de investigação, delinearam-se os seguintes objetivos:

(i) Identificar a relação entre o incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico e o seu impacto no pavimento pélvico com as variáveis sociodemográficas (idade e estado civil);

(ii) Determinar a relação entre o incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico e o impacto destas no pavimento pélvico com as variáveis referentes ao último parto (tipo de parto, duração do trabalho de parto, episiotomia, Manobra de Kristeller, administração de ocitocina, tipo de analgesia);

(iii) Analisar a relação entre o incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico e o impacto no pavimento pélvico.

2. Enquadramento teórico

A mortalidade materna e os natimortos continuam a ser questões significativas a nível mundial, com uma taxa estimada de 295.000 mortes maternas e 2,6 milhões de natimortos que ocorrem em todo o mundo todos os anos. Estima-se que 27,7% das mortes maternas ocorram durante ou imediatamente após o nascimento e 50% dos natimortos ocorrem intraparto (Organização Mundial de Saúde, OMS, 2019). A qualidade dos cuidados intraparto é essencial para otimizar os resultados e experiências dos cuidados periparto maternos, fetais e neonatais. Idealmente, as práticas de cuidados na maternidade deveriam refletir as últimas evidências e diretrizes clínicas, contudo existem lacunas reconhecidas entre os cuidados recomendados e a prática real em muitos contextos (Masuda et al., 2020).

A pressão exercida no fundo do útero durante o segundo período do trabalho de parto recebeu a denominação do seu autor, Samuel Kristeller, - Manobra de Kristeller – que viu na mesma uma maneira de acompanhar as contrações uterinas de expulsão do feto para o exterior, com a intenção de promover ou acelerar o tempo para um parto vaginal espontâneo. Com uma segunda fase prolongada do parto, o cansaço materno pode reduzir a capacidade da mulher de gerar pressão abdominal suficiente para facilitar o nascimento do seu bebé (Zhao et al., 2018).

A aplicação de força externa através de pressão no fundo do útero foi previamente pensada para ajudar o parto vaginal, reduzindo a necessidade de intervenções alternativas e mais invasivas para gerir uma segunda fase prolongada – como o uso de fórceps/ventosa ou cesariana. Além disso, a utilização da Manobra de Kristeller em alguns locais com poucos recursos pode ser atribuída à falta de acesso a intervenções alternativas. Enquanto a Manobra de Kristeller é utilizada durante a cesariana para ajudar o esforço expulsivo, quando o útero não está contraído, a sua utilização no parto vaginal é mais controversa. Os métodos de aplicação da pressão no fundo do útero variam, geralmente envolvendo a pressão manual externa de uma parte do parto. Isto varia desde uma pressão suave até à força total do peso corporal de um profissional de saúde. A força excessiva pode sujeitar o fundo uterino da mulher a uma pressão irregular e de alta intensidade (Hofmeyr et al., 2018; Masuda et al., 2020; Farrington et al., 2021).

Uma revisão com meta-análise publicada na Cochrane de 2017 identificou cinco ensaios randomizados que utilizam a Manobra de Kristeller (Hofmeyr et al., 2017). A revisão não encontrou qualquer diferença nos resultados do parto ou duração da segunda fase do trabalho de parto, muitas mulheres que sujeitas à Manobra de Kristeller tiveram lacerações cervicais, embora isto se tenha baseado em resultados de um único ensaio (295 mulheres). Os autores da revisão concluíram que não existiam provas suficientes sobre os benefícios e

danos deste procedimento. Mais recentemente, um ensaio com 1158 mulheres nulíparas na África do Sul no qual foi aplicada a Manobra de Kristeller suave durante a segunda fase do trabalho de parto, não encontrou qualquer prova de benefício, com a grande maioria das mulheres a relatar desconforto (Hofmeyr et al., 2018).

Alguns autores relatam preocupações sobre os potenciais resultados prejudiciais para a mulher e para o feto com o uso indevido desta manobra, como, por exemplo, quando é utilizada força excessiva. O aumento do risco de eventos adversos, tais como danos perineais, distocia do ombro e lesões neonatais em mulheres que recebem Manobra de Kristeller, foi relatado em estudos observacionais (Furrer et al., 2015; Pinar et al., 2018; Youssef et al., 2019)

As evidências mostram que a sua utilização pode resultar numa redução da satisfação da mulher com o trabalho de parto e a experiência de parto, podendo também resultar em efeitos adversos para o feto, nomeadamente a bradicardia fetal, hipoxia fetal, aumento da pressão intracraniana, problemas neurológicos, ortopédicos, hipoxia e asfixia (Araújo et al., 2021). No que se refere à mulher pode haver um aumento da morbidade, lesões abdominais, dificuldades respiratórias, lesões hepáticas, traumatismo torácico, laceração do períneo, rotura uterina, inversão uterina, avulsão do útero. A possibilidade destes efeitos adversos aumenta com a utilização da ventosa, fórceps, idade da parturiente, bem como fazer aumentar o segundo período de trabalho de parto (Araújo et al., 2021).

Becerra-Chauca e Failoc-Rojas (2019) determinaram a prevalência, características da aplicação da Manobra de Kristeller e as consequências físicas e éticas em puérperas de um hospital em Lima, Peru. Realizaram um estudo descritivo transversal e prospetivo com 250 mulheres puérperas com parto vaginal, com gestação única de termo, assistidas no Hospital Nacional Hipólito Unanue, de agosto a dezembro de 2016. Esta investigação utilizou o questionário *Stop Kristeller* - elaborado pela Associação Espanhola *El parto es nuestro*. O estudo demonstrou que 46,4% das mulheres foram submetidas a Manobra de Kristeller. Quanto às características da manobra, 77,6% reportaram que foi executada com as palmas das mãos, mais de 70% reportaram que esta manobra foi feita entre uma a três vezes e 75,9% indicaram que apenas uma pessoa a executou. A laceração do períneo foi relatada por 32,8% das mulheres e 51,7% relataram que o seu consentimento para a realização da manobra não foi solicitado. O estudo concluiu que há uma elevada prevalência do uso desta manobra. As características da sua aplicação seguem as diretrizes descritas por Samuel Kristeller.

A violência obstétrica foi definida pela OMS (Organização Mundial de Saúde, 2014) como sendo qualquer ato de violência direcionado para a grávida, parturiente, puérpera e o

seu bebê durante o ato médico que ponham em causa a sua autonomia, integridade mental e física (Lansky et al., 2019; Prado et al., 2017). Estes atos podem variar entre recusa à hospitalização, negligência, recusa de administração de fármacos, agressão física e verbal e desrespeito pela privacidade (Leal et al., 2019).

A violência obstétrica pode ser parcialmente representada pelo elevado número de intervenções e taxas de medicalização durante o trabalho de parto. Tendo em conta este pressuposto, Mena-Tudela et al. (2021) determinaram o intervencionismo e os níveis de medicalização durante o trabalho de parto em Espanha, num estudo descritivo, retrospectivo e transversal, entre janeiro de 2018 e junho de 2019, cujos resultados indicam que em 34,2% das mulheres foi aplicada a Manobra de Kristeller e em 39,3% episiotomia. As diferenças surgiram em contextos públicos, privados e mistos de cuidados de saúde ($p < 0,001$). A satisfação média, com os cuidados de saúde nos diferentes contextos, foi estimada em 6,88 pontos ($\pm 2,146$) nos cuidados de saúde públicos, 4,76 pontos ($\pm 3,968$) nos cuidados de saúde privados e 8,03 pontos ($\pm 1,930$) em cuidados de saúde mistos ($p < 0,001$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas comunidades autónomas espanholas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014) e várias outras sociedades obstétricas consideram a utilização da aplicação da pressão exercida no fundo do útero durante o período expulsivo do trabalho de parto como uma violência obstétrica (*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, 2012; *Reproductive Health WHO*, 2018), dado que se insere no âmbito dos atos de violência à parturiente e feto durante o ato médico, que colocam em causa a autonomia e a integridade mental e física da parturiente, não recomendando a sua prática. Apesar destas recomendações e face aos relatos do seu uso rotineiro durante o parto vaginal, a prevalência do seu uso ainda não foi totalmente determinada (Malvasi et al., 2019; Farrington et al., 2021), o que reforça ainda mais a elaboração do presente estudo.

3. Métodos

De modo a poderem-se concretizar os objetivos formulados, optou-se por um estudo de análise quantitativa, relacional-analítico, em coorte transversal, numa amostra não probabilística por conveniência, segundo o método em bola de neve. Utilizou-se a metodologia quantitativa uma vez que os dados proporcionam realidades objetivas no que respeita às variáveis em estudo, suscetíveis de serem conhecidas. Este tipo de estudo “visa analisar a incidência, distribuição e relações entre variáveis que são estudadas tal qual existem, em contexto natural, sem manipulação, sendo quase sempre classificados em função desses três objetivos básicos: descrever, explicar ou ainda explorar” (Coutinho, 2021, p. 277).

É relacional-analítico porque nos permite obter conclusões acerca do todo a partir da informação de uma parte: a amostra. É uma forma de estabelecer conclusões para toda a população quando se observa apenas parte dessa população.

Assume-se como um estudo transversal, pois os dados foram recolhidos num só momento no tempo numa amostra representativa de mulheres, quer para descrever, quer para detetar possíveis relações entre as variáveis (Coutinho, 2021).

3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Participaram neste estudo 275 mulheres que pariram em Portugal nos últimos 5 anos. As estatísticas relativas à idade das participantes, para o global da amostra, indicam uma idade mínima e uma idade máxima a oscilarem entre 21 e 44 anos, com uma média de 32,51anos ($\pm 4,13$ anos), sendo a dispersão baixa em torno da média (cf. tabela 2).

Tabela 2: Estatísticas relativas à idade das participantes

Idade	N	Min	Max	M	DP	CV (%)
Total	275	21	44	32.51	4.13	12.70

Constituíram-se dois grupos etários tendo por base a mediana (32.51). O primeiro grupo comporta as mulheres com idade inferior ou igual a 34 anos e o segundo com idade superior ou igual a 35 anos. Maioritariamente, as mulheres residem na região centro (66,9%), com 65,9% na faixa etária inferior ou igual 34 anos e 68,8% com idade superior ou igual 35 anos.

A grande maioria da amostra (91,3%) é casada, o que é comum às suas faixas etárias. Prevaecem as mulheres com a licenciatura (47,3%), com 42,5% na faixa etária igual

ou inferior aos 34 anos e 56,3% com idade igual ou superior aos 35 anos. A maior parte da amostra (89,6%) encontra-se ativa profissionalmente, o que corresponde a 87,2% das mulheres mais novas e a 94,8% das que possuem mais idade, com os residuais ajustados a indicarem a presença de diferenças estatisticamente significativas, situadas entre as mulheres mais novas e não ativas profissionalmente e as mais velhas e ativas em termos laborais ($p=0,046$).

Tabela 3: Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Idade		Idade		Total		Residuais		X ²	p
	≤34 anos	≥35 anos	n°	%	n°	%	1	2		
	n° (179)	% (65.1)	n° (96)	% (34.9)	n° (275)	% (100.0)				
Estado civil										
Sem companheiro	19	10.6	5	5.2	24	8.7	1.5	-1.5	2.293	0.130
Com companheiro	160	89.4	91	94.8	251	91.3	-1.5	1.5		
Habilitações literárias										
Até ao 12.º ano	37	20.7	11	11.5	48	17.5	1.9	-1.9	5.924	0.052
Licenciatura	76	42.5	54	56.3	130	47.3	-2.2	2.2		
Mestrado/doutoramento	66	36.9	31	32.3	97	35.3	.8	-.8		
Situação laboral										
Não ativa	23	12.8	5	5.2	28	10.2	2.0	-2.0	3.989	0.046
Ativa	156	87.2	91	94.8	247	89.8	-2.0	2.0		
Zona de residência										
Norte	37	20.7	17	17.7	54	19.6	.6	-.6	0.355	0.873
Centro	118	65.9	66	68.8	184	66.9	-.5	.5		
Sul e ilhas	24	13.4	13	13.5	37	13.5	.0	.0		

De acordo com os dados expostos na tabela 4, verifica-se que a maioria das mulheres (62,7%) exerce uma profissão relacionada com as atividades intelectuais e científicas, secundadas pelas que exercem uma profissão no âmbito dos serviços pessoais e vendedores (14,9%).

Tabela 4: Profissão

Profissão	n	%
Diretores e gestores executivos	4	1.5
Atividades intelectuais e científicas	168	62.7
Técnicos	39	14.6
Pessoal administrativo	16	6.0
Serviços pessoais e vendedores	40	14.9
Operadores	1	.4

3.2. Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário constituído por duas partes. A primeira permite caracterizar a amostra nas dimensões sociodemográficas e informação relativa ao último parto. A segunda integra duas escalas que permitem avaliar o

incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico e impacto do pavimento pélvico, denominado de questionários.

O questionário foi divulgado via *online* e encontrava-se disponível no seguinte link: <https://forms.gle/xG3EeVXE3sVZFoqq5>.

Mais especificamente, o protocolo de recolha de dados contém:

Questionário “*ad hoc*” para caracterização sociodemográfica e dados referentes ao último parto.

Para a caracterização sociodemográfica foram incluídas questões relacionadas com a idade, estado civil, habilitações literárias, situação laboral, zona de residência e profissão;

Para a recolha de dados referentes ao último parto foram elaboradas questões sobre os antecedentes obstétricos: partos de termo (entre as 37 e as 41 semanas), partos pré-termo (antes das 37 semanas), aborto (antes das 20 semanas), morte fetal após 20 semanas, gravidez ectópica, filhos vivos; e dados referentes ao último parto: tipo de parto, duração do trabalho de parto, episiotomia, lacerações, episiorrafia, Manobra de Kristeller, solicitação de consentimento para a Manobra de Kristeller, acompanhante, realização de tricotomia, enema de limpeza, administração de ocitocina, administração de analgesia, tipo de analgesia, realização de toque vaginal, solicitação de consentimento para o toque vaginal, permissão para deambular durante o trabalho de parto, ingestão de líquidos, contacto pele a pele, colocação do bebé na mama na primeira hora de vida, profissional que assistiu o parto, classificação da experiência de parto.

A segunda parte contém, como já referido, duas escalas, que se apresentam seguidamente e que tomaram a designação de questionário pelos autores das mesmas.

Para ambos os questionários efetuou-se o seu estudo psicométrico.

O estudo psicométrico de ambos os questionários foi realizado através de estudos de validade e de fiabilidade. Os estudos de fiabilidade caracterizaram a determinação da consistência interna ou homogeneidade dos itens através do coeficiente de (i) correlação de Pearson dos diversos itens a nota global assumindo-se como valores de referência correlações superiores a 0.20; (ii) Determinação do coeficiente alfa de Cronbach. Este coeficiente pode tomar qualquer valor situado entre 0 e 1, contudo são valores de referência os preconizados por Pestana e Gageiro (2014) que utiliza a seguinte classificação.: > 0,9 muito boa; 0,8 – 0,9 boa; 0,7 – 0,8 média; 0,6 – 0,7 razoável; 0,5 – 0,6 Má; < 0,5 inaceitável.

Os estudos de validade incluíram a análise fatorial exploratória (AFE) e a análise fatorial confirmatória (AFC). Na análise fatorial exploratória escolheu-se o método dos

componentes principais e o uso da rotação ortogonal do tipo varimax. Para a retenção de fatores respeitou-se os valores próprios (autovalores) superiores a 1 e o gráfico de declive (*scree plot*).

No que diz respeito à análise fatorial confirmatória (AFC) foi utilizada a matriz de covariâncias e adotado o algoritmo da máxima verosimilhança MLE (*Maximum-Likelihood Estimation*) para estimação dos parâmetros.

Como procedimentos estatísticos foi apreciado: (i) sensibilidade dos itens, avaliada pelos valores de assimetria (S_k) e achatamento (K_u), considerando-se como valores de referência $S_k \leq 3$ e $K_u \leq 7$; (ii) qualidade de qualidade do ajustamento global do modelo factorial, efetuada de acordo com os índices e valores de referência. Consideraram-se: **razão do qui quadrado vs graus de liberdade (χ^2/g)** Valores entre 1 e 2 podem ser considerados excelentes, entre 2 e 3 bons, entre 3 e 5 aceitáveis e superiores a 5 inaceitáveis; **goodness-of-fit (GFI)**, mede a variância e a covariância na matriz observada, predita pela matriz reproduzida. Para este índice são adequados valores superiores a 0,90; **comparative fit index (CFI)**, calcula o ajuste relativo do modelo em comparação com o modelo denominado nulo. Um valor superior a 0,90 indica ajustamento adequado; **root-square error of approximation (RMSEA)** refere-se à raiz da média dos quadrados dos erros de aproximação. Valores inferiores a 0,05 são indicadores de um bom ajuste entre o modelo proposto e a matriz observada, embora sejam aceites valores inferiores a 0,08; **standardized root mean square residual (SMR)**, refere-se à média padronizada dos resíduos nas discrepâncias entre a matriz observada e o modelo. São indicadores de bom ajuste valores menores que 0,08; (iii) qualidade do ajustamento local efetuada pelos pesos fatoriais (λ) e pela fiabilidade individual dos itens (r^2) com valores de 0.50 e 0.25 para as cargas fatoriais e fiabilidade individual respetivamente; (iv) fiabilidade compósita (FC) estima a consistência interna dos itens relativos ao fator. Uma $FC \geq 0,70$ é indicadora de uma fiabilidade de constructo apropriado; (v) validade do construto avaliada pela validade convergente e validade discriminante. A Validade convergente, conseguida pela variância extraída média (VEM) avalia o modo como os itens de um fator saturam fortemente nesse fator, valores de $VEM \geq 0,50$ são indicadores de validade convergente adequada; (vi) validade discriminante dos fatores, avaliada comparando a VEM por cada fator com a correlação de Pearson ao quadrado. Considera-se que há evidência da validade discriminante quando a correlação ao quadrado entre os fatores é menor do que a VEM para cada fator.

O ajustamento do modelo foi concretizado a partir dos índices de modificação sugeridos pelo AMOS.

Questionário de Avaliação do Incómodo Relacionado às Disfunções do Pavimento Pélvico (Peterson et al., 2019)

O *Pelvic Floor Bother Questionnaire* (PFBQ) foi elaborado para identificar a presença e o grau de preocupação associado a sintomas comuns do pavimento pélvico. O PFBQ pode ser utilizado na prática clínica e para fins de investigação. Trata-se de um questionário constituído por nove itens que avaliam os sintomas relacionados com a incontinência urinária, urgência e frequência urinárias, dificuldade miccional, prolapso de órgãos pélvicos, evacuação obstruída, incontinência fecal e dispareunia. Peterson et al. (2019) validaram o questionário com uma versão adaptada culturalmente para português. Foram avaliadas a fiabilidade interna, a fiabilidade do teste-reteste, a validade, e a capacidade de resposta à mudança, numa amostra de 147 participantes com uma idade média de 60,49 anos. As principais queixas foram: 12,2% incontinência urinária de esforço, 19% incontinência urinária mista, 6,1% perda urinária por urgência, 26,5% incontinência fecal, 18,4% evacuação obstruída e 17,7% prolapso de órgão pélvico (estádio 3 ou 4). O PFBQ demonstrou boa confiabilidade ($\alpha=0,625$, ICC=0,981). Cada item do questionário apresentou concordância quase perfeita entre as avaliações ($k=0,895-1,00$). O PFBQ correlacionou-se com o estadiamento do prolapso ($p<0,01$), número de episódios de incontinência urinária e fecal ($p=0,791$, $p<0,001$; $p=0,780$, $p<0,001$) e evacuação obstruída ($p=0,875$, $p<0,001$). O *Pelvic Floor Bother Questionnaire* em português consiste numa ferramenta confiável e válida que pode ser utilizada para a identificação e avaliação da gravidade/incómodo de vários sintomas do pavimento pélvico (Peterson et al., 2019).

Estudo psicométrico do Questionário de Avaliação do Incómodo Relacionado às Disfunções do Pavimento Pélvico

Neste estudo, procedeu-se à avaliação da consistência interna do Questionário de avaliação do Incómodo Relacionado às Disfunções do Pavimento Pélvico de Peterson et al. (2019). Em cada questão a participante era solicitada a responder se apresentava alguma da sintomatologia e quanto isso a incomodava, numa escala de tipo Likert, que melhor se aplica a si (Nada, Apenas um pouco, Razoavelmente, Moderadamente, Muito). O instrumento avalia a presença de urgência urinária e os problemas do pavimento pélvico. Scores mais elevados correspondem a um maior incómodo no pavimento pélvico (Fontenele, 2018). Aquando a realização de tratamento de dados, as mulheres que responderam que não tinham sintomatologia associada ao pavimento pélvico, acrescentámos o item 0 “Não aplicável”.

Foram estudadas inicialmente as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações entre cada item e o valor global, que possibilitam observar como o item individual se relaciona com o valor global.

Os valores de Alfa de Cronbach variam entre 0,638 e 0,695 que indicam razoável consistência interna. Os coeficientes de correlação do item total corrigido apontam que o item 9 “É sexualmente ativa?” foi o que apresentou menos estabilidade ($r=0,230$). A correlação máxima situa-se no item 4 “Apresenta perda de urina associada a urgência (perda involuntária de urina e forte vontade ou súbita de urinar)?” ($r=0,504$). Os valores da média e desvio padrão, nos diversos itens, permitem afirmar que estes se encontram bem centrados, uma vez que todos se situam acima da média esperada, sendo o menor no item 5 “Apresenta dificuldade ou desconforto a urinar?” e o maior no item 9 (cf. tabela 5).

Tabela 5: Consistência interna do Questionário de Avaliação do Incômodo Relacionado às Disfunções do Pavimento Pélvico

N.º Item	Itens	Média	Dp	r item/total	r ²	α sem item
1	Apresenta perdas de urina (incontinência) associada a atividades físicas, como tossir, espirrar, rir, carregar ou mudar de posição?	0.83	1.45	0.463	0.345	0.648
2	Apresenta frequência miccional aumentada (necessidade de urinar mais vezes do que o normal; levantar-se mais do que duas vezes durante a noite para urinar, inclusive)	0.42	1.10	0.484	0.297	0.646
3	Apresenta urgência miccional (apresenta vontade súbita e forte de urinar e muito difícil de controlar)?	0.45	1.20	0.484	0.430	0.644
4	Apresenta perda de urina associada a urgência (perda involuntária de urina e forte vontade ou súbita de urinar)?	0.54	1.27	0.504	0.486	0.638
5	Apresenta dificuldade ou desconforto a urinar?	0.13	.63	0.246	0.113	0.690
6	Apresenta sensação de peso na vagina (Bexiga, útero ou reto caídos)?	0.43	1.12	0.382	0.171	0.666
7	Apresenta dificuldade em terminar de evacuar (ter de pressionar com a mão a vagina ou o reto para terminar de evacuar)?	0.36	1.08	0.240	0.140	0.693
8	Apresenta perda acidental de fezes ou gases?	0.28	0.96	0.267	0.126	0.687
9	É sexualmente ativa?	1.58	1.07	0.230	0.099	0.695
Coeficiente alfa de Cronbach global				0.695		

Determinada a consistência interna o passo subsequente foi efetuar os estudos de validade recorrendo à análise fatorial exploratória da escala. Avaliamos a adequação da análise fatorial através do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), um procedimento estatístico que afere da qualidade das correlações entre as variáveis e que nos permite determinar se podemos prosseguir com a análise fatorial. Os valores de referência situam-se entre 0.5 e 1. No nosso estudo o resultado obtido foi de ($KMO=0.679$) o que permite classificá-lo de bem adequado. Por outro lado, o teste de esfericidade Bartlett's que é baseado na distribuição estatística de “chi quadrado” testa a hipótese de que não há correlação entre as variáveis. No nosso estudo o valor do teste de esfericidade de Bartlett's ($X^2 = 411.799$; $p= 0.000$) indica a existência de significância estatística entre as variáveis em estudo.

A solução fatorial inicial, permitiu a extração de três fatores que no seu conjunto explicam 55.98% da variância total. Todavia, dado que um dos fatores apenas comportava dois itens e o gráfico de declive (scree-plot) atestava para a retenção de dois fatores conforme ponto de inflexão da curva, forçamos a dois fatores.

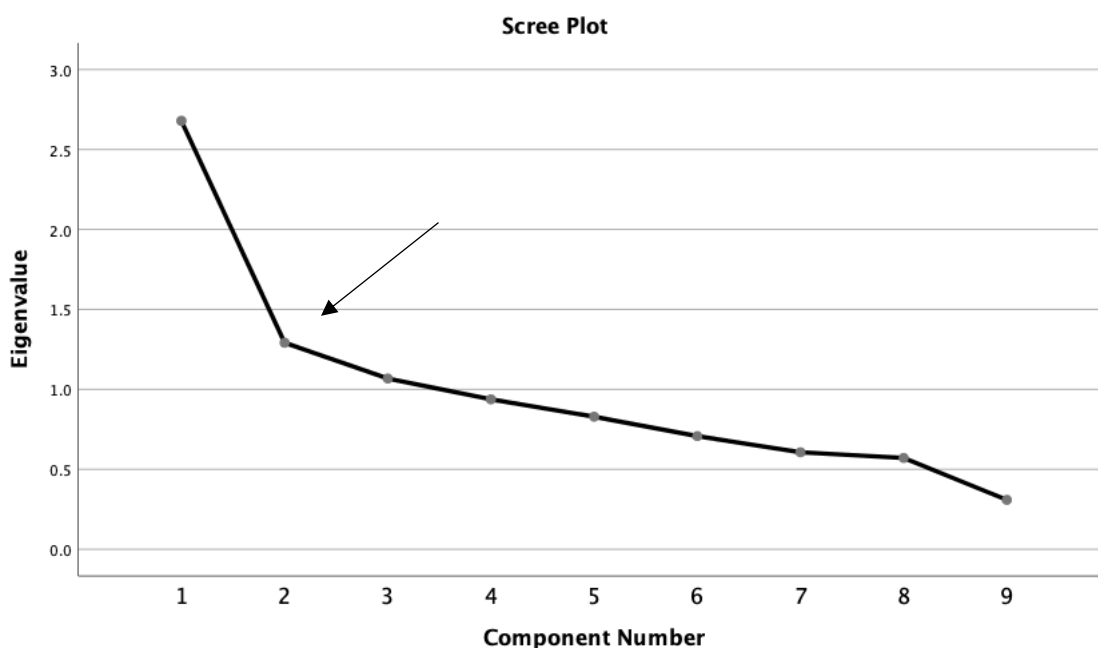


Figura 3: Gráfico de variância de *Screen Plot*

O modelo final ficou constituído por dois fatores que explicam no total 44.120%. O fator 1 – designa do por problemas urinários apresenta um valor próprio de 2.678, ficou constituído pelos itens 1, 3 e 4 e explica 29.76% da variância.

O fator 2 foi denominado por problemas do pavimento pélvico, com um valor próprio de 1.292 explica 14.35% da variabilidade após rotação e é constituído pelos itens 2, 5, 6, 7, 8 e 9.

Esta estrutura bifatorial foi submetida a análise fatorial confirmatória (A tabela 6) apresenta os rácios críticos das trajetórias entre as variáveis manifestas e latentes denotando-se pelos valores de p que são estatisticamente significativas, o que patenteia a manutenção de todos os itens. Pela mesma tabela, denota-se que as cargas fatoriais (λ) são superiores a 0.50 exceto para os itens ins7, ins6, ins5, ins 8 e ins9 que numa análise mais conservadora deveriam ser retirados.

Tabela 6: Rácios críticos e coeficiente lambda

Trajectórias			Estimativas	Erro Standardizado	Rácio Crítico	p	λ
Ins4	<---	F1	1.000				.838
Ins3	<---	F1	.795	.085	9.389	***	.707
Ins1	<---	F1	.802	.096	8.358	***	.590
Ins7	<---	F2	1.024	.278	3.686	***	.340
Ins2	<---	F2	2.030	.479	4.241	***	.661
Ins6	<---	F2	1.496	.367	4.073	***	.478
Ins5	<---	F2	.655	.187	3.505	***	.371
Ins8	<---	F2	1.000				.373
Ins9	<---	F2	.929	.282	3.294	***	.309

Na figura 4 são apresentadas as saturações dos itens e a fiabilidade individual que poderemos referir como adequados, com exceção dos itens (ins7, ins6, ins5, ins 8 e ins9) que apresentam saturações inferiores a 0.50.

Os índices de ajustamento global neste modelo apresentavam um ajuste adequado a bom (CFI= 0.950 e RMSEA = 0.079, $\chi^2/g.l.$ = 2.719; RMR= 0.074 e SRMR = 0.056) o que demonstra validade fatorial do Questionário de Avaliação do Incómodo Relacionado às Disfunções do Pavimento Pélvico

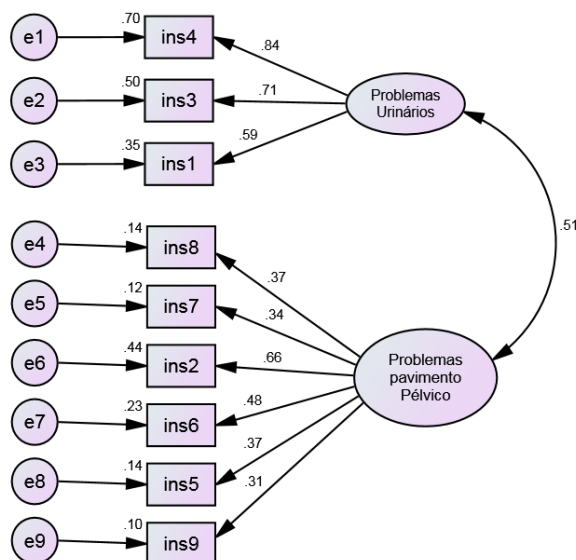


Figura 4: Análise fatorial confirmatória do Questionário de Avaliação do Incómodo Relacionado às Disfunções do Pavimento Pélvico

A fiabilidade compósita ao apresentar valores de 0,758 para os problemas urinários e 0,586 para os problemas no pavimento pélvico, revelou boa consistência interna dos itens relativos aos fatores, mas o indicador de validade convergente (VEM) mostrou-se baixo para

o fator problemas do pavimento pélvico (VEM=0,192) e normal para os problemas urinários (VEM=0,516). Todavia, existe validade discriminante entre F1 e F2.

Tabela 7: Fiabilidade compósita, variância extraída média e validade discriminante do Questionário de Avaliação do Incómodo Relacionado às Disfunções do Pavimento Pélvico

	FC	VEM	Validade discriminante F1 vs F2
Fator 1	0.758	0.516	0.260
Fator 2	0.569	0.192	
Fator global	0.775	0.300	

Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico – PFIQ 7 Versão em Português (Arouca et. al., 2016)

O questionário PFIQ-7 consiste num instrumento constituído de sete questões e dividido em três subescalas: Questionário de Impacto Urinário (UIQ-7) - Bexiga, Questionário de Impacto Colorretal Anal (CRAIQ-7) - Intestino - e Questionário de Impacto do Prolapso do Órgão Pélvico (POPIQ-7) – Vagina períneo (Arouca et al., 2016). Em cada questão a participante responde o quanto os sintomas da bexiga, intestino ou vagina afetam as suas atividades, relacionamentos e sentimentos, selecionando uma alternativa, numa escala de tipo Likert, que melhor se aplica a si (Nem um pouco, um pouco, moderadamente ou bastante). O instrumento avalia os aspetos físicos, sociais e emocionais. Scores mais elevados correspondem a um maior impacto na qualidade de vida da mulher (Fontenele, 2018). A consistência interna (*alfa de Cronbach*) era adequada (0,823-0,846). A fiabilidade dos testes foi também adequada.

Estudo psicométrico do Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico

Realizou-se a avaliação da consistência interna do Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico – PFIQ 7 Versão em Português. Os valores de Alfa de Cronbach variam entre 0,902 e 0,922 que indicam muito boa consistência interna. Os coeficientes de correlação do item total corrigido apontam que o item 2 “Geralmente afetam a sua habilidade de realizar atividades físicas como caminhar, nadar ou outro tipo de exercício?” foi o que apresentou menos estabilidade ($r=0,699$). A correlação máxima situa-se no item 5 “Geralmente afetam a sua participação em atividades sociais fora de casa?” ($r=0,840$). Os valores da média e desvio padrão, nos diversos itens, permitem afirmar que estes se

encontram bem centrados, uma vez que todos se situam acima da média esperada, sendo os menores nos itens 11 e 5 e os maiores nos itens 2 e 7 (cf. tabela 8).

Tabela 8: Consistência interna do Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico – PFIQ 7

N.º Item	Itens	Média			Dp			r item/ total			r ²			α sem item		
		Bexiga	Intestino	Vagina/ Períneo	Bexiga	Intestino	Vagina/ Períneo	Bexiga	Intestino	Vagina/ Períneo	Bexiga	Intestino	Vagina/ Períneo	Bexiga	Intestino	Vagina/ Períneo
1	Geralmente afetam a sua habilidade de realizar atividades domésticas (Ex.: cozinhar, arrumar a casa, passar a ferro)?	.11	.08	.14	.442	.415	.489	.744	.761	.813	.652	.712	.765	.912	.903	.881
2	Geralmente afetam a sua habilidade de realizar atividades físicas como caminhar, nadar ou outro tipo de exercício?	.25	.12	.20	.730	.533	.626	.699	.851	.737	.510	.812	.697	.922	.890	.887
3	Geralmente afetam atividades de entretenimento, como ir ao cinema ou assistir um concerto?	.13	.08	.08	.520	.432	.437	.825	.810	.763	.735	.798	.810	.903	.898	.888
4	Geralmente afetam a sua habilidade de viajar de carro ou autocarro por uma distância maior do que 30 minutos da sua casa?	.13	.07	.10	.498	.386	.415	.717	.694	.699	.596	.610	.662	.913	.909	.894
5	Geralmente afetam a sua participação em atividades sociais fora de casa?	.11	.09	.09	.455	.463	.452	.840	.835	.786	.744	.793	.754	.904	.894	.885
6	Geralmente afetam a sua saúde emocional (ex.: nervosismo, depressão)?	.20	.26	.25	.569	.733	.677	.828	.668	.774	.802	.571	.770	.902	.922	.883
7	Fazem sentir-se frustrada?	.25	.20	.33	.646	.620	.780	.760	.765	.643	.758	.674	.697	.910	.901	.908
Coeficiente alfa de Cronbach global		0.944														

A metodologia para a realização da AFC deste questionário obedeceu às mesmas normas de realização da AFC do Questionário de Avaliação do Incómodo Relacionado às Disfunções do Pavimento Pélvico.

Deste modo, após determinação da consistência interna foi realizado os estudos de validade com recurso à análise fatorial exploratória do questionário. Calculamos a adequação da análise fatorial através do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Neste estudo o resultado obtido foi de (KMO=0.870), o que permite classificá-lo de bem adequado. De outro modo, no nosso estudo o valor do teste de esfericidade de Bartlett's foi de ($X^2 = 6148.568$; $p = 0.000$), o que indica a existência de significância estatística entre as variáveis em estudo.

A análise fatorial exploratória foi efetivada utilizando-se para o efeito o método de componentes principais, com rotação ortogonal de tipo varimax e raízes latentes maiores que 1. Como critério de saturação dos itens respeitaram-se valores iguais ou superiores a 0.40. A solução fatorial inicial, permitiu a extração de quatro fatores que no seu conjunto explicam 77.48% da variância total. Contudo, dado que um dos fatores só incluía dois itens e o gráfico de declive (scree-plot) atestava para a retenção de três fatores conforme ponto de inflexão da curva, forçamos a três fatores.

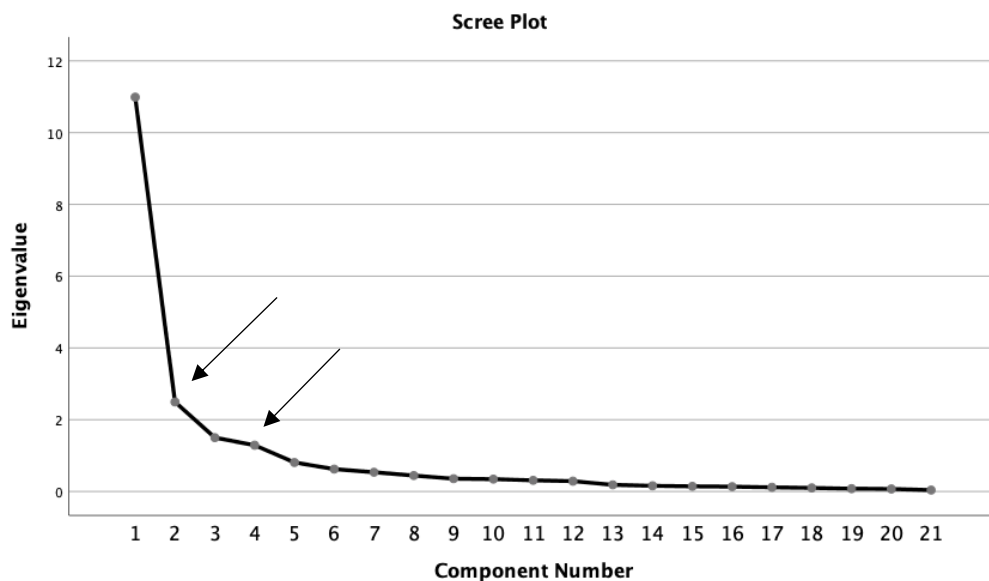


Figura 5: Gráfico de variância de Screen Plot

O modelo final ficou assim composto por três fatores, que justificam no total 71.35%. O fator 1 – elegido por bexiga apresenta um valor próprio de 10.989, ficou constituído pelos itens be1,2,3,4,5,6 e 7 e justifica 52.32% da variância.

O fator 2 foi chamado de intestino, com um valor próprio de 2,494, explica 11.87% da variabilidade após rotação e é constituído pelos itens it1,2,3,4,5,6 e 7.

O fator 3 designado vagina/períneo, demonstra um valor próprio de 1.500, prova 7.14% da variância e é composto pelos itens vp 1,2,3,4,5,6 e 7.

Esta estrutura tri-fatorial foi submetida a análise fatorial confirmatória (cf. tabela 9) apresenta os rácios críticos das trajetórias entre as variáveis manifestas e latentes denotando-se pelos valores de p que são estatisticamente significativas, o que mostra a manutenção de todos os itens. Pela mesma tabela, denota-se que as cargas fatoriais (λ) são superiores a 0.50.

Tabela 9: Rácios críticos e coeficiente lambda

	Estimativas	Erro Standarizado	Rácio Crítico	p	λ
be3 <--- F1	1.000				.863
be5 <--- F1	.904	.045	20.294	***	.892
be4 <--- F1	.847	.054	15.667	***	.763
be6 <--- F1	1.066	.060	17.810	***	.841
be2 <--- F1	1.164	.083	13.993	***	.715
be1 <--- F1	.803	.046	17.302	***	.816
be7 <--- F1	1.119	.072	15.469	***	.778
it7 <--- F2	1.000				.730
it2 <--- F2	1.045	.069	15.099	***	.888
it5 <--- F2	.912	.061	14.841	***	.892
it3 <--- F2	.842	.058	14.561	***	.883
it6 <--- F2	1.043	.097	10.769	***	.644
it1 <--- F2	.753	.055	13.754	***	.822
it4 <--- F2	.670	.052	12.928	***	.785
vp6 <--- F3	1.000				.663
vp7 <--- F3	.975	.110	8.844	***	.562
vp1 <--- F3	.911	.074	12.335	***	.837
vp2 <--- F3	1.088	.094	11.615	***	.781
vp4 <--- F3	.729	.063	11.523	***	.789
vp5 <--- F3	.910	.071	12.871	***	.905
vp3 <--- F3	.878	.069	12.714	***	.903

Na figura 6 são apresentadas as saturações dos itens e a fiabilidade individual que poderemos referir como adequados para as subescalas bexiga, intestino, vagina/períneo, mas como referimos anteriormente todos os itens têm saturações superiores a 0.50.

Os índices de ajustamento global neste modelo apresentavam um ajuste adequado a bom (CFI= 0.724 e RMSEA = 0.182 $\chi^2/g.l.$ = 10.092; RMR= 0.027 e SRMR = 0.059) o que demonstra validade fatorial do Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico.

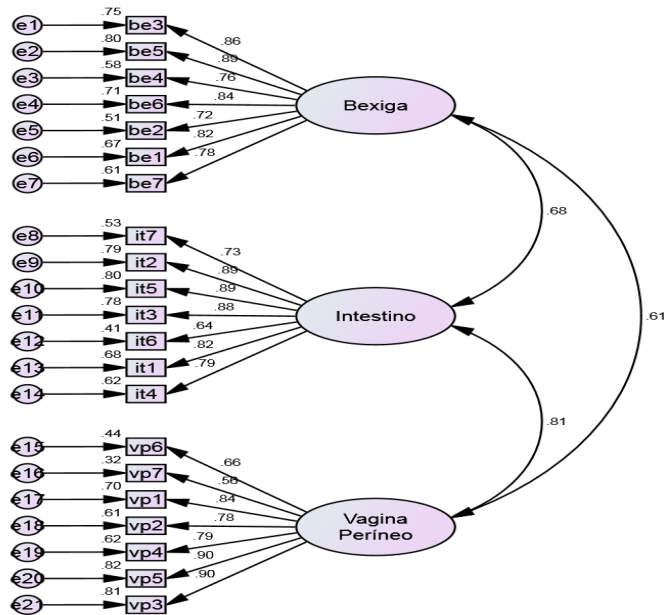


Figura 6: Modelo Inicial com a totalidade dos itens e cargas fatoriais do Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico

Efetuuou-se o ajustamento do modelo através dos índices de modificação propostos pelo programa tendo-se correlacionado alguns erros (cf. figura 6). Verificou-se que o erro 3 pertencente ao item be4 do fator bexiga se correlacionava com o erro 1 do mesmo fator. De igual modo, o erro 7 do item be7 relaciona-se com o erro 4 do item be6 do fator bexiga. O erro 8 e 9 pertencentes aos itens it7 e it2 correlacionam-se com o erro 12 e 13 dos itens it6 e it1 relativos ao fator intestino. No fator vagina/períneo o erro 15 pertencente ao item vp6 correlaciona-se com o erro 16 do item vp7 e o erro 17 relativo ao item vp1 com o erro 18 do item vp2. Após registo de todos os índices de modificação, o modelo obtido melhorou ligeiramente para a razão do $\chi^2/g.l.$ = 6.884; RMSEA = 0.147; RMR= 0.020; SRMR= 0.147, embora continue a manter índices sofríveis para GFI = 0.699 e CFI = 0.827.

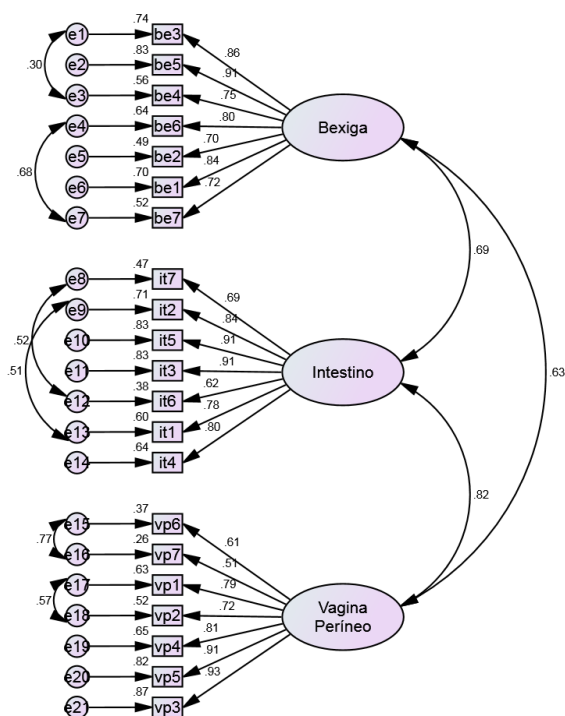


Figura 7: Modelo reespecificado do Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico

Propôs-se uma estrutura hierárquica com um fator de 2^a ordem que designámos por factor global, uma vez que os valores correlacionais encontrados se afiguram bastante elevados. A figura 5 ilustra o modelo com o fator de 2^a ordem.

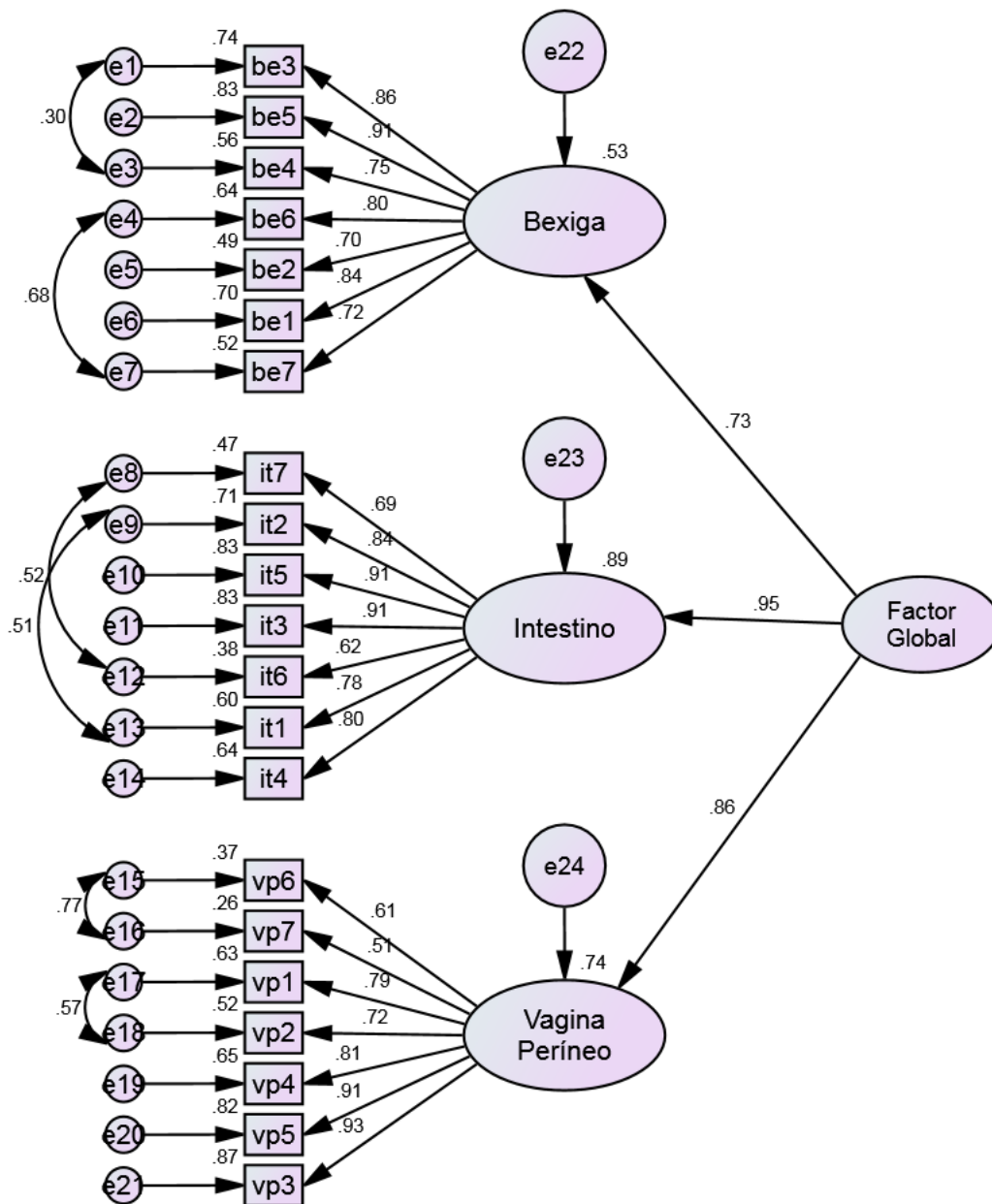


Figura 8: Modelo com o fator de 2ª ordem do Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico

Neste modelo hierárquico de 2ª ordem os valores de qualidade de ajustamento continuam adequados para o $\chi^2/df=6.884$ RMSEA=.147 RMR= 0.020; SRMR= 0.067 e satisfatórios para CFI=0.827 e GFI=0.699 o que demonstra validade fatorial da escala de comunicação para estudantes.

A tabela 9 sintetiza os índices de ajustamento global obtidos nos diferentes momentos do estudo.

Tabela 10: Índices de ajustamento global do Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico

	χ^2/df	GFI	CFI	RMR	RMSEA	SRMR
Modelo inicial	10.092	0.605	0.724	0.027	0.182	0.076
Modelo final ajustado	6.884	0.699	0.827	0.020	0.147	0.067
Fator 2ª ordem	6.884	0.699	0.827	0.020	0.147	0.067

Quanto à fiabilidade compósita (FC), os resultados revelam índices adequados para todos os fatores. A variância extraída média (VEM) apresenta em todos os fatores valores superiores a 0.50. Em nenhum dos fatores é registada validade discriminante.

Tabela 11: Fiabilidade compósita, variância extraída média e validade discriminante do Questionário de Impacto no Pavimento Pélvico

	FC	VEM	Validade discriminante		
			F1 vs F2	F1 vs F3	F2 vs F3
Fator 1	0.906	0.589	0.476	0.396	
Fator 2	0.923	0.637			0.672
Fator 3	0.832	0.540			
Fator global	0.971	0.622			

3.3. Procedimentos

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu, com a referência n.º 48A/SUB/2021, foi emitido em 25 de maio de 2021 (cf. Anexo 2). O questionário foi divulgado *online*. A participação das mulheres foi voluntária e para o preenchimento dos questionários foi realizada uma explicação sucinta sobre o objetivo e finalidade do estudo. Foi assegurado às participantes a confidencialidade sobre os dados obtidos e preservado o anonimato.

No tratamento estatístico, utilizou-se o programa IBM - *Statiscal Package Social Science* (SPSS) 26. Recorreu-se à estatística descritiva para calcular as frequências absolutas (n) e percentuais (%), algumas medidas de tendência central: medidas de dispersão: medidas de tendência central: Média (M); medidas de dispersão: Desvio padrão (\pm) e Coeficiente de variação (CV%); medida de assimetria e achatamento.

Na escolha das técnicas estatísticas, nomeadamente dos testes, atendeu-se à natureza e características das variáveis envolvidas. Assim, para além da estatística descritiva, fez-se também uso da estatística inferencial, com recurso aos testes não

paramétricos Teste U de Mann Whitney e Teste de Kruskal-Wallis, bem como a testes paramétricos, designadamente ao T-test.

Em todos os testes, os valores de significância considerados foram 5%, $p < 0.05$. Assim,

(i) o Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW) foi utilizado para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;

(ii) o Teste de Kruskal-Wallis para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa);

(iii) o Teste de qui quadrado (X^2) permitiu comparar proporções entre duas variáveis nominais. Foi também realizado o estudo de fiabilidade das escalas, através das medidas de consistência interna: Alpha de Cronbach (α) e análise fatorial.

4. Resultados

Antecedentes Obstétricos

Na tabela 12 encontram-se os resultados referentes aos antecedentes obstétricos, situações anteriores à gravidez atual, constatando-se que a grande maioria das mulheres teve apenas 1 parto de termo (73,5%). Verifica-se que apenas 14 mulheres (5,1%) tiveram 1 parto pré-termo e uma mulher (0,4%) 3 partos pré-termo. Das 69 mulheres que tiveram um aborto antes das 20 semanas, prevalecem as que esta situação ocorreu 1 vez (78,3%), tendo uma mulher referido uma morte fetal após as 20 semanas e 5 mulheres tiveram uma gravidez ectópica. A grande maioria das participantes (74,2%) tem um filho vivo.

Tabela 12: Antecedentes obstétricos

Variáveis	n	%
Partos de termo (entre as 37 e as 41 semanas)		
0 partos	10	3.6
1 parto	202	73.5
2 partos	59	21.5
3 partos	2	.7
4 partos	1	.4
5 partos	1	.4
Partos pré-termo (antes das 37 semanas)		
0 partos	260	94.5
1 parto	14	5.1
3 partos	1	.4
Aborto (antes das 20 semanas)		
1 aborto	54	78.3
2 abortos	12	17.4
3 abortos	3	4.3
Morte fetal após 20 semanas		
1 morte	3	100.0
Gravidez ectópica		
1 gravidez	5	100.0
Filhos vivos		
Um filho vivo	204	74.2
Dois filhos vivos	63	22.9
Três ou mais filhos vivos	8	2.9

Dados referentes ao último parto

Na tabela 13 estão expostos os resultados relativos ao último parto, donde se extrai que prevalecem as mulheres cujo último parto foi eutócico (47,3%), secundadas pelas que tiveram um parto distócico/ventosas/fórceps (36,4%). Quase a totalidade da amostra (99,6%) teve um parto simples. Prevalecem as mulheres cuja duração do tempo de parto foi inferior a 24 horas (83,6%). Mais de metade das mulheres (60,0%) referiu que foi sujeita a episiotomia. Sobressaem as mulheres que não sofreram lacerações (64,0%). Regista-se os casos em que ocorreu episiorrafia (71,6%). Em 50,9% dos casos as mulheres foram sujeitas a Manobra de Kristeller, entre as quais, a maioria (80,0%) relatou que não lhe foi pedido o consentimento. Estão em maioria as mulheres que referiram ter tido acompanhante durante

o parto (82,2%), bem como as que não lhe foi realizada tricotomia (86,2%) e as que não foram sujeitas a enema de limpeza (89,5%). Estão também em maioria as participantes a quem foi administrada ocitocina (63,3%) e aquelas com administração de analgesia (89,1%), com predomínio da epidural (95,5%). Regista-se um claro predomínio de mulheres a quem foi realizado o toque vaginal (92,4%), entre as quais a maioria (63,8%) mencionou que lhes foi pedido o consentimento para tal procedimento. Um pouco mais de metade das mulheres (50,9%) relatou que não lhe foi permitido deambular durante o trabalho de parto, enquanto 49,1% confirmaram essa permissão. Quanto à ingestão de líquidos, 57,1% das mulheres não os ingeriu, contrariamente a 42,9%. Em mais de metade da amostra (76,0%), o bebé foi colocado em contacto com a pele da mãe, tendo maioritariamente referido que o seu bebé foi colocado na mama na primeira hora de vida (86,2%). Apurou-se que estão em maioria (67,3%) das mulheres cujo parto foi assistido pelo médico e pelo enfermeiro. Solicitou-se às participantes que classificassem a sua experiência em relação ao parto, constatando-se que 30,5% a classificou de "Muito boa", 30,2% como "Boa", 21,1% "Razoável" e 18,2% como "Má".

Tabela 13: Dados referentes ao último parto

Variáveis	n	%
Tipo de parto		
Eutócico	130	47.3
Distócico/ventosa e <i>forceps</i>	100	36.4
Cesariana	45	16.4
Parto		
Simplex	274	99.6
Gemelar	1	.4
Duração do trabalho de parto		
<24 horas	230	83.6
≥24 horas	45	16.4
Episiotomia		
Sim	165	60.0
Não	110	40.0
Lacerações		
Sim	99	36.0
Não	176	64.0
Episiorrafia		
Sim	197	71.6
Não	78	28.4
Manobra de Kristeller		
Sim	140	50.9
Não	135	49.1
Solicitação de consentimento para a Manobra de Kristeller		
Sim	28	20.0
Não	112	80.0
Acompanhante		
Sim	226	82.2
Não	49	17.8
Realização de tricotomia		
Sim	38	13.8
Não	237	86.2
Enema de limpeza		
Sim	29	10.5
Não	246	89.5
Administração de ocitocina		
Sim	174	63.3
Não	101	36.7
Administração de analgesia		
Sim	245	89.1
Não	30	10.9
Tipo de analgesia		
Epidural	234	95.5
Outra	11	4.5
Realização de toque vaginal		
Sim	254	92.4
Não	21	7.6
Solicitação de consentimento para o toque vaginal		
Sim	162	63.8
Não	92	36.2
Permissão para deambular durante o trabalho de parto		
Sim	135	49.1
Não	140	50.9
Ingestão de líquidos		
Sim	118	42.9
Não	157	57.1
Contacto pele a pele		
Sim	209	76.0
Não	66	24.0
Colocação do bebé na mama na primeira hora de vida		
Sim	237	86.2
Não	38	13.8
Profissional que assistiu o parto		
Médico	25	9.1
Enfermeiro	65	23.6
Ambos	185	67.3
Classificação da experiência de parto		
Muito boa	84	30.5
Boa	83	30.2
Razoável	58	21.1
Má	50	18.2

Avaliação do incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico

As estatísticas relativas à avaliação do incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico, decorrente da utilização da Manobra de Kristeller durante o segundo período do trabalho, revelam médias muito próximas em ambos os fatores e no fator global. Assim, as participantes revelam ligeiramente mais problemas urinários, ou seja, problemas relacionados com perdas de urina (urgência miccional) ($M=12,14\pm 21,22$), com uma avaliação global de $12,11\pm 13,62$, com uma dispersão elevada face às médias encontradas (cf. tabela 14).

Tabela 14: Estatísticas relativas à avaliação do incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico

	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Problema urinários	275	.00	80.00	12.14	21.22	174.79	12.83	9.39
Problemas do pavimento pélvico		.00	80.00	12.09	13.99	115.71	16.18	22.70
Fator global		.00	80.00	12.11	13.62	112.46	14.55	19.46

Impacto no pavimento pélvico

As estatísticas referentes ao impacto no pavimento pélvico em decorrência da utilização da Manobra de Kristeller durante o segundo período do trabalho de parto indicam que as participantes apresentam mais impacto na bexiga ($M=5,73\pm 15,38$), seguindo-se o impacto na vagina/períneo ($M=5,64\pm 15,09$), com menor impacto a nível intestinal ($M=4,31\pm 14,23$), constatando-se dispersões elevadas em torno das médias encontradas (cf. tabela 15).

Tabela 15: Estatísticas relativas ao impacto no pavimento pélvico

	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Impacto Urinário - Bexiga	275	.00	100.00	5.73	15.38	268.41	27.47	62.70
Impacto Colorretal Anal - Intestino		.00	100.00	4.31	14.23	330.16	30.91	75.97
Impacto do Prolapso do Órgão Pélvico – Vagina/períneo		.00	100.00	5.64	15.09	267.55	27.25	62.15
Fator global		.00	90.48	5.22	12.64	242.14	31.55	83.85

Relação entre o incômodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico e as variáveis sociodemográficas

A idade é uma variável sem interferência estatisticamente significativa no incômodo relacionado com as disfunções do assoalhado pélvico ($p > 0,05$). Todavia, pelas médias obtidas, constata-se que as mulheres mais novas são as que relataram mais problemas urinários e as mais velhas problemas do pavimento pélvico e pontuaram mais no fator global (cf. tabela 16).

Tabela 16: T-test entre o incômodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico e a idade

Idade	≤34 anos		≥35 anos		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Incômodo relacionado com as disfunções do assoalhado pélvico						
Problema urinários	12.17	22.02	12.08	19.76	.035	.972
Problemas do pavimento pélvico	11.97	14.54	12.32	12.96	-.199	.843
Fator global	12.04	14.40	12.24	12.09	-.118	.906

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o incômodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico e o estado civil ($p > 0,05$). No entanto, os valores de ordenação média são mais elevados para as mulheres sem companheiro, sugerindo eu são estas as que apresentam incômodos relacionados com as disfunções do pavimento pélvico (cf. tabela 17).

Tabela 17: Teste U de Mann-Whitney entre o incômodo relacionado com as disfunções do assoalhado pélvico e o estado civil

Estado civil	Sem companheiro	Com companheiro	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Incômodo relacionado com as disfunções do assoalhado pélvico				
Problema urinários	138.60	137.94	2997.500	.963
Problemas do pavimento pélvico	159.35	135.96	2499.500	.157
Fator global	151.10	136.75	2697.500	.392

Relação entre impacto no pavimento pélvico e as variáveis sociodemográficas

A idade não interfere estatisticamente no impacto no assoalhado pélvico ($p > 0,05$). No entanto, os valores médios indicam que as mulheres com idade inferior ou igual aos 34 anos são as que manifestam mais impactos (intestinos, vagina/períneo/fator global), enquanto as mais velhas (≥ 35 anos) revelam mais impacto na bexiga (cf. tabela 18).

Tabela 18: T-test entre o impacto no pavimento pélvico e a idade

Idade	≤34 anos		≥35 anos		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Impacto no pavimento pélvico						
Impacto Urinário - Bexiga	5.71	15.95	5.75	14.32	-.018	.986
Impacto Colorretal Anal - Intestinos	4.49	15.08	3.96	12.56	.292	.770
Impacto do Prolapso do Órgão Pélvico – Vagina/períneo	5.87	15.21	5.20	14.91	.351	.726
Fator global	5.36	13.36	4.97	11.25	.242	.809

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o impacto no pavimento pélvico e o estado civil ($p > 0,05$). No entanto, os valores de ordenação média são mais elevados para as mulheres sem companheiro, sugerindo que são estas as que apresentam impacto no pavimento pélvico (cf. tabela 19).

Tabela 19: Teste U de Mann-Whitney entre o impacto no pavimento pélvico e o estado civil

Estado civil	Sem companheiro	Com companheiro	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Impacto no pavimento pélvico				
Impacto Urinário - Bexiga	139.50	137.86	2976.000	.901
Impacto Colorretal Anal - Intestinos	147.79	137.06	2777.000	.348
Impacto do Prolapso do Órgão Pélvico – Vagina/períneo	154.46	136.43	2617.000	.165
Fator global	155.06	136.37	2602.500	.231

Relação entre o incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico e as variáveis referentes ao último parto

Os resultados apurados indicam que as mulheres cujo parto foi distócico/ventosa e *forceps* apresentam valores de ordenação média mais elevados em todos os fatores, traduzindo-se em incómodos mais elevados relacionados com as disfunções do pavimento pélvico, resultando em diferenças estatisticamente significativas no fator global ($p = 0,017$) (cf. tabela 20).

Tabela 20: Teste Kruskal-Wallis entre o incómodo relacionado com as disfunções do assoalhado pélvico e o tipo de parto

Tipo de parto	Eutócico	Distócico/ventosa e <i>forceps</i>	Cesariana	χ^2	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico					
Problema urinários	138.93	146.21	117.06	5.852	.054
Problemas do pavimento pélvico	130.49	152.46	127.57	5.542	.063
Fator global	135.20	152.74	113.34	8.118	.017

Apurou-se que a duração do parto não tem interferência estatisticamente significativa no incômodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico ($p > 0,05$). Atendendo-se aos valores de ordenação média, constata-se que as mulheres com duração do parto < 24 horas revelam mais problemas do pavimento pélvico e as que o parto teve duração igual ou superior às 24 horas mais problemas urinários (cf. tabela 21).

Tabela 21: Teste U de Mann-Whitney entre o incômodo relacionado com as disfunções do assoalhado pélvico e a duração do trabalho de parto

Duração do trabalho de parto Incômodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico	<24 horas	≥24 horas	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Problema urinários	137.95	138.23	5164.500	.980
Problemas do pavimento pélvico	139.95	128.03	4726.500	.344
Fator global	139.01	132.84	4943.000	.630

Em conformidade com os dados expostos na tabela 22, as mulheres sujeitas a episiotomia apresentam valores médios mais elevados, expressando mais disfunções do pavimento pélvico, com diferenças estatisticamente significativas em todos os fatores ($p < 0,05$).

Tabela 22: T-test entre o incômodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico e episiotomia

Episiotomia Incômodo relacionado com as disfunções do assoalhado pélvico	Sim		Não		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Problema urinários	15.19	23.20	7.57	16.95	2.956	.003
Problemas do pavimento pélvico	14.28	15.52	8.81	10.55	3.227	.001
Fator global	14.58	15.28	8.40	9.57	3.775	.000

Verifica-se que as mulheres sujeitas a Manobra de Kristeller a apresentam valores médios mais elevados, o que se traduz em maior incômodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico, resultando em diferenças estatisticamente significativas em todos os fatores e no fator global ($p < 0,05$) (cf. tabela 23).

Tabela 23: T-test entre o incômodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico e Manobra de Kristeller

Manobra de Kristeller Incômodo relacionado com as disfunções do assoalhado pélvico	Sim		Não		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Problema urinários	16.76	25.35	7.35	14.46	3.759	.000
Problemas do pavimento pélvico	15.35	16.27	8.71	10.14	4.043	.000
Fator global	15.82	16.17	8.26	8.87	4.782	.000

Constata-se que as mulheres com administração de ocitocina pontuaram mais em todos os fatores, o que se traduz em maior incômodo relacionado com as disfunções do

pavimento pélvico, resultando em diferenças estatisticamente significativas nos problemas do pavimento pélvico ($p=0,002$) e no fator global ($p=0,003$) (cf. tabela 24).

Tabela 24: T-test entre o incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico e administração de ocitocina

Administração de ocitocina	Sim		Não		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Incómodo relacionado com as disfunções do assoalhado pélvico						
Problema urinários	13.67	22.44	9.50	18.76	1.576	.116
Problemas do pavimento pélvico	14.06	15.98	8.71	8.73	3.103	.002
Fator global	13.93	14.90	8.97	10.41	2.949	.003

Verifica-se que o tipo de analgesia interfere estatisticamente nos problemas do pavimento pélvico ($p=0,010$), onde pontuaram mais as mulheres a quem lhes foi administrado outra analgesia que não a epidural, tendo sido também estas as que apresentam valores de ordenação média mais elevados nos restantes fatores (cf. tabela 25).

Tabela 25: Teste U de Mann-Whitney entre o incómodo relacionado com as disfunções do assoalhado pélvico e tipo de analgesia

Tipo de analgesia	Epidural	Outra	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico				
Problema urinários	122.80	127.23	1240.500	.814
Problemas do pavimento pélvico	120.54	175.36	711.000	.010
Fator global	121.22	160.77	871.500	068

Relação entre impacto no pavimento pélvico e as variáveis referentes ao último parto

As mulheres cujo parto foi distócico/ventosa e *forceps* expõem valores de ordenação média mais elevados em todos os fatores, traduzindo-se em maior impacto no pavimento pélvico, resultando em diferenças estatisticamente significativas no impacto do prolapso do órgão pélvico – vagina/períneo ($p=0,022$) e no fator global ($p=0,026$) (cf. tabela 26).

Tabela 26: Teste Kruskal-Wallis entre o impacto no pavimento pélvico e o tipo de parto

Tipo de parto	Eutócico	Distócico/ventosa e forceps	Cesariana	χ^2	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Impacto no pavimento pélvico					
Impacto Urinário - Bexiga	133.30	146.98	131.61	3.316	.190
Impacto Colorretal Anal - Intestinos	134.07	144.09	140.37	1.480	.477
Impacto do Prolapso do Órgão Pélvico – Vagina/períneo	136.79	148.42	118.36	7.673	.022
Fator global	132.89	152.60	120.30	7.262	.026

Apurou-se que a duração do parto não tem interferência estatisticamente significativa no impacto no pavimento pélvico ($p > 0,05$). Atendendo-se aos valores de ordenação média, constata-se que as mulheres com duração do parto < 24 horas revelam mais impacto na bexiga, intestinos e fator global, enquanto as que o parto teve duração inferior ou superior às 24 horas maior impacto na vagina/períneo (cf. tabela 27).

Tabela 27: Teste U de Mann-Whitney entre o impacto no pavimento pélvico e a duração do trabalho de parto

Trabalho de parto	<24 horas	≥ 24 horas	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Impacto no pavimento pélvico				
Impacto Urinário - Bexiga	139.71	129.27	4782.000	.302
Impacto Colorretal Anal - Intestinos	138.75	134.17	5002.500	.599
Impacto do Prolapso do Órgão Pélvico – Vagina/períneo	136.73	144.50	4882.500	.433
Fator global	138.54	135.22	5050.000	.780

Em conformidade com os dados expostos na tabela 28, as mulheres sujeitas a episiotomias apresentam valores médios mais elevados, expressando maior impacto no pavimento pélvico, com diferenças estatisticamente significativas em na bexiga ($p < 0,42$) e na vagina/períneo ($p = 0,046$).

Tabela 28: T-test entre o impacto no pavimento pélvico e realização de episiotomia

Realização de episiotomia	Sim		Não		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Impacto no pavimento pélvico						
Impacto Urinário - Bexiga	7.27	16.91	3.41	12.45	2.047	.042
Impacto Colorretal Anal - Intestinos	4.81	14.91	3.54	13.17	.724	.470
Impacto do Prolapso do Órgão Pélvico – Vagina/períneo	7.12	16.10	3.41	13.18	2.008	.046
Fator global	6.40	12.92	3.46	12.06	1.900	.059

Verifica-se que as mulheres sujeitas a Manobra de Kristeller apresentam valores médios mais elevados, o que se traduz em maior impacto no pavimento pélvico, resultando em diferenças estatisticamente significativas no impacto urinário/bexiga ($p = 0,009$), a nível da vagina/períneo ($p = 0,016$) e no fator global ($p = 0,037$) (cf. tabela 29).

Tabela 29: T-test entre o impacto no pavimento pélvico e Manobra de Kristeller

Manobra de Kristeller	Sim		Não		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Impacto no pavimento pélvico						
Impacto Urinário - Bexiga	8.09	17.55	3.28	12.33	2.623	.009
Impacto Colorretal Anal - Intestinos	4.48	14.50	4.12	14.00	.211	.833
Impacto do Prolapso do Órgão Pélvico – Vagina/períneo	7.78	17.69	3.42	11.43	2.421	.016
Fator global	6.79	13.58	3.60	11.42	2.099	.037

Averigua-se que as mulheres com administração de ocitocina pontuaram mais em todos os fatores, o que se traduz em maior impacto no pavimento pélvico, resultando em diferenças estatisticamente significativas em ao nível de impacto nos intestinos ($p=0,016$), na vagina/períneo ($p=0,008$) e no fator global ($p=0,011$) (cf. tabela 30).

Tabela 30: T-test entre o impacto no pavimento pélvico e administração de ocitocina

Administração de ocitocina	Sim		Não		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Impacto no pavimento pélvico						
Impacto Urinário - Bexiga	6.73	17.21	4.00	11.42	1.419	.157
Impacto Colorretal Anal - Intestinos	5.88	17.02	1.60	6.50	2.425	.016
Impacto do Prolapso do Órgão Pélvico – Vagina/períneo	7.47	17.95	2.49	7.08	2.663	.008
Fator global	6.69	15.14	2.70	5.58	2.549	.011

Verifica-se que o tipo de analgesia não interfere estatisticamente no impacto no pavimento pélvico ($p>0,05$). Contudo, atendendo-se aos valores de ordenação média pode dizer-se que as mulheres a quem lhes foi administrada outra analgesia pontuaram mais em todos os fatores, sugerindo maior impacto no pavimento pélvico (cf. tabela 31).

Tabela 31: Teste U de Mann-Whitney entre o impacto no pavimento pélvico e tipo de analgesia

Tipo de analgesia	Epidural	Outra	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Impacto no pavimento pélvico				
Impacto Urinário - Bexiga	121.70	150.68	982.500	.093
Impacto Colorretal Anal - Intestinos	121.91	146.18	1032.000	.100
Impacto do Prolapso do Órgão Pélvico – Vagina/períneo	122.96	123.91	1277.000	.955
Fator global	121.87	147.05	1022.500	.212

Relação entre o incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico e o impacto no pavimento pélvico

Termina-se a análise inferencial relativa, realizando regressões lineares múltiplas univariadas, dado que é o método mais adequado para estudar a relação entre variáveis quando se possui uma variável dependente e duas ou mais variáveis independentes. Como variável latente (dependente) considerou-se o impacto no pavimento pélvico, tendo em conta os seus fatores, e como variáveis manifestas (independentes) o incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico, de acordo com os seus fatores.

O impacto na bexiga é uma variável preditora do impacto nos problemas urinários, explicando 19,5% da variação, sendo a variância explicada ajustada de 19,2%. O erro padrão de regressão é 19,08, e os testes F ($f=65.935$; $p=0,000$) e o valor de t ($t=7,046$;

$p < 0.05$), revelam significância estatística, inferindo-se que a variável independente que entrou no modelo de regressão tem poder explicativo nos problemas urinários.

Pelos coeficientes padronizados beta, constata-se que o impacto na bexiga estabelece uma relação direta com os problemas urinários, sugerindo que quanto mais impacto na bexiga em decorrência da Manobra de Kristeller mais problemas urinários as mulheres revelam (cf. tabela 32).

Tabela 32: Regressão múltipla entre os problemas urinários e o impacto na bexiga

Variável dependente: Problemas urinários					
R = 0,441					
R ² = 0,195					
R ² Ajustado = 0,192					
Erro padrão da estimativa = 19,08					
		Pesos de Regressão			
Variáveis independentes	Coefficiente b	Coefficiente beta	t	p	
Constante	8.656		7.046	.000	
Impacto na bexiga	.609	.441	8.120	.000	
		Análise de variância			
Efeito	Soma Quadrados	df	Média quadrados	f	p
Regressão	24021.032	1			
Residual	99457.595	273	24021.032	65.935	.000
Total	123478.626	274	364.314		

O impacto na bexiga e na vagina/períneo são variáveis preditoras dos problemas no pavimento pélvico, explicando 33,4% da variação, sendo a variância explicada ajustada de 32,9%. O erro padrão de regressão é 11,46, e os testes F ($f=68.172$; $p=0,000$) e o valor de t ($t=11.546$; $p < 0.05$), revelam significância estatística, inferindo-se que as variáveis independentes que entram no modelo de regressão têm poder explicativo nos problemas no pavimento pélvico.

Pelos coeficientes padronizados beta, constata-se que o impacto na bexiga e na vagina/períneo estabelecem uma relação direta com os problemas no pavimento pélvico, sugerindo que quanto mais impacto na bexiga e na vagina/períneo em decorrência da Manobra de Kristeller mais problemas no pavimento pélvico as mulheres possuem (cf. tabela 33).

Tabela 33: Regressão múltipla entre os problemas no pavimento pélvico e problemas no pavimento pélvico

Variável dependente: Problemas no pavimento pélvico					
R = 0,578					
R ² = 0,334					
R ² Ajustado = 0,329					
Erro padrão da estimativa = 11,46					
Variáveis independentes		Pesos de Regressão			
	Coefficiente b	Coefficiente beta	t	p	
Constante	8.698		11.546	.000	
Impacto na bexiga	.417	.458	8.072	.000	
Impacto na vagina/períneo	.179	.193	3.399	.001	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	df	Média quadrados	f	p
Regressão	17912.301	2			
Residual	35734.002	272	8956.150	68.172	.000
Total	53646.303	274	131.375		

O impacto na bexiga é uma variável preditora do incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico (fator global), explicando 36,9% da variação, sendo a variância explicada ajustada de 36,7%. O erro padrão de regressão é 10,83, e os testes F ($f=159.833$; $p=0,000$) e o valor de t ($t=12.941$; $p<0.05$), revela significância estatística, inferindo-se que esta variável que entrou no modelo de regressão tem poder explicativo no incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico.

Pelos coeficientes padronizados beta, constata-se que o impacto na bexiga e estabelece uma relação direta com o incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico, sugerindo que quanto mais impacto na bexiga em decorrência da Manobra de Kristeller mais incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico as mulheres detêm (cf. tabela 34).

Tabela 34: Regressão múltipla entre os problemas no pavimento pélvico e problemas no pavimento pélvico

Variável dependente: Fator global - Incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico					
R = 0,608					
R ² = 0,369					
R ² Ajustado = 0,367					
Erro padrão da estimativa = 10,83					
Variáveis independentes		Pesos de Regressão			
	Coefficiente b	Coefficiente beta	t	p	
Constante	9.028		12.941	.000	
Impacto na bexiga	.538	.608	12.643	.000	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	df	Média quadrados	f	p
Regressão	18775.604	1			
Residual	32069.271	273	18775.604	159.833	.000
Total	50844.875	274	117.470		

4.1. Discussão

O presente estudo foi realizado com uma amostra de 275 mulheres, que pariram nos últimos 5 anos em Portugal Continental e Ilhas, com uma idade média de 32,51 anos $\pm 4,13$, com 42,5% na faixa etária igual ou inferior aos 34 anos e 56,3% com idade igual ou superior aos 35 anos. A grande maioria (91,3%) é casada, possuindo a licenciatura (47,3%), ativas profissionalmente (89,8%), das quais 62,7% exercem uma profissão relacionada com as atividades intelectuais e científicas. Maioritariamente, as mulheres residem na região centro (66,9%).

Quanto aos antecedentes obstétricos, situações anteriores à gravidez atual, apurou-se que a grande maioria das mulheres teve apenas 1 parto de termo (73,5%). Das 69 mulheres que tiveram um aborto antes das 20 semanas, prevalecem as que esta situação ocorreu 1 vezes (78,3%), tendo uma mulher referido uma morte fetal após as 20 semanas e 5 mulheres tiveram uma gravidez ectópica. A grande maioria das participantes (74,2%) tem um filho vivo.

Relativamente aos resultados relativos ao último parto, prevalecem as mulheres cujo último parto foi eutócico. Quase a totalidade da amostra teve um parto simples, com duração inferior a 24 horas. Mais de metade das mulheres referiu que foi sujeita a episiotomia. Sobressaem as mulheres que não sofreram lacerações, tendo-se registado episiorrafia em 71,6% dos casos. Em 50,9% dos casos as mulheres foram sujeitas a Manobra de Kristeller, entre as quais, a maioria (80,0%) relatou que não lhe foi pedido o consentimento. Estes resultados corroboram os encontrados por Becerra-Chauca e Failoc-Rojas (2019), onde 46,4% das mulheres foram submetidas a uma Manobra de Kristeller, tendo 51,7% relatado

que o seu consentimento para a realização da manobra não foi solicitado. Resultados semelhantes foram encontrados noutros países, Irão (52%) (Peyman et al., 2011), Brasil (36,1%) (Do Carmo et al., 2014) e Espanha, onde, de acordo com um estudo de Cuerva et al. (2015), a manobra foi executada em 69,2% dos casos. Foram encontradas percentagens mais baixas no Egito (24,38 %) (Shawky & Azzam, 2010) e num hospital japonês (11,2 %) (Hasegawa et al., 2015). Uma alta frequência desta manobra foi encontrada mais recentemente em Espanha por Mena-Tudela et al. (2021), cujo estudo concluiu que há uma elevada prevalência do uso desta manobra e sem consentimento da mulher. Um estudo com recurso a num inquérito *online* dirigido a mulheres que pariram durante o primeiro ano da pandemia divulga que “Portugal continua a ter taxas superiores à média de outros países europeus em procedimentos considerados de violência obstétrica, como a Manobra de Kristeller ou as episiotomias de rotina” (Carvalho, 2022, s.p.), sem haver qualquer pedido de consentimento e sem quaisquer justificações para a sua execução. Em muitos casos, a Manobra de Kristeller foi brutalmente praticada, inclusive, em momentos nos quais não havia contração, sem serem ponderados fatores como a vontade da mulher e os riscos que a manobra poderia acarretar para ela e para o bebé. Neste sentido, reforça-se a necessidade de se ter bem presente que a esta manobra é desaconselhada pela OMS pelos riscos que apresenta para a referida díade.

Na amostra em estudo, a maioria das mulheres referiu ter tido acompanhante durante o parto, bem como prevalecem as que não lhes foi realizada tricotomia, sem enema de limpeza, com administração de ocitocina e de analgesia, com predomínio da epidural. Claro predomínio de mulheres a quem foi realizado o toque vaginal, entre as quais a maioria mencionou que lhes foi pedido o consentimento para tal procedimento. Um pouco mais de metade das mulheres relatou que não lhe foi permitido deambular durante o trabalho de parto. Quanto à ingestão de líquidos, um pouco mais de metade das mulheres não os ingeriu, com prevalência das que o seu bebé foi colocado em contacto pele-a-pele, tendo maioritariamente referido que o seu bebé foi colocado na mama na primeira hora de vida. Na maioria dos casos, o parto foi assistido pelo médico e pelo enfermeiro. Solicitou-se às participantes que classificassem a sua experiência em relação ao parto, constatando-se que 30,5% a classificou de “Muito boa”, 30,2% como “Boa”, 21,1% “Razoável” e 18,2% como “Má”. Kempe e Vikström-Bolin (2020, no seu estudo, com 1780 mulheres nulíparas com gravidez a termo e início espontâneo do parto, classificaram a sua satisfação com a sua experiência de parto. A satisfação estava significativamente relacionada com o tipo de parto, na maioria parto eutócico e parto simples, com o aumento da administração de ocitocina, anestesia epidural e duração do trabalho de parto (igual ou superior a 24 horas). A duração do parto e o tipo de parto tiveram um efeito estatístico significativo independente sobre a

satisfação com a experiência de parto. Em vários casos, a gestão do parto estava associada a uma experiência de parto negativa, particularmente no que se refere ao efeito do parto prolongado. A maioria das parturientes também referiu que houve contacto pele-a-pele e que o seu bebé foi colocado na mama na primeira hora de vida, tendo sido o parto assistido por enfermeiros e médicos.

As estatísticas referentes à avaliação do incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico, decorrente da utilização da Manobra de Kristeller durante o segundo período do trabalho, revelam que as participantes apresentaram ligeiramente mais problemas urinários, ou seja, problemas relacionados com perdas de urina (urgência miccional) ($M=12,14\pm 21,22$). Os resultados do impacto no pavimento pélvico em decorrência da utilização da Manobra de Kristeller durante o segundo período do trabalho mostram que as participantes apresentam mais impacto na bexiga ($M=5,73\pm 15,38$), seguindo-se o impacto na vagina/períneo ($M=5,64\pm 15,09$). Youssef et al. (2019) constaram que a Manobra de Kristeller está associada ao dobro do risco de avulsão do músculo elevador do ânus em primíparas; danos no MEA associados à redução de força durante a contração muscular. Ficou demonstrado que a avulsão do MEA aumenta risco de incontinência urinária pós-parto, não tendo sido registados benefícios que comprovem a utilização da Manobra de Kristeller.

Não se registam diferenças estatisticamente significativas entre o incómodo relacionado com as disfunções do assoalhado pélvico, o impacto no pavimento pélvico, decorrente da utilização da Manobra de Kristeller durante o segundo período do trabalho e as variáveis sociodemográficas.

O estudo da relação entre o incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico indica que as variáveis referentes ao último parto com interferência estatisticamente significava foram o tipo de parto, a episiotomia, a realização da Manobra de Kristeller, a administração de ocitocina e a tipo de analgesia. Assim, constatou-se que as mulheres cujo parto foi distócico/ventosa e *forceps* apresentam valores de ordenação média mais elevados em todos os fatores, traduzindo-se em incómodos mais elevados relacionados com as disfunções do pavimento pélvico, resultando em diferenças estatisticamente significativas no fator global ($p=0,017$), as que foram sujeitas a episiotomia apresentam valores médios mais elevados, expressando mais disfunções do pavimento pélvico, com diferenças estatisticamente significativas em todos os fatores ($p<0,05$). As mulheres sujeitas a Manobra de Kristeller a apresentam valores médios mais elevados, o que se traduz em maior incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico, resultando em diferenças estatisticamente significativas em todos os fatores e no fator global ($p<0,05$). As participantes com administração de ocitocina pontuaram mais em todos os fatores, o que se

traduz em maior incômodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico, resultando em diferenças estatisticamente significativas nos problemas do pavimento pélvico ($p=0,002$) e no fator global ($p=0,003$). As mulheres a quem lhes foi administrada outra analgesia, que não a epidural, apresentam valores de ordenação média mais elevados nos restantes fatores. Malvasi et al. (2019) referem que existe pouca literatura sobre a má prática e as implicações relacionadas com a responsabilidade dos profissionais de saúde no que se refere à aplicação da Manobra de Kristeller, referindo que a *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* se pronunciou unicamente sobre a contradição da sua utilização na distocia de ombros.

O tipo de parto, a realização de episiotomia, a aplicação da Manobra de Kristeller e a administração de ocitocina foram variáveis referentes ao último parto com interferência estatisticamente significava no impacto no pavimento pélvico. Deste modo, as mulheres cujo parto foi distócico/ventosa e *forceps* expõem maior impacto no pavimento pélvico (impacto do prolapso do órgão pélvico – vagina/períneo $p=0,022$; fator global $p=0,026$); as que foram sujeitas a episiotomia também relataram maior impacto no pavimento pélvico (bexiga ($p<0,42$; vagina/períneo $p=0,046$); as mulheres sujeitas a Manobra de Kristeller apresentam maior impacto no pavimento pélvico (impacto urinário/bexiga ($p=0,009$; vagina/períneo $p=0,016$; fator global $p=0,037$), bem como as que lhes foi com administrada ocitocina (impacto nos intestinos $p=0,016$; vagina/períneo $p=0,008$; fator global $p=0,011$). Santos et al. (2020) referem que as intervenções, à exceção da episiotomia, não influenciaram a ocorrência de trauma perineal, porém necessitam de ser avaliadas com cautela. É constante o esforço para a eliminação da realização da Manobra de Kristeller, sendo necessária a capacitação dos profissionais de saúde para a reformulação e aperfeiçoamento das suas práticas. Os efeitos adversos mais relatados pelas mulheres, no estudo de Hayata et al. (2019), foram a incontinência urinária ou/e anal, lacerações do períneo e anais, perda de força do pavimento pélvico e o risco de embolia pelo líquido amniótico.

As evidências encontradas no presente estudo demonstram que a inclusão da Manobra de Kristeller é um ato de violência obstétrica e, na maior parte dos casos, foi um procedimento não consentido, o que corrobora os resultados encontrados por Nascimento et al. (2021) na sua revisão integrativa da literatura na qual descreveram a violência obstétrica através do uso da Manobra de Kristeller na evolução normal do parto tem a possibilidade de traumatizar física, psicológica e emocionalmente a parturiente. Foram identificadas práticas adversas realizadas no momento do parto, entre as quais a Manobra de Kristeller, com uma taxa de 9,3% e em 8,4% das mulheres foi realizada a episiotomia. De igual modo, Menezes et al. (2020) e Rodrigues et al. (2022) identificaram realizações de intervenções controversas na assistência obstétrica, onde se inclui a Manobra de Kristeller, sendo

caracterizada como uma prática invasiva e com resultados potencialmente negativos para a saúde da mulher e do bebê. Face a esta realidade, considera-se fundamental que o EEESMO, pelas competências que possui e com base nos seus conhecimentos especializados, consciencialize os profissionais de saúde acerca das boas práticas obstétricas, para que a mulher seja cuidada com dignidade e tenha uma experiência o mais possível positiva do parto, minimizando-se as complicações maternas e fetais decorrentes da utilização da Manobra de Kristeller durante o período expulsivo.

Conclusão

Não obstante toda a evidência científica acerca dos potenciais danos causados pela Manobra de Kristeller, muitos profissionais de saúde recorrem a esse procedimento sem obterem o seu consentimento. A OMS (2014) refere a Manobra de Kristeller como um dos atos de violência obstétrica, que expressa uma atitude de desrespeito e de desumanização. Todavia, continua-se a registar o seu uso indiscriminado, como ficou demonstrado no presente estudo, pois, numa amostra de 275 mulheres, mais de metade delas reportou ter sido sujeita a Manobra de Kristeller, com grande parte a ter confirmado que não lhe foi pedido o consentimento. Ficou demonstrado que quanto mais impacto na bexiga em decorrência da Manobra de Kristeller mais problemas urinários as mulheres revelam; quanto mais impacto na bexiga e na vagina/períneo mais problemas no pavimento pélvico e quanto mais impacto na bexiga em decorrência mais incómodo relacionado com as disfunções do pavimento pélvico as mulheres reportam.

Face a estes resultados é importante, prestarem-se cuidados mais humanizados à mulher no trabalho de parto e parto, o que exige um novo olhar, compreendendo esta fase da sua vida como uma experiência verdadeiramente humana. Acolher, saber ouvir e orientar são fatores alicerçais no cuidado às mulheres, nesse contexto. A humanização do parto tem sido identificada como uma prática de cuidados centrada no bem-estar físico, psicológico e emocional das mulheres. Espera-se que o EESMO compreenda e incorpore a prática humanizada ao apoiarem as mulheres no parto. Deve contrariar-se a assistência meramente intervencionista, sendo um dos caminhos possíveis para essa mudança a intervenção do EESMO durante os partos para que possam utilizar técnicas adequadas e diminuir as intervenções desnecessárias, ou seja, recorrer-se a estratégias que assegurem uma maternidade segura e cuidados humanizados, sem riscos para as mulheres e recém-nascidos. As propostas destinadas a reduzir as intervenções na assistência ao parto devem ter sempre a mulher como protagonista do próprio parto, considerando a dimensão social e emocional na dinâmica da assistência, o que implica orientar-se a assistência pela evidência científica na área.

Importa também referir que a evidência científica não suporta o uso da Manobra de Kristeller para acelerar de forma segura o segundo período do trabalho de parto. Ainda que seja escassa a literatura neste contexto, está estabelecido que esta manobra aumenta o risco de complicações maternas e fetais, o que implica uma mudança de modo a eliminar-se esta prática, podendo passar por uma maior capacitação dos profissionais de saúde. Tendo em conta o exposto, sugere-se a replicação deste estudo numa amostra mais dilatada,

como forma de se assegurar claramente os efeitos da utilização da Manobra de Kristeller no parto vaginal.

Implicações para a prática clínica

Considerando que o EEESMO tem um papel primordial na assistência à mulher ao longo do seu ciclo vital e, mais propriamente neste caso, à mulher/casal em trabalho de parto. É função do EEESMO, compreender minuciosamente a mulher e capacitá-la para a vivência do parto.

Com este estudo, espero que contribua para melhorar as práticas durante o trabalho de parto e parto. Acredito que a comunicação entre os profissionais de saúde e a mulher/casal é chave para as boas práticas.

O EEESMO que presta cuidados às mulheres durante o trabalho de parto e parto tem de ter acesso a este conhecimento acerca da aplicação de pressão no fundo do útero durante o período expulsivo e quais as suas consequências para a mulher e nascituro.

Desta forma, os enfermeiros têm um papel extraordinariamente importante no empoderamento da mulher/casal durante o trabalho de parto e parto e, deste modo, auxiliar para uma experiência de parto positiva.

Referências bibliográficas

- Almeida, C., Costa, F., Graça, P., Menezes, B., Mota, E., Oliveira, D., Órfão, A., Torgal, L. A., Vicente, L. F., & Silva, J. A. (2015). Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. In *Direção Geral da Saúde*.
- Andrade, N., Oliveira, P., Pais, R., Amendoeira, J., Cruz, O., Dias, H., Santiago, M. C., & Ferreira, R. (2021). A COMUNICAÇÃO EFETIVA ENQUANTO PROMOTORA DE INTERVENÇÕES COMPLEXAS E TRANSDISCIPLINARES À PUÉRPERA: UMA SCOPING REVIEW. 9(1), 158–171.
- Arouca, M. A. F., Duarte, T. B., Lott, D. A. M., Magnani, P. S., Nogueira, A. A., Rosa-e-Silva, J. C., & Brito, L. G. O. (2016). Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) and Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). *International Urogynecology Journal*, 27(7), 1097–1106. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2938-8>
- Araújo, A., Nery, I., Brito, M., Mesquita, M., & Santos, J. (2021). Manobra de Kristeller: Há benefício nesta técnica? *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 13, 276-281. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8513>
- Assembleia da República. (2007). Lei 16/2007. *Diário Da República*, 2417–2418.
- Assembleia da República. (2019). Lei nº 110/2019 de 9 de setembro. *Diário Da República*, 1ª. Série - Nº172, 94–101. <https://dre.pt/application/conteudo/124539905>
- Barradas, A., Torgal, A. L., Gaudêncio, A. P., & Al, E. (2015). Livro de Bolso - Enfermeiros Especilaistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras. *Livro de Bolso - Enfermeiros Especilaistas Em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras*, 53(9), 1689–1699. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf
- Becerra-Chauca, N., & Failoc-Rojas, V.E. (2019). Maniobra Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas. *Revista Cubana de Obstetricia Ginecología*; 45(2), e331, 1-13. Acedido em <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2019/cog192d.pdf>
- Carvalho, P. (2022). *Violência obstétrica: práticas não recomendadas pela OMS com taxas em Portugal acima da média europeia*. Acedido em <https://www.publico.pt/2022/02/10/sociedade/noticia/violencia-obstetrica-praticas-nao-recomendadas-oms-taxas-portugal-acima-media-europeia-1994855>
- Cigarro, A. R., Gonzáles, E., Tavares, S., & Costa, F. G. da. (2010). Climatério - o começo de uma nova vida. Intervenção do enfermeiro. In *Percursos* (Vol. 17, pp. 28–35). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9212/1/Revista_Percursos_n17_Climatério_-_o

começo de uma nova vida. Intervenção do enfermeiro.pdf

- Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 23(23), 63–72. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0274>
- COVID-19: *Gravidez e parto*, 1 (2021) (testimony of Direcção Geral da Saúde (DGS)). <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182020-de-30032020-pdf.aspx>
- Cuerva M, Tobias P, Espinoza J, Bartha J. Intrapartum ultrasound prior to Kristeller maneuver: an observational study. *J Perinat Med*. 2015 Mar;43(2):171-5
- Dias De Jesus, A. M., Pedro, M., Falcão, H., Sofia, M., Fernandes, R., Dias, H., & Coutinho, E. (2020). ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE UMA SAÚDE SEXUAL À MULHER/CASAL NA MENOPAUSA/CLIMATÉRIO: UMA SCOPING REVIEW Strategies promoting sexual health to women/couple in menopause/climacteric: A scoping review. *Rev UIIPS*, 8(1), 321–332. <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Do Carmo M, Esteves A, Madeira R, Theme M, Bastos M, Nakamura M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30 Sup:S1-S31.
- Farrington, E., Connolly, M., Phung, L. *et al.* 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. *Reprod Health* 18, 98 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01148-1>
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª Edição, pp. 308–320). LIDEL.
- Ferreira, B. (2021). *O consumo de marijuana durante a gravidez e lactação e as suas consequências no crescimento e desenvolvimento do recém-nascido Marijuana use during pregnancy and lactation and its consequences for the growth and development of the newborn.*
- Franco, J. (2016). Fisiologia da gravidez. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 56–57). LIDEL.
- Furrer R, Schafer L, Kimmich N, Zimmermann R, Haslinger C. Maternal and fetal outcomes after uterine fundal pressure in spontaneous and assisted vaginal deliveries. *J Perinat Med*. 2015;44(7):767–72.
- Godinho, A. M. (2020). O ENFERMEIRO PROMOTOR DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ADOLESCÊNCIA: O CASO DO PLANEAMENTO FAMILIAR *The Nurse as a promoter of the sexual and reproductive health in adolescence: The*. 8(1), 358–370.

- Goreti, M., & Ramos, S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 113–121.
- 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>
- Harty, C., Sproul, E., Bautista, M. J., Major, A. E., Farrell, A., & Applicable, N. (2015). *A Review of Fasting and the Risk of Aspiration in Labour*. 2974. <https://www.asahq.org/about-asa/newsroom/news-releases/2015/11/eating-a-light-meal-during-labor>
- Hasegawa J, Sekizawa A, Ishiwata I, Ikeda T, Kinoshita K. Uterine rupture after the uterine fundal pressure maneuver. *J Perinat Med*. 2015;43(6):785-8.doi: 10.1515/jpm-2014-0284.
- Henriques, C., & Santos, M. L. (2016). Assistência no 2º Trimestre da Gravidez. In M. Néne & C.
- Hofmeyr GJ, Vogel JP, Cuthbert A, Singata M. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;3:006067.
- Hofmeyr GJ, Vogel JP, Singata M, Habib NA, Landoulsi S, Gulmezoglu AM. 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*. 2018;3(3):e000906.
- Hofmeyr, G. J., Vogel, J. P., Cuthbert, A., & Singata, M. (2017). Fundal pressure during the second stage of labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD006067. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006067.pub3>
- IPV. (2021). Guia Orientador da Unidade Curricular Estágio Com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia (11º CLESMO e 6º CMESMOG). In *Instituto Politécnico de Viseu* (Vol. 2, Issue 1, p. 115).
- Isabel, D., Teresa, M., & Vasco, P. (2020). *CURSOS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E A PARENTALIDADE – CPPP CURSOS DE RECUPERAÇÃO PÓS- PARTO - CRPP Equidade na transição para a maternidade e a paternidade*.
- Kempe P, Vikström-Bolin M. Women's satisfaction with the birthing experience in relation to duration of labour, obstetric interventions and mode of birth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020 Mar;246:156-159. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.01.041.
- Malvasi A, Zaami S, Tinelli A, Trojano G, Montanari Vergallo G, Marinelli E. Kristeller maneuvers or fundal pressure and maternal/neonatal morbidity: obstetric and judicial literature review. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2019;32(15):2598–607

- Masuda C, Ferolin SK, Masuda K, Smith C, Matsui M. Evidence-based intrapartum practice and its associated factors at a tertiary teaching hospital in the Philippines, a descriptive mixed-methods study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):78.
- Meleis, A. I. (2010). Transitions Theory. In *Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. <https://doi.org/10.4324/9781315451176-5>
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V.M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M.J. (2021). Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth. *Int. J. Environ. Res. Public Health*; 18, 199. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010199>
- Mendes da Graça, L. (2018). *Medicina Materno-Fetal* (Lidel (ed.)).
- Mulenga C, Naidoo JR. Nurses' knowledge, attitudes and practices regarding evidence-based practice in the prevention of mother-to-child transmission of HIV programme in Malawi. *Curationis*. 2017 Apr 12;40(1):e1-e8. doi: 10.4102/curationis.v40i1.1656.
- OE-MCEESMO. (2017). *Parecer n.º 21/ 2017- Cálculo de dotações seguras de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*. 1–4.
- Ordem dos enfermeiros. (n.d.). *Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendações-para-estágio-e-relatório-da-componente-clínica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário Da República, 2ª Série, 35*, 8653–8656.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Parecer N.º 6 / 2012 - FORMAÇÃO SOBRE MASSAGEM PARA PAIS COM OS FILHOS INTERNADOS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS. *Parecer MCEESIP*, 5. http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_6_2012_Formacao_para_pais_com_os_filhos_internados.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. In *Ordem dos Enfermeiros* (p. 14).
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, nº26*, 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das competências

específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário Da República, 2.ª Série, 85*, 13560–13565.


- Órfão, A., Leça, A., Henriques, A., Calado, B., Branco, J., Vicente, L., Moreira, L. M., Alves, M. J., Félix, S., & Ventura, T. (2008). *Saúde Reprodutiva / Planeamento Familiar*.
- Organização Mundial de Saúde (2014). Declaração da OMS: Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=BDD108B785DDFD8076785D4089754172?sequence=3.
- Ozkan, S. A., Kadioglu, M., & Rathfisch, G. (2017). Restricting Oral Fluid and Food Intake during Labour: A Qualitative Analysis of Women's Views. *International Journal of Caring Sciences, 10*(1), 8. www.internationaljournalofcaringsciences.org
- Peyman A, Shishegar F, Abbasi Z. Uterine Fundal Pressure on the Duration of the Second Stage of Labor in Iran: A Randomized Controlled Trial. *J Basic Appl Sci Res. 2011;1*(11):1930-33.
- Peterson, T. V., Pinto, R. A., Davila, G. W., Nahas, S. C., Baracat, E. C., & Haddad, J. M. (2019). Validation of the Brazilian Portuguese version of the pelvic floor bother questionnaire. *International Urogynecology Journal, 30*(1), 81–88. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3627-1>
- Pinar S, Karacam Z. Applying fundal pressure in the second stage of labour and its impact on mother and infant health. *Health Care Women Int. 2018;39*(1):110–25.
- Pires, A. S., Dias, H., Santos, M. J., & Coutinho, E. (2021). Complicações maternas e fetais decorrentes da utilização da manobra de kristeller durante o período expulsivo. In E. Coutinho, H. Dias, & M. J. Santos (Eds.), *Promoção de saúde da mulher: Desafios e tendências* (Cap. 6, pp. 95-112). Escola Superior de Saúde de Viseu. <https://doi.org/10.34633/978-989-54712-6-3>
- Reproductive Health WHO, Library WHO, recommendation of fundal pressure to facilitate childbirth, . The WHO Reproductive Health Library. Geneva: World Health Organization; 2018.
- Rodrigues DP, Alves VH, Silva AM, Penna LHG, Vieira BDG, Silva SED, et al. Women's perception of labor and birth care: obstacles to humanization. *Rev Bras Enferm. 2022;75*(Suppl 2):e20210215. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0215>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Shoulder Dystocia (Green-top Guideline No. 42). United Kingdom; 2012.
- Santo, S. (2016). Guidelines para monitorização fetal intraparto: resumo do novo consenso da FIGO de 2015. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa, 10*(1), 8–11.
- Santos, M. de F. do R. (2018). *LITERACIA EM SAÚDE MATERNA: Uma estratégia para a promoção de uma gravidez saudável*. 1–161.

- Santos, M. J., Sequeira, A., Freitas, C., Prata, A. P., & Lopes, S. (2020). Assistência no puerpério imediato. In M. Néne & C. Sequeira (Eds.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1ª Edição, pp. 187–191). LIDEL.
- Sequeira, A., Freitas, C., Seabra, A., & Correia, T. I. (2020). Walking epidural. In M. Néne & C. Sequeira (Eds.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1ª Edição, pp. 107–114). LIDEL.
- Shawky F, Azzam A. Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis. *J Obstet Gynaecol Res.* 2014;40(4):946-53.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013). Consenso Clínico: Hipoglicemia neonatal. *Secção de Neonatologia, 1*, 1–10. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-hiperglicemia_neonatal.pdf
- SPG. (2021). *Consenso Nacional sobre Menopausa 2021*.
- Varela, V., Freitas Amaral, C., Santos, M. E., Madruga, C., Ferreira, N., & Ferreira, S. (2020). Diagnóstico de início de trabalho de parto. In M. Néne & C. Sequeira (Eds.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1ª edição, pp. 75–78). LIDEL.
- World Health Organization (2019). *Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA*. Geneva: World Bank Group and the United Nations Population Division.
- World Health Organization. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- Youssef A, Salsi G, Cataneo I, Pacella G, Azzarone C, Paganotto MC, Krsmanovic J, Montaguti E, Cariello L, Bellussi F, Rizzo N, Pilu G. Fundal pressure in second stage of labor (Kristeller maneuver) is associated with increased risk of levator ani muscle avulsion. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019 Jan;53(1):95-100. doi: 10.1002/uog.19085.
- Zhao S, Wen J, Niu J, Xia J, Zhou L, Zou W. The clinical research into the application of multifunctional airbag abdominal pressure belt in midwifery and in the prevention of postpartum hemorrhage. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018;31(1):128–34.

ANEXOS

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Título do projeto	Complicações maternas decorrentes da utilização da Manobra de Kristeller durante o segundo período do trabalho de parto
Proponentes do projeto	Ana Sofia da Silva Pires
Investigador responsável	Prof. ^a Doutora Manuela Ferreira
Data de submissão	18/05/2021
Relatores	Prof. Doutor Francisco Mendes, Prof. Doutor Carlos Fiolhais e Prof. ^a Doutora Joana Araújo
Data da aprovação do parecer	25/05/2021
A presidente da CE do PV	 Ernestina Batoca Silva

PARECER N.º 48A/SUB/2021

<input checked="" type="checkbox"/> PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (a proposta é eticamente aceitável)	Motivos
<input type="checkbox"/> PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	Motivos
<input type="checkbox"/> PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL	Motivos

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

REQUISITOS

Do projeto de investigação destaca-se o seguinte:

O projeto "Complicações maternas decorrentes da utilização da Manobra de Kristeller durante o segundo período do trabalho de parto" tem como objectivo "analisar se a utilização da Manobra de Kristeller durante o segundo período do trabalho tem implicações na recuperação pós-parto". Serão incluídas na amostra 80 mulheres que tenham parido por parto vaginal (eutócico e/ou distócico). O início da recolha de dados está previsto para 01/06/2021.

RECOMENDAÇÕES

ACOMPANHAMENTO/MONITORIZAÇÃO ÉTICA

Na sua opinião, seria necessário proceder a uma monitorização ética durante a realização do projeto?

Não Sim

Motivos (obrigatório se Sim):

Tempo apropriado (obrigatório se Sim):

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

QUESTÕES ÉTICAS 1
SERES HUMANOS

- 1.1. Esta investigação envolve participantes humanos?
Não Sim Não aplicável
- 1.2. São voluntários para investigação em ciências sociais ou ciências humanas?
Não Sim Não aplicável
- 1.3. São pessoas incapazes de dar consentimento informado?
Não Sim Não aplicável
- 1.4. São indivíduos ou grupos vulneráveis?
Não Sim Não aplicável
- 1.5. São crianças ou menores de idade?
Não Sim Não aplicável
- 1.6. São pacientes?
Não Sim Não aplicável
- 1.7. São voluntários adultos e saudáveis para estudos médicos?
Não Sim Não aplicável
- 1.8. Esta investigação envolve intervenções físicas sobre os participantes do estudo?
Não Sim Não aplicável
- 1.9. Envolve técnicas invasivas?
Não Sim Não aplicável
- 1.10. Envolve colheita de amostras biológicas?
Não Sim Não aplicável
- 1.11. **REQUISITOS – SERES HUMANOS**
- 1.11.1. Devem ser fornecidos os detalhes sobre os procedimentos e critérios que serão usados para identificar/recrutar participantes da investigação.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.2. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos de consentimento informado, que serão implementados.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

- 1.11.3. O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação para esta participação.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.4. O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.5. O investigador deve clarificar se serão envolvidas pessoas e/ou grupos vulneráveis.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.6. Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.7. O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.8. Detalhes sobre os procedimentos a adotar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 2
PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

- 2.1. Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais?
Não Sim Não aplicável
- 2.2. Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?
Não Sim Não aplicável
- 2.3. Envolve o processamento de informação genética?
Não Sim Não aplicável
- 2.4. Envolve rastreamento ou a observação dos participantes?
Não Sim Não aplicável
- 2.5. Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)?
Não Sim Não aplicável

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

2.6. REQUISITOS – PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

- 2.6.1. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, proteção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da UE.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 2.6.2. No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 2.6.3. Cópia de aprovação ética para recolha de dados pessoais por parte do Encarregado de Proteção de Dados da entidade competente
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 3
ANIMAIS

- 3.1. Esta investigação envolve animais?
Não Sim Não aplicável
- 3.2. Esses animais são vertebrados?
Não Sim Não aplicável
- 3.3. Esses animais são primatas não humanos (NHP)?
Não Sim Não aplicável
- 3.4. Esses animais são geneticamente modificados?
Não Sim Não aplicável
- 3.5. Esses animais são animais de fazenda clonados?
Não Sim Não aplicável
- 3.6. Esses animais são espécies ameaçadas?
Não Sim Não aplicável

3.7. REQUISITOS – ANIMAIS

- 3.7.1. Cópias de autorizações relevantes (para criadores, fornecedores, usuários e respetivas instalações) para experiências com animais devem ser encaminhadas
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

- 3.7.2. Cópia da autorização do projeto (incluindo também o trabalho com animais geneticamente modificados, se aplicável) e protocolos de investigação devem ser encaminhados
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 3.7.3. Informações gerais devem ser fornecidas sobre a natureza das experiências, sobre os procedimentos para garantir o bem-estar dos animais e sobre a forma como o Princípio dos Três Rs será aplicado.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 3.7.4. Cópias dos certificados de formação/licenças pessoais do pessoal envolvido em experiências com animais devem ser fornecidas.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 3.7.5. O requerente deve esclarecer se primatas não humanos serão envolvidos no estudo.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 3.7.6. No caso de uso de primatas não humanos, a cópia do arquivo de histórico pessoal deve ser encaminhada.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 4
PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL**

- 4.1. Esta investigação envolve o uso de elementos que podem causar danos ao meio ambiente, a animais ou plantas?
Não Sim Não aplicável
- 4.2. Esta investigação envolve fauna/flora/áreas protegidas ameaçadas?
Não Sim Não aplicável
- 4.3. Esta investigação envolve o uso de substâncias que possam causar danos aos seres humanos, incluindo à equipe de investigação?
Não Sim Não aplicável

4.4. REQUISITOS - PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

- 4.4.1.O projeto deve fornecer mais informações sobre os possíveis danos ao meio ambiente causados pela investigação e declarar as medidas a tomar para mitigar os riscos.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 4.4.2.Se relevante, cópias das autorizações das instalações devem ser fornecidas (por exemplo, classificação de segurança do laboratório, autorização de OGM)
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 4.4.3.O solicitante deve garantir que os procedimentos de saúde e segurança adequados, em conformidade com as diretrizes e legislação local/nacional relevantes, sejam seguidos para as pessoas envolvidas no projeto.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 4.4.4.Devem ser fornecidos detalhes sobre as espécies ameaçadas e/ou áreas protegidas envolvidas na investigação e, se aplicável, as autorizações relevantes devem ser submetidas.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 5
OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS**

- 5.1. Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração? Por favor especifique
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Instrumento de recolha de dados

Instituto Politécnico de Viseu / Escola Superior de Saúde de Viseu

Questionário

Dados Sociodemográficos

1. Idade _____ anos

2. Estado Civil

- Solteira
- Casada
- Separada/Divorciada
- União de Facto
- Viúva

3. Habilitações Literárias

- Não sabe ler nem escrever
- 1ª Etapa do Ensino Básico (4ª Classe)
- 2ª Etapa do Ensino Básico (9º Ano ou equivalente)
- Ensino Secundário (12º Ano ou equivalente)
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

4. Situação Laboral

- Desempregada
- Empregada em tempo completo
- Empregada em tempo parcial
- Outro _____

5. Profissão: _____

6. Zona de Residência

- Norte
- Centro
-

Sul

Ilhas

Antecedentes Obstétricos (situações anteriores à gravidez atual)

7. Partos de termo (entre as 37 e as 41 semanas) _____
8. Partos Pré-termo (antes das 37 semanas) _____
9. Abortos (antes das 20 semanas) _____
10. Morte Fetal (após as 20 semanas) _____
11. Gravidez Ectópica _____
12. Filhos Vivos _____

Dados Referentes ao seu último Parto

13. Tipo de Parto

Eutócico (Normal)

Distócico (Ventosa/Fórceps)

Cesariana

14. Parto

Simples

Gemelar

15. Duração do Trabalho de Parto: _____ Horas

16. Episiotomia (corte no períneo): Sim Não

17. Lacerações (períneo rasgou): Sim Não

18. Episiorrafia (sutura no períneo): Sim Não

19. Manobra de Kristeller (pressão no fundo do útero/força exercida na barriga): Sim

Não

- 19.1. Se sim, pediram-lhe consentimento? Sim Não
20. Acompanhante: Sim Não
21. Tricotomia (Raspagem dos pêlos): Sim Não
22. Enema de limpeza (Lavagem intestinal): Sim Não
23. Administrada Ocitocina (medicação para acelerar o trabalho de parto)?
Sim Não
24. Administrada analgesia (medicação para não ter dor)? Sim Não
- 24.1. Se sim, Epidural Outra
25. Realizado toque vaginal? Sim Não
- 25.1. Se sim, pediram-lhe consentimento? Sim Não
26. Permitiram-lhe deambular durante o trabalho de parto? Sim Não
27. Ingeriu líquidos? Sim Não
28. Colocaram o bebé em contacto com a sua pele? Sim Não
29. O bebé foi colocado na mama na primeira hora de vida? Sim Não
30. O seu parto foi assistido por:
- Médico/a Enfermeiro/a Ambos
31. Como classifica a sua experiência em relação ao parto?
- Muito Boa
- Boa
- Razoável
- Má

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO INCÓMODO RELACIONADO ÀS DISFUNÇÕES
DO ASSOALHO PÉLVICO**

(Peterson et al., 2019)

Marques com um (X) a condição que mais se relaciona ao seu estado **no último mês**.

1. Apresenta perdas de urina (incontinência) associada a atividades físicas, como tossir, espirrar, rir, carregar ou mudar de posição?

Sim Não

Se sim, quanto é que isso a incomoda?

Nada Apenas um pouco Razoavelmente Moderadamente Muito

Não se aplica

2. Apresenta frequência miccional aumentada (necessidade de urinar mais vezes do que o normal; levantar-se mais do que duas vezes durante a noite para urinar, inclusivé)

Sim Não

Se sim, quanto é que isso a incomoda?

Nada Apenas um pouco Razoavelmente Moderadamente Muito

Não se aplica

3. Apresenta urgência miccional (apresenta vontade súbita e forte de urinar e muito difícil de controlar)?

Sim Não

Se sim, quanto é que isso a incomoda?

Nada Apenas um pouco Razoavelmente Moderadamente Muito

Não se aplica

4. Apresenta perda de urina associada a urgência (perda involuntária de urina e forte vontade ou súbita de urinar)?

Sim Não

Se sim, quanto é que isso a incomoda?

Nada Apenas um pouco Razoavelmente Moderadamente Muito

Não se aplica

5. Apresenta dificuldade ou desconforto a urinar?

Sim Não

Se sim, quanto é que isso a incomoda?

Nada Apenas um pouco Razoavelmente Moderadamente Muito

Não se aplica

6. Apresenta sensação de peso na vagina (Bexiga, útero ou reto caídos)?

Sim Não

Se sim, quanto é que isso a incomoda?

Nada Apenas um pouco Razoavelmente Moderadamente Muito

Não se aplica

7. Apresenta dificuldade em terminar de evacuar (ter de pressionar com a mão a vagina ou o reto para terminar de evacuar)?

Sim Não

Se sim, quanto é que isso a incomoda?

Nada Apenas um pouco Razoavelmente Moderadamente Muito

Não se aplica

8. Apresenta perda acidental de fezes ou gases?

Sim Não

Se sim, quanto é que isso a incomoda?

Nada Apenas um pouco Razoavelmente Moderadamente Muito

Não se aplica

9. É sexualmente ativa?

Sim Não

Se sim, dor ou desconforto impedem-na de aproveitar a relação sexual?

Nada Apenas um pouco Razoavelmente Moderadamente Muito

Não se aplica