

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**RECURSO À ÁGUA MORNA NO PARTO: PREVENÇÃO DO  
TRAUMA PERINEAL E INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

**DISSERTAÇÃO**

Vera Mónica Ferreira Mendes

Porto, 2013



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

RECURSO À ÁGUA MORNA NO PARTO: PREVENÇÃO DO  
TRAUMA PERINEAL E INCONTINÊNCIA URINÁRIA

DISSERTAÇÃO

Vera Mónica Ferreira Mendes

Porto | 2013



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

RECURSO À ÁGUA MORNA NO PARTO: PREVENÇÃO DE  
TRAUMA PERINEAL E INCONTINÊNCIA URINÁRIA

THE USE OF WARM WATER IN LABOUR: PREVENTION  
OF PERINEAL TRAUMA AND URINARY INCONTINENCE

DISSERTAÇÃO

Dissertação de Mestrado orientada: Professora Doutora Cândida Pinto

Vera Mónica Ferreira Mendes

Porto | 2013



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Cândida Pinto, pela orientação, apoio, paciência e disponibilidade.

À Mestre Sónia Brandão, pela motivação, amizade e compreensão.

À minha família e aos meus amigos sinceros, porque nunca é demais agradecer a vossa presença na minha vida.

Às participantes no estudo pela enorme disponibilidade

Ao Centro Hospitalar do Porto pela colaboração na realização deste estudo



*Posso ter defeitos, viver ansioso e ficar irritado algumas vezes,  
Mas não esqueço de que minha vida  
É a maior empresa do mundo...  
E que posso evitar que ela vá à falência.  
Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver  
Apesar de todos os desafios, incompreensões e períodos de crise.  
Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas e  
Se tornar um autor da própria história...  
É atravessar desertos fora de si, mas ser capaz de encontrar  
Um oásis no recôndito da sua alma...  
É agradecer a Deus a cada manhã pelo milagre da vida.  
Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos.  
É saber falar de si mesmo.  
É ter coragem para ouvir um "Não"!!!  
É ter segurança para receber uma crítica,  
Mesmo que injusta...  
Pedras no caminho?  
Guardo todas, um dia vou construir um castelo"...*

*Fernando Pessoa*



## **SIGLAS**

CHP – Centro Hospitalar do Porto

MJD – Maternidade Júlio Dinis

OMS – Organização Mundial de Saúde

EESMOG – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna Obstétrica e  
Genecológica

RCM – Royal College of Midwifery

ICN – International Council of Nurses

ICS – International Continence Society

DGS – Direção Geral de Saúde

RCOG – Royal College of Obstetrics and Gynecologist

EUA – Estados Unidos da América

NICE – National Institute and Clinical Excellence

ICIQ – SF – International Consultation on Incontinence Questionnaire –  
Short Form

SPU – Sociedade Portuguesa de Urologia



## RESUMO

A grande maioria das lacerações do períneo, vagina e tecidos de suporte ocorrem no período expulsivo do trabalho de parto. No âmbito desta problemática, as evidências demonstram bastantes benefícios da água no parto, por potenciar um aumento do relaxamento, a liberdade de movimentos, diminuição da sensação dolorosa, e também a diminuição do número de lacerações perineais. As disfunções do pavimento pélvico representam um problema vasto que tende a condicionar a qualidade de vida das mulheres, dentre esses problemas pode-se identificar a incontinência urinária. O presente trabalho pretende estudar a influência da água quente usada no período expulsivo no períneo, na prevenção do trauma perineal e da incontinência urinária.

A amostra a estudar foi composta por dois grupos: 20 mulheres que pariram entre Abril, e Junho no CHP – Maternidade Júlio Dinis a quem foi executada a técnica de aplicação de água (35 a 37°C) no períneo durante o período expulsivo; 20 mulheres que pariram na mesma instituição que receberam os cuidados protocolizados. A amostra foi construída de forma emparelhada, para permitir um maior rigor de análise. Recorreu-se a uma abordagem quantitativa de forma a obterem-se relações entre as variáveis a estudar. A colheita de dados foi feita num período de tempo inferior a 12 meses após o parto. As mulheres foram avaliadas quanto à ocorrência de lesões perineais (episiotomias/lacerações) e a ocorrência de incontinência urinária. Para a avaliação da incontinência urinária foi aplicado o questionário ICIQ-SF, instrumento esse utilizado pela sociedade portuguesa de urologia.

Os resultados obtidos, não apresentam diferenças significativas em relação ao trauma perineal e à incontinência urinária, quando comparados os dois grupos. Contudo a diferença encontrada no número de episiotomias é significativamente menor no grupo experimental.

Considera-se que este trabalho deverá ser impulsionador de outras investigações, salvaguardando a necessidade de amostras significativamente maiores e mais representativas, por forma a confirmar-se a utilidade da técnica.

**Palavras-Chave:** Incontinência Urinária, Trauma Perineal, Parto

## ABSTRACT

Most of the tears that occur in the perineum, vagina and support tissues happen in the second stage of labour. In sequence of this problem, the evidence show many benefits of the use of water in labour, once that the water gives a sense of freedom of movements, promotes relaxation, less pain and less perineal tears. The pelvic floor dysfunctions, represent a large problem, and seems to conditionate the quality of life of women. One of the problems found is the urinary incontinence. The present work aims studying the influence that the use of warm water in the perineum in the second stage of labour has in preventing perineal trauma and urinary incontinence. The sample was constituted by 20 women that gave birth between April and June in the CHP – Maternidade Júlio Dinis, they were chosen by an aleatory way, and to this women was applied warm water (35 – 37°C) in the perineum during the second stage. The sample is also constituted for other 20 women that were chosen by paired, to whom do not were executed the technic, this was made to give more credibility to the analysis.

The methodology used in this study was a quantitative approach, with the purpose to find connections between variables. The data were collected in a period of time inferior than 12 months after birth. The women were evaluated in terms of perineal trauma (tears and episiotomy) and urinary incontinence. To evaluate the urinary incontinence was use an ICIQ – SF questioner and this instrument is also used and recommended by Portuguese Society of Urology.

The results obtained in this work do not show significative differences in terms of perineal trauma and urinary incontinence between the 2 groups. However, the number of episiotomies is much lower in the experimental group.

Is considered that this study should be an impulse to other investigations, having in count the safeguard that bigger and more representative samples are needed to confirm the efficiency of the technic.

**Key-Words:** Urinal Incontinence, Perianal Trauma, child birth



## INDÍCE

INTRODUÇÃO .....	23
PARTE I - ENQUADRAMENTO TÉORICO .....	27
1. O NASCIMENTO.....	29
1.2. A Dinamização dos Saberes em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e a Melhoria dos Cuidados.....	35
1.3. Alterações Corporais durante a Gravidez .....	36
1.3.1 - O pavimento pélvico e a sua importância .....	37
1.3.2. - O Pavimento pélvico e influência hormonal durante a gravidez	39
1.3.3. - Pavimento pélvico durante o trabalho de parto.....	39
1.3.4 - Disfunções do pavimento pélvico associadas à gravidez e parto	41
1.3.5 - Práticas associadas ao trabalho de Parto e Parto.....	43
1.3.6 - Efeitos das disfunções do pavimento pélvico para a mulher .....	44
1.4. A continência/incontinência urinária .....	45
1.4.1 - Incontinência urinária no pós-parto .....	46
1.5. O trauma perineal e a sua prevenção.....	47
1.5.1- Episiotomia como prática institucionalizada .....	49
1.6. Efeitos da água no Parto .....	51
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO .....	55
2. METODOLOGIA.....	57
2.1. Tipo de estudo.....	58
2.2. População e amostra em estudo .....	59
2.3. Instrumento de colheita de dados.....	61

2.4. Procedimentos .....	62
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	65
3.1. Caracterização da Amostra .....	65
3.2. Apresentação de Resultados .....	67
3.3. Discussão de Resultados .....	73
4. CONCLUSÃO .....	79
BIBLIOGRAFIA .....	81
ANEXOS .....	89
Anexo I: Questionário de Recolha de Dados.....	83
Anexo II: Autorização Institucional .....	85
Anexo III: Dispensa de Consentimento Informado .....	85
Anexo IV: Análise do Estudo da normalidade .....	87

## INDICE DE QUADROS/TABELAS

QUADRO 1: Sintomas associados à disfunção do pavimento pélvico .....	42
TABELA 1: Resultados médios relativos à idade por grupo .....	65
TABELA 2: Resultados médios relativos à idade gestacional por grupo .....	65
TABELA 3: Resultados médios relativos a medidas antropométricas por grupo .....	66
TABELA 4: Resultados relativos ao motivo de internamento por grupo .....	66
TABELA 5 : Resultados relativos ao número de partos efetuado por grupo.....	67
TABELA 6 : Resultados relativos ao tipo de trauma perineal .....	67
TABELA 8: Frequência de perda de urina .....	68
TABELA 9: Quantidade de urina perdida .....	69
TABELA 10: Grau de interferência de perda de urina no dia-a-dia	69
TABELA 11: Resultado total de incontinência urinária .....	69
TABELA 12: Resultados relativos às variáveis da escala de incontinência urinaria e escala total por grupo (Teste de Mann-Whitney).....	70
TABELA 13: Incontinência Urinária por tipo de trauma perineal (Teste de Kruskal Wallis).....	70
TABELA 14: Correlação de Spearman entre peso e resultados da escala de incontinência.....	71
TABELA 15: Resultados relativos à incontinência urinária em função do primeiro parto .....	71
TABELA 16: Resultados relativos a associação entre o peso das mães e os traumas perineais .....	72
TABELA 17: Associação entre peso em classes e trauma perineal .....	72
TABELA 18: Associação entre paridade e trauma perineal.....	73



## INTRODUÇÃO

A prática clínica é um momento fundamental para a identificação de lacunas de conhecimento, limitações de abordagens, e de consciencialização de ausência de respostas para problemas. Os estudantes durante a sua aprendizagem levam as dúvidas ao limite, tentando a todo custo obter a resolução para as dificuldades com que se vão deparando. Durante o percurso desenvolvido enquanto aluna em especialidade foi possível observar diversas práticas na assistência ao trabalho de parto, que num processo de reflexão na ação levaram a um questionamento no sentido de uma contínua construção de uma prática eficaz e eficiente.

Porém os cuidados em saúde, nomeadamente os cuidados hospitalares estão sobre a hegemonia dos profissionais de medicina. Com uma formação voltada principalmente para as complicações da gestação e do parto, a maioria dos médicos encara os partos como situações de risco e com conseqüente necessidade de acompanhamento médico (Dias, 2001). O uso intensivo de tecnologia com conseqüentes intervenções faz parte da necessidade de oferecer segurança, que obstetras, em geral, não acreditam que o corpo da mulher possa oferecer. Inquestionavelmente a centralização da assistência materna no hospital levou reconhecidamente à diminuição da mortalidade materna e neonatal. Porém as atitudes demasiado intervencionistas por parte dos profissionais de saúde conduziram a uma prática desumanizada, retirando a naturalidade do ato de nascer. Neste sentido há que reconfigurar as práticas em saúde, pois a humanização da assistência ao parto implica que a atuação do profissional respeite a sua dinâmica natural, a fisiologia intrínseca ao processo, não intervindo desnecessariamente (Dias & Domingues, 2005).

Assim, os profissionais de enfermagem do núcleo de partos da MJD no sentido de desenvolverem práticas menos intervencionistas, logo mais humanizadas, encetaram um projeto que consistiu na colocação de água morna no períneo das parturientes em período expulsivo com o objetivo de diminuir a taxa de episiotomias. Este estudo piloto esteve na base da presente investigação, no

sentido de validar essa prática. Teve assim como finalidade estudar os traumas perineais associados ao ato de nascer, a morbidade perineal, mais especificamente a incontinência urinária e a influência que o uso de água morna no períneo tem sobre estes problemas. As principais razões para a elaboração deste estudo, foram por um lado a curiosidade sobre o tema, já que o trauma perineal se assume como uma preocupação constante de todos os profissionais envolvidos no ato de parir, e por outro lado a influência positiva que surgiu no seguimento de um estudo piloto desenvolvido no núcleo de partos da MJD que teve como objetivo validar a prática do cuidado de Enfermagem que consiste na colocação de água morna no períneo das grávidas em período expulsivo com o objetivo de diminuir a taxa de episiotomias. É de realçar a importância de basear a prática da Enfermagem em evidência científica, assim sendo, o estudo deste fenómeno pode ser importante para confirmar ou refutar a importância deste novo cuidado.

Este trabalho surge precisamente no seguimento deste estudo, pois quando se reflete sobre a prática e na prática, mais questões se nos colocam, os porquês surgem em catadupa e a colocação de várias hipóteses para responder às nossas dúvidas é uma inevitabilidade.

Para este efeito foi, ainda, necessário rever conceitos relativos à anatomia do canal do parto, à funcionalidade do pavimento pélvico, ao trauma perineal e à sua prevenção. Foi também importante compreender a mecânica associada à continência urinária, tentando perceber as alterações do pavimento pélvico associadas ao trabalho de parto, e à forma como condicionam o seu ótimo funcionamento.

A utilização da água durante o trabalho de parto é uma prática milenar, sendo que no mundo contemporâneo é algo bastante comum em muitos países da Europa Central. Porém o mais comumente conhecido e debatido está relacionado com o parto na água, isto é, o parto ocorre com a mulher imersa numa piscina com água (Rocha, 2009). Outros estudos demonstram que práticas como os banhos quentes de chuveiro na primeira fase do trabalho de parto (Lee et al, 2000), ou a utilização de compressas quentes (Aasheim, Nilsen, Lukasse, Reinar,2011) diminuem a dor e o trauma perineal, enquadrando-se numa assistência mais humanizada.

Assim o presente estudo debruça-se sobre o recurso à água quente no período expulsivo, sem acrescentar as desvantagens observadas com as mulheres em imersão.

Com o presente trabalho pretende-se promover o desenvolvimento do conhecimento na área da enfermagem de saúde materna e obstetrícia, e contribuir

para a inovação das práticas associadas ao ato de nascer, tornando-o e assumindo-o como o momento único e natural que a evolução científica e tecnológica tendem a querer mudar (Dias & Domingues, 2005).

A presente dissertação apresenta-se dividida em duas partes principais. Uma primeira parte correspondente ao enquadramento teórico de suporte ao estudo empírico, em que serão abordados diversos temas, como a enfermagem obstétrica (desenvolvimento histórico, definições e principais características), trabalho de parto, pavimento pélvico e características do mesmo durante o parto, efeitos da água no parto e incontinência urinária durante o parto. Numa segunda parte será apresentado o estudo empírico realizado, explicando-se a metodologia adotada (tipo de estudo amostra, procedimentos e instrumentos utilizados), e apresentados os resultados, seguidos da respetiva discussão. Por último expõe-se as várias conclusões retiradas do trabalho, reforçando-se as mesmas com propostas para futuros estudos, assim como as suas implicações na prática.



## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TÉORICO**



## 1. O NASCIMENTO

O nascimento de um novo ser é nos dias de hoje um acontecimento repleto de significados, não só para a mulher que o vivencia, como também para toda a família. Hoje assiste-se a um franco decréscimo da taxa de natalidade, que vem potenciar e conferir a cada nascimento uma importância cada vez maior. O casal que decide engravidar, deposita na gravidez e no nascimento muitas expectativas, planeiam o momento ao detalhe, e anseiam para que tudo seja perfeito. Esta forma de viver a gravidez e o parto é o reflexo dos novos tempos, já que para muitas mulheres este é um fenómeno único e irrepetível na sua vida.

Neste sentido, o nascimento de uma criança, não poderá ser visto apenas como um ato fisiológico, uma vez que se trata de um acontecimento repleto de fenómenos característicos do contexto social, económico e cultural em que ocorre (Garrigou, 1994, citado por Parreira, 1995).

A obstetrícia em Portugal sofreu uma enorme evolução, sendo que em 1975 Portugal tinha uma taxa de mortalidade infantil de 38,9% (INE, citado por DGS (2009). Porém, essa taxa tem vindo a diminuir ao longo dos últimos anos, o que se deve essencialmente à melhoria das condições de vida da população, e à melhoria dos cuidados de saúde. No ano de 2011 o valor da taxa de mortalidade infantil baixou para os 3,1%, valor esse que concorre com as taxas existentes em países como a Irlanda, Holanda entre outros (Direção Geral de Saúde, 2013). Esta alteração nas taxas de mortalidade infantil coincide com a transferência dos partos do domicílio para o meio hospitalar, assim, as mulheres deixaram de ser assistidas durante o trabalho de parto por “curiosas” e passaram a ser assistidas por profissionais habilitados à vigilância e execução do parto. A saúde e a sobrevivência dos recém-nascidos estão intrinsecamente ligadas com os cuidados de saúde em geral a que a mulher esteve sujeita antes e durante a gravidez, e durante e após o parto. Reconhece-se que os períodos de maior risco para a mãe e para o bebé são o trabalho de parto, o parto e o puerpério imediato. Nesta fase a

ausência de assistência médica adequada tem consequências que poderão ser dramáticas para a mãe e para o bebé (OMS, 2009).

Assim, nas últimas décadas assistiu-se nas sociedades ocidentais a um abandono dos rituais associados à gravidez e nascimento. Um dos fatores que mais contribuiu para este facto foi a instrumentalização e medicalização do parto. Esta abordagem ao parto surgiu com o objetivo de reduzir a taxa de mortalidade materna/infantil durante o nascimento (Parreira,1995). A mudança súbita sobre a forma de vivenciar o nascimento, condicionou nas mulheres uma perda de referências relativamente à fisiologia do parto (Couto, 2002). Em Portugal a grande maioria dos partos ocorre em ambiente hospitalar, a mulher em trabalho de parto vê-se rodeada de tecnologia, profissionais e um ambiente estranho onde tudo parece desenrolar-se sem o seu controlo, o hospital segundo Loux (citado por Couto, 2002, p.31) “... *retirou à mulher um ambiente familiar no qual ela dava à luz rodeada de objetos pessoais, e de pessoas de família, com a sua mãe a ajudar e a aconselhar...*”. O trabalho de parto ao abandonar os limites do lar distanciou-se dos domínios das parteiras tradicionais, remetendo para o médico obstetra um lugar de destaque. Assim na atualidade observa-se que a vida assume socialmente um valor inigualável, da mesma forma o ato de parir adquire uma maior importância, bem como os profissionais que assistem as mulheres neste período da vida (Tereso, 2005).

A medicalização do parto pode levar a uma alteração do significado do nascimento, este deixa de ser um ato social, que implica toda a comunidade, para se tornar um acontecimento privado da família ou mesmo apenas da própria mulher (Parreira, 1995).

Essa medicalização excessiva do trabalho de parto, passa pela opção pela cesariana, argumentando-se um maior controlo e um menor risco (Hogberg et al. 2008). Porém, as mulheres deverão ser informadas das vantagens e desvantagens do uso das intervenções médicas de forma, a que possam agir de forma ativa e informada no seu trabalho de parto.

A OMS tem desenvolvido inúmeras pesquisas relacionadas com o parto, esta mesma organização defende que o objetivo major na abordagem ao trabalho de parto é promover o mínimo de intervenções invasivas possível, de forma a obter-se resultados materno-infantis positivos. A OMS valoriza a fisiologia natural do parto, destacando a importância de uma harmonia entre os avanços científicos e a componente humana e individual de cada mulher. Reconhece-se assim o papel fundamental da tecnologia, contudo sem desvalorizar a autonomia e empoderamento materno.

Assim ao longo dos últimos 30 anos a forma de se ver o nascimento foi evoluindo, passou a ser possível controlar-se a dor de parto através de medicamentos e começou a ser discutido se a mulher deveria participar ativamente no nascimento do seu bebé, escolhendo o método e o local onde o parto ocorreria.

A evidência (Lamaze Internacional, 2009) demonstra cada vez mais os benefícios de um parto natural, o corpo da mulher está fisiologicamente preparado para ultrapassar todas as fases do trabalho de parto, deste modo torna-se desnecessário e muitas vezes prejudicial a utilização normalizada e indiscriminada de intervenções por parte dos profissionais de saúde com vista a condicionarem o decorrer deste processo. Quanto mais instrumentalizado for o parto e influenciado por fatores externos, maior será a probabilidade do ocorrerem alterações do comportamento da mãe e da sua componente biológica.

De facto, ter um bebé é uma crise de vida normal, não é uma doença e nem precisa de ser para a maior parte das mulheres uma cirurgia. O parto implica a coordenação do espírito e do corpo da mãe, onde o sentimento de segurança bem como a atitude mental assumem grande importância (Kitzinger, 1984).

No seguimento da abordagem ao parto de forma medicalizada, surgem movimentos que tentam contrariar e resgatar o parto para os limites da normalidade. As Doulas surgem com o propósito de apoiar as mulheres em trabalho de parto, já que muitos EESMOG se demitiram desta função focando-se apenas nas questões médicas ou farmacológicas associadas ao trabalho de parto. Contudo é factual que as mulheres em trabalho de parto esperam da EESMOG apoio relativamente às estratégias de coping escolhidas, já que estas tendem a diminuir a sensação de dor ou stress emocional. Os benefícios destas estratégias são facilmente interrompidos, como no caso da alteração do ambiente onde a mulher se encontra, exames vaginais, monitorização fetal ou materna (Spiby et al. 2003, citados por RCM, 2005). As parturientes tendem a preferir uma atitude de compreensão por parte dos profissionais de saúde, o que significa que quem assiste ao parto deve saber quais são as intenções e expectativas da mulher para o seu parto. A evidência tem demonstrado que o suporte contínuo da mulher em trabalho de parto tende a diminuir a quantidade de hormonas de stress em circulação, agindo mesmo como uma alternativa à analgesia epidural sem efeitos secundários.

Segundo a meta-análise desenvolvida por Hodnett e colaboradores (2007) as mulheres que tiveram apoio contínuo durante o trabalho de parto, tendem a usar menos analgesia, têm mais partos vaginais espontâneos, referem mais satisfação com o seu trabalho de parto, e o parto tende a ser mais curto, para além de reduzir

o medo e a ansiedade da mulher que se vê a parir num ambiente que à partida é hostil e desconhecido. O apoio fornecido à mulher torna-se mais eficiente quando este é desenvolvido por alguém que não faz parte do "staff" hospitalar, uma vez que essa pessoa apenas tem obrigações com a mulher que está em trabalho de parto e acompanha-a em todas as fases do trabalho de parto, como são exemplo as doulas.

De acordo com a filosofia Lamaze as mulheres são incentivadas a escolher durante a gravidez a pessoa que as irá acompanhar em trabalho de parto, essa pessoa poderá ser ou não um membro da família, contudo é fundamental que acredite na capacidade da mulher "dar à luz". O acompanhante deverá manter-se com a parturiente durante o processo e deverá frequentar algumas aulas de preparação para o parto com a mulher. O acompanhante durante o trabalho de parto deverá ser capaz de instilar confiança na mulher, apoiá-la nas suas necessidades e auxiliá-la nas estratégias de alívio da dor (respiração, massagem, posicionamentos) (Green & Hotelling, 2009, citados por Lamaze Internacional, 2009).

Em Portugal nos dias de hoje é permitido que em sala de partos esteja presente um acompanhante, que poderá ser o pai da criança ou qualquer outra pessoa escolhida pela parturiente. Pretende-se que este acompanhante tenha um papel ativo no trabalho de parto, instilando confiança na mulher e adotando estratégias que permitam uma vivência mais confortável e segura do nascimento.

No entanto, a assistência hospitalar limita a parturiente de diversas formas. Hoje na grande maioria dos hospitais portugueses as mulheres são incentivadas a cumprir uma determinada sequência de rotinas hospitalares. Quando a mulher é admitida em sala de partos é incentivada a vestir uma bata hospitalar, é desencorajada e muitas vezes proibida de ingerir alimentos ou líquidos, é monitorizada continuamente, desaconselhada a movimentar-se e aconselhada a colocar-se na posição de litotomia aquando do período expulsivo.

Segundo o Instituto Lamaze Internacional na sua 4ª Prática Saudável para o Nascimento a restrição da ingestão de líquidos e comida (de fácil digestão), o uso de soroterapia, monitorização cardiotocográfica contínua, amniotomia, analgesia epidural e episiotomia deverão ser apenas usados quando existe uma razão clínica que o justifique.

As posições e os movimentos devem ser incentivados durante o trabalho de parto já que promovem a mobilidade e abertura da bacia, o que poderá ser feito através de instrumentos simples como almofadas, bolas de parto, echarpes entre outros. A mulher deverá ser instruída nas posições possíveis e por norma a mulher

instintivamente assumirá a posição que favoreça um trabalho de parto mais rápido e efetivo (Kroeger, 2004, citado por Lamaze, 2009).

Quando se fala de mobilização no parto não devemos esquecer que essa mobilização poderá iniciar-se pelo andar, ou por uma ida ao chuveiro, como uma opção viável nos serviços de saúde portugueses. Isto, porque como sabemos a grande maioria dos hospitais não possui banheiras para as mulheres fazerem a dilatação. Porém o recurso ao chuveiro, tem uma ótima ação durante o trabalho de parto, pois para além do calor da água induzir um relaxamento, a massagem que a água faz quando cai sobre o corpo da mulher provoca um alívio da dor barato e bastante eficaz.

O uso de determinadas intervenções rotineiras em sala de parto acarreta na grande maioria das vezes uma cascata de intervenções que transformam um ato natural num procedimento arriscado. Pense-se por exemplo no que o uso sistematizado da epidural acarreta. É colocado o cateter epidural, passa a ser necessária monitorização cardiotocográfica contínua, avaliação tensional frequente, a mulher tem que ficar confinada ao espaço permitido pelo cardiotocógrafo, para além de aumentar o risco de partos instrumentados (Caton, 2002, citado por Hodnett et al. 2007).

Hoje nas sociedades ocidentalizadas a grande maioria das mulheres tem os seus bebés em posição de litotomia. Esta prática tem como base à sua justificação o facto de ser mais fácil nesta posição monitorizar o bebé e por isso o parto torna-se mais seguro (Gupta, Hofmeyr; Smith. 2007). Esta postura tende a desvalorizar a vontade da mulher, podendo mesmo levar a que esta se sinta humilhada.

As posições não supinas têm-se revelado mais eficazes durante este período, tendo como principais vantagens a redução da segunda fase do trabalho de parto, redução da necessidade de intervenção, contudo apresentam um ligeiro aumento das lacerações de 2º grau (posição vertical), redução da perceção da dor, perda sanguínea ligeiramente superior a 500ml. Sabe-se devido à imagiologia que quando a mulher está de cócoras há um aumento dos diâmetros obstétricos, o que facilita a progressão do bebé. A posição de litotomia tende a causar uma hipotensão materna e conseqüentemente uma diminuição da circulação útero-placentária, para além do facto da mulher necessitar de fazer força contra a gravidade (Lamaze Internacional, 2009).

Observa-se hoje uma tentativa voraz de reconquistar o papel das mulheres no trabalho de parto, reconhece-se que são elas as principais responsáveis pelo processo, tanto do ponto de vista anátomo-fisiológico como também, na dimensão social. A perspetiva humanizada do parto visa valorizar a mulher enquanto

protagonista do evento sem descurar a monitorização rigorosa que este momento impõe. É preconizado o atendimento individualizado e flexível, o apoio emocional, o suporte contínuo, a negociação das intervenções médicas, o respeito pelas vontades das mulheres relativamente à movimentação durante o trabalho de parto e à posição adotada no período expulsivo bem como o incentivo do contacto precoce pele a pele entre a mãe e o bebé (Campos & Lana, 2007).

O desafio que hoje se coloca aos EESMOG é o desenvolvimento de uma abordagem ao trabalho de parto que privilegie os aspetos fisiológicos, a autonomia da mulher e o seu empoderamento. Torna-se emergente a necessidade de desenvolver e aplicar técnicas não invasivas ou, e adjuvantes do trabalho de parto que vão de encontro ao que a mulher espera e que se tornem de facto eficazes. Sabe-se que para muitas mulheres é a crença em si mesmas o principal motor para o sucesso e o culminar deste processo (Porfírio, Progiantill, De Oliveira & Sousa, 2010).

Posto isto, no ponto seguinte serão expostos os vários aspetos associados ao saberes em enfermagem de saúde materna e obstétrica e à melhoria dos cuidados.

## **1.2. A Dinamização dos Saberes em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e a Melhoria dos Cuidados**

Os cuidados de enfermagem são considerados cuidados de saúde, sendo que estes referem-se não só à prática clínica dos enfermeiros, como também à conceção desses mesmos cuidados. Cuidar em enfermagem de forma genérica pode ser considerado como “ a intervenção profissional da enfermeira junto do cliente, ou terapêutica de enfermagem que faz parte de um processo de decisão que tem como finalidade contribuir para o bem-estar do cliente (pessoa ou grupo que procura os serviços de saúde) “ (Bastos, 2005, p.26).

Segundo Shon (1994), citado por Bastos (2005), a análise do cuidar em enfermagem faz-se a partir dos problemas que as enfermeiras enfrentam no seu quotidiano e da forma como resolvem situações e elaboram estratégias. O conhecimento em enfermagem está ainda numa fase inicial, onde muitas são as áreas que carecem de investigação. Se cada enfermeiro refletir sobre e na prática, facilmente encontrará temáticas e fenómenos que necessitam de uma compreensão mais profunda. Avaliar a prática clínica individual e coletiva dos enfermeiros é uma ótima ferramenta para o desenvolvimento dos saberes em enfermagem, pois dessa análise irão resultar inúmeras questões, que ainda não têm resposta. O ICN refere que a investigação em enfermagem *“é dirigida à compreensão dos mecanismos fundamentais que afetam a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades para manter ou estimular o funcionamento ótimo e minimizar os efeitos negativos da doença. A investigação em enfermagem também deve ser dirigida aos resultados das intervenções de enfermagem, de forma a assegurar a qualidade e a relação custo-benefício do cuidar em enfermagem”* (ICN, 2007, p.2)

Todos os enfermeiros têm como obrigação o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão autónoma, com um corpo de conhecimentos próprio. A área da saúde materna é talvez dentro da enfermagem aquela que mais se distingue quando se fala em autonomia. Esta área tem em si o poder da antiguidade, o que significa que tem anos de prática e de interrogações no que diz respeito à abordagem ao trabalho de parto. Este facto impõe aos EESMOG uma maior obrigação no que concerne à investigação.

Os EESMOG têm competências definidas e legalmente regulamentadas assim, e de acordo com o Decreto de Lei 9/2009 o EESMOG tem como competência

*...” Assistir a parturiente durante o trabalho de parto e vigiar o estado do feto in útero pelos meios clínicos e técnicos apropriados; fazer o parto normal em caso de apresentação de cabeça, incluindo, se necessário, a episiotomia, e o parto em caso de apresentação pélvica, em situação de urgência; detetar na mãe ou no filho sinais reveladores de anomalias que exijam a intervenção do médico e auxiliar este em caso de intervenção, tomar as medidas de urgência que se imponham na ausência do médico, designadamente a extração manual da placenta, eventualmente seguida de revisão uterina manual; examinar e assistir o recém -nascido, tomar todas as iniciativas que se imponham em caso de necessidade e praticar, se for caso disso, a reanimação imediata...” Estas competências dizem apenas respeito ao trabalho de parto e traduzem uma enorme importância no que diz respeito ao papel do EESMOG durante o mesmo, não só no que diz respeito à promoção de resultados positivos relativos à mãe e ao bebé, como também na execução e desenvolvimento de técnicas e abordagens ao trabalho de parto.”*

A gravidez e o parto são nos dias de hoje considerados momentos únicos, repletos de significados. Contudo, são também vistos como eventos médicos, ou seja a grávida é considerada uma paciente e o parto é um momento carregado de risco potencial, onde dessa forma o médico é o principal profissional de saúde responsável, pela assistência, fazendo uso de intervenções médicas obstétricas intensivas. Assiste-se assim a um contrassenso, pois se por um lado as mulheres que decidem ter um filho sentem que vão viver um período repleto de afetos e emoções, por outro os profissionais que as assistem nesta mesma fase encaram o momento como um ato onde a tecnologia e o controlo dos factos é o mais importante.

### **1.3. Alterações Corporais durante a Gravidez**

Durante o ciclo gravídico ocorrem muitas mudanças no corpo da mulher. A existência de um ser em desenvolvimento condiciona e influencia todo o equilíbrio dinâmico da futura mãe. Todos os sistemas, desde o músculo-esquelético ao neuro-motor evidenciam mudanças decorrentes da gestação. Exemplo disso são as várias alterações no trato geniturinário, que podem condicionar o desenvolvimento de alguns distúrbios urinários (Moreno, 2003). No pavimento pélvico ocorrem várias alterações, que se devem não só ao aumento de peso sobre as estruturas que o

compõem, como também devido às alterações hormonais decorrentes da gravidez que alteram o tônus e a função muscular (Polden & Mantle, 2000).

Relativamente a este sistema convém realçar que a posição da bexiga também sofre alterações durante este período, uma vez que vai sendo comprimida pelo útero em crescimento, provocando uma diminuição progressiva da capacidade vesical, e conseqüentemente o aparecimento frequente de sintomas urinários (Moreno, 2003).

As alterações hormonais decorrentes da gravidez, como o aumento da concentração da progesterona circulante, provocam um relaxamento da musculatura lisa pélvica, o que contribui para a inibição do peristaltismo uretral, condicionando uma maior suscetibilidade da mucosa da grávida a lesões e queixas urinárias (Moreno, 2003). A disfunção mais comum associada ao sistema geniturinário é a incontinência urinária. A incontinência urinária é definida pela sociedade internacional de continência como qualquer perda involuntária de urina.

Seguidamente serão abordadas as principais alterações que ocorrem no pavimento pélvico falando posteriormente da incontinência urinária.

### *1.3.1 - O pavimento pélvico e a sua importância*

De modo a melhor compreender o processo de nascimento é necessário efetuar uma análise sobre as estruturas anatomofisiológicas associadas à gravidez e ao nascimento.

O pavimento pélvico é constituído por um conjunto de músculos, ligamentos e fâscias, que têm como principal função a sustentação dos órgãos pélvicos e abdominais, mantendo dessa forma a continência urinária e fecal (Reis, Barrote, Sousa & Neto, 2002), bem como assume um papel fundamental na função sexual (Frazer & Cooper, 2009). O pavimento pélvico fornece suporte passivo e ativo. Os músculos, como é o caso do elevador do ânus fornecem suporte ativo, enquanto que, as fâscias e os ligamentos fornecem suporte passivo.

Para melhor compreensão da função deste pavimento torna-se fundamental descrever a sua constituição do ponto de vista anatómico. Considera-se que o assoalho pélvico é constituído pelo diafragma urogenital e pelo diafragma pélvico. O diafragma pélvico é formado pelo músculo elevador do ânus e pelo coccígeo, já o diafragma urogenital é formado pelo músculo búbocavernoso, transverso superficial do períneo e pelo músculo isquiocavernoso (Reis et al., 2002).

O músculo elevador do ânus é o principal músculo do assoalho pélvico e é constituído por 3 feixes: puborectal, pubocoxígeo e ileocoxígeo. O elevador do ânus não oclui em absoluto a pelve, já que possui uma abertura longitudinal onde se encontra a vagina, a uretra e o canal anal. Ele sustenta a parede posterior da vagina, facilita a defecação e contribui para a continência fecal. Este músculo juntamente com os existentes na parede anterior do abdómen retém o conteúdo abdominal e pélvico.

Segundo Grosse e Sengler (2002) quando o elevador do ânus se contrai traciona o reto, vagina e uretra, conferindo a oclusão dessas estruturas. É esta propriedade contráctil que permite a manutenção da continência urinária e fecal.

O músculo coccígeo auxilia o elevador do ânus a sustentar a vísceras pélvicas, e mantém a reorganização do pavimento pélvico após a defecação e o parto.

Os ligamentos que compõem o assoalho pélvico são importantes para manter as estruturas pélvicas na sua posição original. Contudo têm também um papel de suporte secundário, uma vez que o tecido conjuntivo pode alongar-se quando sujeito a tensão constante. A integridade destes tecidos pode ser colocada em causa sob o efeito das hormonas, paridade, idade, atividade física e estado nutricional (Ribeiro, 1993; Rossi, 2000).

Os ligamentos são constituídos por tecido conjuntivo, elastina e fibras de colagénio. Falconer, Ekman, Malmstrom, Ulmsten (1994) constataram que os tecidos de suporte e os ligamentos são constituídos por fibras de colagénio, e que a força tensil destes mesmos tecidos depende da quantidade deste mesmo colagénio. Os mesmos autores observaram uma redução na produção de colagénio em mulheres incontinentes quando comparadas com mulheres sem incontinência. A diminuição de produção de colagénio pode propiciar fraqueza muscular de todo o sistema de sustentação urogenital, aumentando a mobilidade e rotação da porção terminal da uretra quando existe um aumento da pressão intra-abdominal (Progianti, Vargens, Porfirio et al. 1987).

O pavimento pélvico é irrigado essencialmente pela artéria pudenda interna, e é enervado por um ramo de nervos sagrados e por um ramo de nervos pudendos (Reis, 2002)

### *1.3.2. - O Pavimento pélvico e influência hormonal durante a gravidez*

Durante a gravidez os músculos do pavimento pélvico são submetidos a um alongamento extraordinário em virtude do peso do útero em crescimento, o efeito das hormonas da gravidez vem ainda potenciar o efeito negativo que o estiramento das fibras musculares tem nas diferentes estruturas pélvicas (Polden & Mantle, 2002). A principal hormona responsável pelo relaxamento muscular presente durante a gravidez é a relaxina. Esta hormona provoca um distanciamento das fibras de colagénio, aumenta a deposição hídrica no tecido conjuntivo e relaxamento das articulações pélvicas. Estas alterações condicionam o deslocamento do colo para baixo desde a 12<sup>a</sup> semana de gestação. Desde a 20<sup>a</sup> semana de gestação até às 6 semanas pós-parto ocorre também uma diminuição da força muscular do assoalho pélvico por influência desta mesma hormona (Moreno, 2003).

### *1.3.3. - Pavimento pélvico durante o trabalho de parto*

Durante o parto os músculos do pavimento pélvico são fortemente distendidos de forma a permitirem a passagem do móvel fetal. O feto durante o trabalho de parto vai descendo ao longo do canal de parto, à medida que vai progredindo vai distendendo com a sua cabeça os músculos, fáscias e nervos. Esta distensão pode provocar lacerações da fáscia endopélvica, músculos e conseqüentemente trauma do nervo podendo (Kapoor & Freeman, 2008, citados por Herbert, 2009).

Dietz e Lanzarone (2005) demonstraram que mais de um terço das mulheres apresenta lacerações do pavimento pélvico após um parto vaginal, o que foi associado a incontinência urinária de esforço durante os primeiros 3 meses depois do parto.

Hoje devido ao desenvolvimento da tecnologia imagiológica é possível compreender e reconhecer melhor a natureza das lesões que ocorrem durante o parto.

Segundo Kapoor e Freeman (2008), citados por Herbert (2009), as lacerações da fáscia têm a capacidade de se curarem por si mesmas, contudo o tecido resultante nunca é tão forte como o original e por conseguinte as mulheres

terão maior probabilidade de desenvolverem sintomas de disfunção do pavimento pélvico. Estes sintomas tendem a ser mais evidentes com o avançar da idade, decorrentes do envelhecimento e das alterações hormonais associadas à menopausa. Algumas mulheres podem estar mais predispostas a desenvolver disfunções do pavimento pélvico devido a um défice endógeno de colagénio, estas mulheres têm um maior risco de manifestar incontinência urinária de esforço e prolapso dos órgãos pélvicos na sequência de uma gravidez (Keane et al, 1997, citados por. Herbert, 2009).

Alterações urodinâmicas são mais frequentes em mulheres com défice no metabolismo do colagénio. Um dos sinais que mulheres com baixos níveis de colagénio podem apresentar é a presença de estrias durante a gravidez. A presença de colagénio no tecido conjuntivo determina o índice de elasticidade deste mesmo tecido (Halperin, Raz, Bem-Gal, Chen & Granot. 2010). Apesar de a fásia endotélica não suportar a bexiga ou o útero, estudos recentes demonstraram disfunções do funcionamento do pavimento pélvico associadas a um défice de colagénio. A gravidez por si só afeta o tecido conjuntivo, durante esta fase a fásia endotélica torna-se mais fraca e elástica quando comparada com o período pré-gravídico. Sendo que mulheres que desenvolveram incontinência urinária de esforço apresentavam diferenças muito significativas na tensão fascial quando comparadas com aquelas que não desenvolveram incontinência urinária (Landon, Crofts, Smith, Trowbridge. 1990).

Os nervos apresentam capacidade de se alongarem em cerca de 6 a 22% do seu tamanho original antes que ocorra lesão (Morkved, 2007), e conseqüente alteração do funcionamento nervoso. Allen, Hosker, Smith, Warrell (1990) demonstraram que 80% das mulheres apresentam perda de enervação do nervo podendo após o primeiro parto vaginal, de acordo com este autor, esta perda deve-se a um segundo estadio de trabalho de parto prolongado e a bebés pesados. Em muitas mulheres este dano pode persistir e a disfunção pélvica associada pode tornar-se mais grave com o passar do tempo. Assim e ainda de acordo com o mesmo autor a incontinência urinária de esforço pós-parto normal, está associada ao dano dos nervos periféricos.

#### 1.3.4 - Disfunções do pavimento pélvico associadas à gravidez e parto

As disfunções do pavimento pélvico associadas à gravidez podem alargar-se a diversos sintomas, incluindo incontinência urinária e fecal.

Howard Kelly em 1914 foi o primeiro autor a publicar um artigo onde se fazia referência a associação entre o parto e a incontinência urinária “There is a type of urinary incontinence in women, without manifest injury to the bladder and having no relationship to fistula, which most frequently comes on following childbirth.”(McKinnie, Swift, Wang et al, 2005, p.512).

O Parto mesmo sendo eutócico, é um momento, que pode provocar de forma sistemática, lesões, lacerações, microtraumatismos dos tecidos de sustentação do pavimento pélvico. Estas lesões têm um efeito cumulativo, e são muitas vezes responsáveis pelas incontinências de esforço e prolapsos pélvicos (Grosse & Sengler, 2002).

De acordo com Lale colaboradores (2003), citados por Herbert (2009), num estudo com 184 primíparas que tiveram os seus bebés por cesariana e com 100 primíparas que tiveram os seus bebés por via vaginal, encontrou como evidência que não existia diferença significativa na prevalência de sintomas referentes à incontinência 10 meses após o parto, quando comparados os dois grupos de mulheres. Estas conclusões suportam a tese de que a gravidez é a principal causa de incontinência para muitas mulheres, independentemente do modo e via de parto. MacLennan e colaboradores (2000) citados por Herbert, (2009), num estudo randomizado, relativo às disfunções do pavimento pélvico, concluíram que as mulheres que são submetidas a cesarianas têm a mesma possibilidade de desenvolverem sintomas de incontinência urinária, quando comparadas com aquelas que pariram por via baixa.

Também Van Brummen, Bruinsevan, D Pol, Haintz e colaboradores (2007), num estudo prospetivo com 344 mulheres nulíparas, compararam a prevalência da incontinência urinária de urgência e de esforço nas mulheres que tinham tido os seus filhos por cesariana e naquelas que tiveram os seus filhos por parto eutócico. Estes mesmos autores observaram que a presença de incontinência urinária durante o início da gravidez é um forte preditor para que esta mesma incontinência se mantenha durante o primeiro ano pós parto independentemente da via de parto.

Existem ainda outros fatores que podem favorecer o aparecimento de incontinência urinária no pós-parto e, que não estão intimamente ligados com a via de nascimento. A obesidade tem sido sugerida como um possível fator de risco

para o desenvolvimento de incontinência urinária (Ramussen, Krue, Johansson, Knudsen, et al, 1997; Kapoor & Freeman, 2008)

A capacidade muscular do pavimento pélvico, torna-se um importante fator no aparecimento de incontinência urinária durante a gravidez (Morkved et al, 2003, citados por Herbert, 2009). Também o tamanho da pélvis materna parece apresentar alguma associação com o desenvolvimento de incontinência na gravidez e no pós-parto. Segundo Lowdermilk, Perry, Bobak, (2004) os diâmetros pélvicos adequados a um parto vaginal, incluem um diâmetro transverso de 12cm ou mais, um conjugado obstétrico de 10cm ou mais e um diâmetro intra-espinhoso de 10cm ou mais. Handa e colaboradores (2003), citados por Herbruk (2008), referem que mulheres com um diâmetro transverso superior a 13,9 cm têm maior probabilidade de desenvolverem disfunções do pavimento pélvico entre as quais incontinência urinária

Assim, recorrendo a Messelink e colaboradores (2005), citados por Herbert (2009), serão apresentados no quadro 1 os sintomas associados à disfunção do pavimento pélvico.

QUADRO 1: Sintomas associados à disfunção do pavimento pélvico (Herbert, 2009)

Trato urinário inferior	Incontinência urinária Urgência urinária Micção intermitente Volume residual aumentado
Intestinais	Obstrução à defecção Obstipação funcional Incontinência fecal Prolapso rectal/anal
Vaginais	Prolapso dos órgãos pélvicos
Álgicos	Dor pélvica crónica Síndrome da dor pélvica
Sexuais	Dispareunia Alteração da função sexual

Aquilo que de forma geral é possível de ser concluído, no que diz respeito ao desenvolvimento da incontinência urinária é que de facto quando comparadas mulheres que já tiveram filhos com nulíparas, existe uma diferença significativa. As mulheres que já tiveram filhos têm uma probabilidade muito maior de desenvolverem disfunções do pavimento pélvico como é exemplo a incontinência urinária do que aquelas que nunca foram mães. Estes resultados tornam possível inferir que muito mais importante do que a via de parto é o efeito da gravidez no corpo da mulher. Assim, e ao contrário do que muitos investigadores

pretendem comprovar a cesariana eletiva não se assume como preventiva da incontinência urinária (McKinnie, Swiff, Wang, Woodman, et al, 2005).

### *1.3.5 - Práticas associadas ao trabalho de Parto e Parto*

As lesões perineais são muito frequentes durante o trabalho de parto. De acordo com o RCOG (2007) existem alguns fatores que tendem a aumentar o risco de trauma perineal, tais como:

- Peso do Recém – Nascido superior a 4kg
- Indução de Trabalho de Parto
- Analgesia Epidural
- Apresentação occipito-posterior
- Episiotomia
- Segundo estadio prolongado
- Distocia de Ombros
- Nuliparidade
- Parto instrumentado

O uso de analgesia epidural tem sido vulgarizado ao longo dos últimos anos, apesar de fornecer às mulheres um ótimo alívio da dor, traz também vários inconvenientes, uma vez que o bloqueio provocado por este tipo de analgesia tende a aumentar o número de partos instrumentados, e por conseguinte o trauma perineal.

Segundo a meta-análise desenvolvida por Brancato, Chuch, Stone e colaboradores (2008) é recomendável o puxo espontâneo na segunda fase do trabalho de parto em mulheres saudáveis, com analgesia epidural adequada com o objetivo de melhorar os outcomes maternos e neonatais, já que, a descida passiva do bebé, vai levar a ativação de recetores que vão potenciar o puxo da mulher, diminuindo o risco do uso de técnicas invasivas lesivas para o pavimento pélvico.

A duração do segundo estadio do trabalho de parto é um importante preditor para o trauma perineal, Scheer, Andrews, Thakar, Sultan, (2008) sugerem que um período expulsivo que se prolongue por mais de 50 minutos é significativo quanto ao desenvolvimento de lesões obstétricas e danos nos esfíncteres pélvicos. O mesmo autor relaciona ainda a duração do período expulsivo com o aparecimento de sintomas de incontinência urinária. Contudo, de acordo com Van Kessel, Reed, Newton, Meier e colaboradores (2001) não foi possível estabelecer relação entre a duração do segundo estadio de trabalho de parto e a incidência de incontinência

urinária. Segundo alguns especialistas permitir a descida passiva do feto no segundo estadio de trabalho de parto pode diminuir a incidência de incontinência urinária no pós-parto, pois evita-se a distensão repentina dos tecidos e consequentemente ocorrem menos lesões no tecido conjuntivo e rede nervosa (Handa, Hams & Ostergard,1996).

De acordo com Scarabotto e Riesco (2006) na avaliação do tempo de período expulsivo e a sua associação com o tipo e gravidade de lesões perineais, não foi possível observar diferenças significativas. Neste mesmo trabalho o tempo máximo de período expulsivo foi de 72 minutos. Recorrendo à investigação apresenta-se dúvida a associação entre a duração do segundo estadio de trabalho de parto, o trauma e o microtrauma perineal, pois, não se consegue perceber, se o que condiciona o trauma é todo o segundo estadio ou apenas o período expulsivo. Torna-se aceitável inferir que o puxo dirigido usado em muitas mulheres durante o segundo estadio provoca compressão e distensão do pavimento pélvico, condicionando lesões vasculares e neuromusculares (Shek & Dietz, 2010).

#### *1.3.6 - Efeitos das disfunções do pavimento pélvico para a mulher*

Klein, Gauthier, Robbins, Kaczorowsky e colaboradores (1994) desenvolveram um estudo onde compararam o funcionamento pélvico de 5 grupos de mulheres antes e depois do nascimento. Observaram que 3 meses após o nascimento as mulheres com períneos íntegros e cesarianas, apresentavam os pavimentos pélvicos mais fortes, seguidas das que tiveram lacerações espontâneas, seguidas das que tiveram episiotomias e por último as que tiveram lacerações de grau III e grau IV. Ainda neste estudo foi possível observar-se que, as mulheres que antes do parto tinham pavimentos pélvicos mais fortes tenderam a ter partos com períneos íntegros.

Fleming, Newton, Roberts, (2003) também desenvolveram um estudo sobre o funcionamento do pavimento pélvico 6 meses após o nascimento. Compararam 5 grupos de mulheres e concluíram que aquelas que demonstravam melhor função e força muscular do pavimento pélvico eram aquelas que tiveram um períneo íntegro, aparecendo em segundo lugar o grupo das mulheres com cesariana, seguido das mulheres com lacerações de grau I, em quarto lugar as que tiveram lacerações de grau II e III e por último as que tiveram episiotomias.

No estudo desenvolvido por Herron-Marx, Williams, Hicks (2007), algumas mulheres consideraram a morbidade perineal como um inconveniente menor, que

não afetava em grande medida a sua vida, outras referiram que a morbidade perineal varia desde, incontinência urinária de stresse e de urgência, perda de sensibilidade no períneo e dispareunia. Estas mulheres referem consequências na sua vida sexual, social, uma vez que sentem necessidade de estar sempre perto de uma casa de banho. Ainda no mesmo estudo algumas mulheres referiram o tema da morbidade perineal como um tema tabu, não podendo falar sobre ele com ninguém. Estas mulheres reportaram que mesmo quando discutiram a sua condição com os profissionais de saúde, estes tenderam a desvalorizar o problema, considerando-o normal. Desta forma muitas mulheres tendem a tentar lidar com o problema à sua maneira sem o apoio e cuidados necessários.

Após referenciar de forma sucinta algumas das alterações ocorridas no pavimento pélvico durante a gravidez e respectivas implicações, importa mencionar uma das alterações mais frequentes associadas ao pós-parto que é a incontinência urinária, que se expõe no próximo capítulo.

#### **1.4. A continência/incontinência urinária**

O controlo da micção deve-se a um conjunto coordenado de fatores que incluem, a contração da parede muscular da bexiga, relaxamento reflexo do esfíncter uretral interno, e relaxamento voluntário do esfíncter uretral externo. À medida que a pressão vai aumentando dentro da cavidade pélvica, o diafragma pélvico baixa e os músculos abdominais contraem. A continência urinária depende assim da integridade dos esfíncteres uretrais externos e internos, e da competência destes mesmos esfíncteres.

A hiperdistensão da bexiga pode causar relaxamento involuntário do esfíncter uretral externo, o que irá levar a perdas de urina. Qualquer fator que provoque um aumento da pressão intra-abdominal ou intravesical como tossir ou espirrar, que exceda a pressão de encerramento uretral pode resultar em incontinência.

Um controlo normal da micção exige uma enervação intacta do sistema urinário, um tónus muscular adequado (da bexiga, esfíncteres, músculos do pavimento pélvico), inexistência de qualquer obstrução ao fluxo e capacidade vesical normal (Coad & Dunstall, 2011).

Reconhece-se que ao longo da gravidez o corpo da mulher sofre várias alterações que vão condicionar o funcionamento de vários sistemas e órgãos. Relativamente ao trato geniturinário o útero aumenta exponencialmente de tamanho

e peso, o ligamento redondo sofre uma hipertrofia e a bexiga é muitas vezes elevada (Padubidri & Anand, 2006).

#### *1.4.1 - Incontinência urinária no pós-parto*

Hoje está perfeitamente documentado que as mulheres experienciam morbidade perineal após o parto. Esta morbidade pode afetar as mulheres tanto ao nível físico, psíquico e social, e tem vindo a ser reconhecido enquanto preocupação para a investigação. Muitas mulheres apesar de reconhecerem um efeito negativo desta morbidade, tendem a não procurar ajuda. Segundo Mason, Roe, Wong, Davis e colaboradores (2010), este comportamento deve-se ao facto de as mulheres se sentirem pouco à vontade para discutirem este tema com a sua família, parceiro ou profissional de saúde. Já segundo Bick e MacArthur (1995 citado por Mason et al. 2010) as mulheres não reportam este facto porque consideram os sintomas minor para procurar ajuda.

Wesnes, Rortveit, Bo e Hunskaar (2007) referem que a incidência da incontinência urinária pode ser cerca de 30 a 41% em nulíparas e múltiparas respetivamente. Apesar da grande maioria dos sintomas ter resolução espontânea nos primeiros 3 meses em algumas mulheres isso não se verifica, sendo mesmo recorrente (Dolan, Walsh, Hamilton, Marshall et al, 2003). De acordo Vickrup e colaboradores (1992), citados por Van Kessel e colaboradores (2001), 3% das mulheres tendem a apresentar incontinência urinária mesmo um ano após o nascimento. Segundo o mesmo autor estas mulheres tendem a ter uma pior perceção da sua saúde.

Pershers e colaboradores (1997), citados por Mistrangelo, Gaggero, Nadalini, Mancuso e colaboradores, (2007) desenvolveram um estudo onde avaliaram a força muscular do pavimento pélvico das mulheres em várias fases: a primeira avaliação era feita entre a 36 e a 42 semanas de gestação, a segunda era feita entre o 3º e o 8º dia de pós-parto e a terceira avaliação era feita entre a 6 e a 10 semana de pós-parto, esta avaliação foi feita através da palpação, perineometria e ecograficamente. De acordo com este estudo foi possível concluir que as mulheres apresentam perda de força muscular ao nível do pavimento pélvico após um parto vaginal, contudo esta situação tende a estar naturalmente resolvida após o 2 primeiros meses de pós-parto. Segundo Lee e colaboradores (2000), quando se avalia a funcionalidade do nervo pudendo no pós-parto, verifica-se que a sua funcionalidade ao nível motor está recuperada aos 2 meses de pós-parto.

Hannestad, Rotviet, Sandvik, Hunskaar (2000) afirma que existe uma forte associação entre a paridade e a incontinência urinária de esforço, sendo o risco de 1,9 para primíparas e 2,3 para mulheres que já tinham experienciado 2 partos vaginais. A vivência da incontinência urinária varia de acordo com o país, idade, contexto sociocultural. Na mulher jovem a incontinência urinária mesmo sendo mínima, pode ser muito constrangedora, o medo de ficar molhada, de cheirar mal. Outras mulheres subestimam os sintomas urinários, considerando-os normais. Contudo numa ou noutra circunstância, o silêncio é prática corrente, já que as mulheres têm muitas vezes vergonha de expor o seu problema e os profissionais de saúde não abordam este tema aquando das consultas de rotina (Moreno, 2004). Sendo que a morbidade perineal é de facto uma condição muito comum no pós-parto o RCM (2000) recomenda o questionamento aberto às mulheres relativamente à morbidade perineal na consulta das 6 semanas pós-parto.

Na sequência da anterior explicação referente à incontinência urinária e a sua relação com o trabalho de parto, continua-se a presente revisão da literatura com uma referência aos traumas perineais que ocorrem durante o parto, bem como a sua respetiva prevenção.

## **1.5. O trauma perineal e a sua prevenção**

As mulheres que têm partos vaginais com períneo íntegro ou com pequeno trauma perineal têm maiores níveis de saúde no pós-parto. O que significa que têm menor número de readmissões hospitalares, menos dor perineal, pavimentos pélvicos mais fortes, melhor função sexual e menores níveis de depressão (Phillips & Monga, 2005)

O trauma perineal é um acontecimento bastante frequente durante o parto, várias são as teorias associadas a este acontecimento. Pode ser definido como qualquer tipo de dano que ocorre nos órgãos genitais femininos durante o nascimento de uma criança, sendo que este traumatismo poderá ser espontâneo ou causado por episiotomia (Joahnsen, 2000).

Das mulheres que sofrem trauma perineal, 40% referem dor nas primeiras 2 semanas pós-parto. A dor perineal pode tornar atividades diárias como andar e sentar incómodas, e tende a dificultar o início da atividade sexual (Glazener, Abdala & Stroud. 1995).

Após o parto grande parte das mulheres referem desconforto perineal, nas mulheres cujo períneo se encontra íntegro essa dor ou desconforto tende a

desaparecer nos primeiros 10 dias após o parto, já nas mulheres que sofreram algum tipo de trauma perineal essa dor pode manter-se durante os 3 meses subsequentes ao parto (Mcandlis et al. 1998).

A grande maioria das lacerações do períneo, vagina e tecidos de suporte ocorrem no período expulsivo do trabalho de parto. Estas lesões poderão ser mais pronunciadas nas mulheres que nunca pariram, já que os seus tecidos são mais firmes e conseqüentemente menos distensíveis (Lowdermilk et al, 2002).

Como já foi referido anteriormente a paridade, o tamanho do bebé a sua variedade e o tipo de apresentação, podem condicionar em muito, o número de lacerações (Joahnsen, 2000). Também a posição que a mulher adota durante o período expulsivo pode aumentar ou diminuir o risco de laceração. Assim muitos autores defendem que parir de lado ou na posição de gatas diminui o risco de trauma perineal, e que a posição de agachamento tende a aumentar esse mesmo risco (Hastings-Tolsma, Vincent, Emeis, Francisco, 2007). Usar posições alternativas durante o trabalho assume-se como uma ótima alternativa, na prevenção do trauma.

A posição de litotomia ou supina é a menos aconselhável quando se pretende prevenir o trauma espontâneo do períneo e as episiotomias. Convém realçar que a posição de lado ou de gatas confere à mulher um maior controlo do nascimento do bebé, para além de dificultar aos profissionais de saúde a prática da episiotomia (Albers & Borders 2007).

Existem práticas associadas ao período expulsivo que aumentam em grande medida o risco de trauma perineal. Sem qualquer evidência muitos profissionais de saúde durante a descida do bebé manipulam o períneo, distendem artificialmente os tecidos, com o propósito de facilitar o nascimento, contudo apenas fragilizam as estruturas, lesando-as. Assim recomenda-se a ausência de manipulação perineal até ao coroamento da cabeça do feto. Quando o feto coroa é benéfico controlar a deflexão da cabeça, pois essa distensão controlada do períneo vai permitir que os tecidos se estendam gradualmente, evitando lesões. Existem ainda outros fatores que podem predispor as mulheres para lacerações, como é o caso de mulheres de pele mais clara, com varizes perineais, diásteses abdominais, mulheres mais velhas e mulheres com pior estado nutricional (Albers, Sedler, Bedrick, Teaf, et al. 2005).

As lacerações podem ocorrer ao longo de todo o canal de parto, e existem graus que as definem de acordo com a sua localização e extensão (Ricci & Kyle, 2008):

- Laceração perineais de primeiro grau – existe lesão da pele perineal e da membrana mucosa da vagina;

- Laceração de segundo grau – envolve a pele e a musculatura do períneo;
- Laceração de terceiro grau – existe lesão do esfíncter anal externo;
- Laceração de quarto grau – a lesão envolve a parede anterior do reto.

Nos dias de hoje é possível através de análise histológica e imagiológica observar-se rotura da musculatura pélvica durante o trabalho de parto, assim através de biopsia é possível detetar-se lesões miogénicas do elevador do ânus e do músculo pubo coccígeo como consequência do trabalho de parto. Segundo Phillips & Monga (2005) reconhece-se que existe um dano ao nível das estruturas pélvicas decorrente do trabalho de parto, que provocam uma deservação do pavimento pélvico. A reervação subsequente tende a alterar a função, morfologia e neurofisiologia do pavimento pélvico. Apesar das alterações neuromotoras serem muito frequentes quando se avaliam as mulheres imediatamente após o parto, convém ressaltar que na sua grande maioria estas alterações regredem nos primeiros meses após o parto.

### *1.5.1- Episiotomia como prática institucionalizada*

A prática da episiotomia varia não só com os países como também com prática individual dos profissionais de saúde que assistem ao parto. Nos Países Baixos a incidência de episiotomias é de 8%, no Reino Unido esta percentagem é de 14%, já nos EUA sobe para 50% e nos países da Europa Ocidental é de 99% (Santoro, Wiecsnek, Bartram, 2010).

A episiotomia é uma prática rotineira e institucionalizada na grande maioria dos hospitais portugueses. Contudo hoje sabe-se através da investigação que as episiotomias tendem a aumentar o risco de hematomas durante o parto e incontinência urinária e dispareunia no pós-parto. Segundo Sartore, DeSeta, Maso, Pregazzi e colaboradores (2004) a episiotomia medio-lateral (usada em Portugal) pode provocar lesão do músculo elevador do ânus, e está associada a uma diminuição significativa da força do pavimento pélvico e a dispareunia.

Proganti, Vargens, Porfirio, Lorenzoni (2006) referem que as mulheres a quem não foi executada episiotomia, tendem a desenvolver um sentido de maior independência, condicionando uma maior confiança no seu corpo no momento do parto. Ainda no seguimento deste estudo, quando as mulheres eram questionadas relativamente à atividade sexual, a grande maioria refere que este início foi tranquilo e indolor, algumas das mulheres entrevistadas já tinham tido um parto

anterior com episiotomia e estas realçam uma diferença positiva, relatando que o retorno à atividade sexual foi mais rápido e natural.

As episiotomias surgiram de forma rotineira nas salas de parto sem que houvesse justificação para tal, uma vez que estas não previnem lesões perineais severas, bem como o relaxamento pélvico. Delancey (1995), citados por Borges, Serrano e Pereira (2003) referem que as episiotomias não previnem lacerações de III e IV grau, bem pelo contrário, neste estudo concluiu-se que mulheres com episiotomias tinham maior número de lacerações de III e IV grau. Existem fatores que tendem a aumentar o risco de lesões severas como é o caso de partos anteriores com episiotomias, partos anteriores instrumentados, e partos anteriores com lacerações de III e IV grau (Borges et al, 2003).

Relativamente às lacerações de I e II grau, torna-se relativamente evidente que as episiotomias as previnem, contudo a própria episiotomia é uma laceração de II grau. Ao compararmos os resultados em termos de dor, risco de infeção, e facilidade de cicatrização conclui-se que a episiotomia aparece mais associada a estas complicações. De acordo com Moini, Yari e Eslami, (2009) o uso de episiotomia de forma restritiva vai aumentar a probabilidade de períneos íntegros no pós-parto, diminuindo também a dor perineal na primeiras 24 a 48h após o nascimento, assim e ainda segundo este autor o uso de episiotomia seletiva está associado a uma maior dor puerperal, dispareunia lacerações mais graves e maior incidência de incontinência urinária no pós-parto. Relativamente ao argumento que defende que as episiotomias seletivas diminuem a morbilidade neonatal, conclui-se que não se encontraram diferenças significativas relativamente ao pH fetal, bem com ao índice de Apgar. Mesmo quando se fala em recém-nascidos pré-termo Berret e colaboradores (1983) citados por Carroli e Belizan (2007) concluíram que não existe qualquer diferença em termos de hemorragia intraventricular, nos bebés que nasceram através de um períneo com episiotomia, ou de um períneo íntegro.

De acordo com uma revisão sistemática desenvolvida pela Agency for Healthcare Research and Quality, o uso liberal de episiotomia não traz qualquer tipo de benefício. Daqui se conclui que esta técnica só deverá ser executada quando existem motivos rigorosos que a justifiquem. Os motivos que hoje se entendem como justificação para a execução de episiotomias são partos instrumentados, apresentações de pelve, macrossomia fetal e feto prematuro, contudo estes motivos requerem confirmação através da investigação (Viswanathan et al, 2006; Hartmann et al, 2006, citados por Carroli & Belizan, 2007).

A correção do trauma perineal é também uma componente importante no trabalho de parto. Segundo Fleming e colaboradores (2004) citados por NICE

(2007) as lacerações deverão ser corrigidas. A grande maioria dos traumas perineais requer o uso de técnicas de sutura. Pretende-se que a sutura permita uma cicatrização por primeira intenção, melhore a hemóstase, e diminua o risco de infecção (Henderson & Bick, 2005, citados por Steen, 2010). Em 2007, o NICE recomendou o uso de sutura contínua no trauma perineal com o objetivo de diminuir a dor perineal no pós-parto.

No próximo capítulo serão abordados os efeitos da água no parto, que representam um importante papel na prevenção de distúrbios no pavimento pélvico, conforme já referiram diversos autores (Aird 1997; Garland 2000; Geissbuehler 2000; Moneta 2001; Otigbah 2000; Schorn 1993, citados por Cluett & Burns, 2009; Nygaard, 2005, citado por Mistrangelo et al., 2007),

## **1.6. Efeitos da água no Parto**

Muitos estudos têm demonstrado a associação das lesões do pavimento pélvico no parto com o aparecimento da incontinência urinária, fecal e prolapso dos órgãos. Alguns autores sugerem a cesariana como medida preventiva no aparecimento destes problemas, contudo de acordo com Nygaard (2005) citado por Mistrangelo e colaboradores (2007), evitar partos vaginais não constitui um programa fiável ou compreensível, quando o objetivo é a prevenção de distúrbios do pavimento pélvico.

A utilização da água durante o trabalho de parto é já uma prática corrente em muitos países, sendo que diversos estudos evidenciam inúmeras vantagens e benefícios. Foi primeiramente utilizada nos países da Europa ocidental por Michelle Odent (2005), um cirurgião geral que cedo se interessou pela área da saúde materna e obstétrica. Os benefícios do parto na água têm sido justificados em vários estudos existindo mesmo uma revisão bibliográfica sobre os mesmos. A imersão durante o trabalho de parto está associada a uma melhor perfusão uterina, menor dor durante a contração, e a um trabalho de parto mais curto e por conseguinte menos instrumentado (Aird 1997; Garland 2000; Geissbuehler 2000; Moneta 2001; Otigbah 2000; Schorn 1993, citados por Cluett, Nikodem, McCandish & Burns, 2009).

A imersão durante o trabalho de parto aumenta a satisfação materna com o trabalho de parto e o seu sentido de controlo sobre o mesmo (Hall, 1998; Richmond, 2003, citados por Cluett et al. 2009). De acordo com Green (1998), também referido por Cluett et al.(2009), as mulheres que sentem controlo sobre o

seu trabalho de parto, têm uma maior sensação de bem-estar no pós-parto. Quando comparados os resultados referentes ao trauma perineal dos vários estudos desenvolvidos sob o tema da imersão durante o trabalho de parto, as conclusões não apresentam diferenças significativas, contudo os benefícios já expostos do uso da imersão tendem a diminuir a necessidade de técnicas invasivas e partos instrumentados, diminuindo conseqüentemente o trauma perineal.

A hidroterapia, ou seja a terapia pela água durante o trabalho de parto pode promover o relaxamento da mulher, diminuindo conseqüentemente a dor e o recurso a terapias farmacológicas, mais invasivas e conseqüentemente mais prejudiciais. Pode definir-se de uma forma muito genérica, como, uma técnica de estimulação cutânea com recurso ao calor superficial, que associada a uma determinada intensidade e tempo de aplicação provoca uma resposta local, regional e geral. Esta técnica quando associada à prática obstétrica pode funcionar como estratégia complementar na abordagem ao trabalho de parto e parto (Sousa & Hortense, 2004).

Segundo Tournaire e Theau-Yonneau (2007), o recurso à água na fase ativa do trabalho de parto, favorece o desenvolvimento do mesmo, promove a dilatação do colo, diminui a pressão arterial, diminui a sensação de dor. Estes efeitos condicionam uma menor necessidade de estratégias farmacológicas.

Porém a imersão da mulher no trabalho de parto, implica necessariamente que as instituições tenham recursos estruturais que maioritariamente não possuem. Contudo, os benefícios da água podem ser utilizados recorrendo a outras técnicas, cuja utilização passa pela vontade dos profissionais de saúde envolvidos.

Disso é exemplo, o uso de compressas molhadas mornas no períneo, esta é uma técnica que tem sido usada como estratégia para reduzir o trauma perineal. Os estudos que servem de base a esta técnica referem que o calor provoca vasodilatação, diminui a estimulação nociceptiva e aumenta disponibilidade de colagénio, o que promove a capacidade de dilatação dos tecidos. Num estudo randomizado não houve diferença significativa entre o grupo de mulheres onde foi usado compressas quando comparados os números de lacerações de I e II grau, contudo, no que diz respeito às lacerações de III e IV grau, houve uma diferença relevante, sendo que o número de lesões foi substancialmente menor no grupo a quem foi colocado as compressas. Sendo que neste mesmo estudo a grande maioria das mulheres refere ter gostado da experiência e tencionar repeti-la num próximo parto (Santoro et al, 2010).

Noutro estudo desenvolvido por Dhalen, Homer, Cooke, Upton, e colaboradores (2007) os resultados mantêm-se, existindo uma diferença

significativa no que diz respeito ao número de lacerações de grau III e grau IV quando se comparam mulheres a quem foram aplicadas compressas mornas e o grupo a quem não foi executada a técnica. Convém ainda ressaltar que neste estudo as mulheres a quem foi executada a técnica reportam menos dor severa, associada à distensão perineal aquando da descida da apresentação. O uso de compressas no períneo faz com que o profissional que assiste ao parto tenha menos possibilidade de manipular o mesmo, provocando dessa forma menos abrasão e maceração. Ainda neste estudo verificou-se uma diferença significativa no que diz respeito à prevalência de incontinência urinária no pós-parto.

A técnica que serve de base a este trabalho não inclui a imersão da mulher em água, contudo impõem o contacto superficial da água com o períneo, procurando os mesmos benefícios.

Após revisão dos principais conceitos associados à gravidez, trabalho de parto, respetivos traumas e incontinência urinária, na segunda parte da presente dissertação será apresentado o estudo empírico, explicitando os diversos aspetos associados ao mesmo como as metodologia adotadas, os resultados obtidos e respetiva discussão, assim como as principais conclusões retiradas.

Posto isto foram estabelecidos uma serie de objetivos para o presente estudo, tais como:

- Analisar os problemas de incontinência urinária no grupo de mulheres sujeitas a parto eutócico a quem foi aplicada água morna no período expulsivo e a quem não foi executada a técnica;
- Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da incontinência urinária nos dois grupos;
- Identificar a prevalência de episiotomias e lacerações (traumas perineais) em ambos os grupos;
- Verificar se existe relação significativa entre a incontinência urinaria e:
  - O tipo de traumas perineais (Lacerações e Episiotomias);
  - O peso do recém-nascido;
  - Paridade.
- Analisar a relação entre os traumas perineais e:
  - Peso do recém-nascido
  - Paridade



## **PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO**



## 2. METODOLOGIA

A investigação aplicada às ciências da enfermagem procura o estudo sistemático dos fenómenos presentes na prática diária ao nível da prestação de cuidados. Segundo Fawcett (1984), citado por Fortin (1999), a investigação em enfermagem corresponde “aos conceitos próprios da enfermagem, que são a pessoa, o seu meio ambiente, a saúde, os cuidados de enfermagem e as relações que se estabelecem entre eles”.

É da responsabilidade de todos os enfermeiros participar no desenvolvimento da disciplina, assim sendo, a investigação deverá ser encarada como parte integrante da profissão (Fortin, 1999).

O método de investigação quantitativo é o mais conhecido dentro do paradigma da investigação, caracteriza-se pela medida das variáveis e pela obtenção de resultados numéricos, passíveis de serem generalizados. De acordo com este método e segundo Burns e Grove (2001), citados por Fortin (2009), os fenómenos humanos são previsíveis e controláveis. Este tipo de investigação considera que os fenómenos devem ser decompostos para poderem ser mais facilmente compreendidos, assim as características fisiológicas, psicológicas e sociais podem ser medidas e controladas (Fortin, 2009).

A abordagem quantitativa visa a obtenção de relações entre variáveis, visa prever relações de causa e efeito, ou verificar teorias. No estudo em causa pretende-se verificar a eficácia de uma intervenção na diminuição da incidência de incontinência urinária no pós-parto.

Neste tipo de investigação o investigador define as variáveis a estudar, recolhe os dados junto dos participantes e analisa-os com base na estatística. O investigador tem como obrigação o controlo e eliminação das variáveis estranhas, uma vez que estas podem condicionar os resultados da investigação, e os resultados que se procuram devem ser o mais objetivos e precisos possível. Os sujeitos escolhidos são selecionados obedecendo a critérios precisos. A fase metodológica consiste na operacionalização do estudo, define assim, o tipo de

estudo, as variáveis a estudar, o meio onde se desenrola o estudo e a população a ser estudada. A metodologia consiste no traçar de um caminho para chegar a um objetivo e compreende um conjunto de atividades sistemáticas e racionais, que visam economizar recursos humanos e materiais, e simultaneamente fornecer uma orientação para percorrer esse caminho e alcançar o objetivo pretendido (Fortin, 2009).

Na definição da metodologia a usar no processo de investigação descrevem-se as questões de investigação, as variáveis do estudo e a sua operacionalização, caracteriza-se a amostra em estudo, o instrumento de recolha de dados, bem como, os procedimentos éticos adjacentes. A abordagem metodológica fica completa com a apresentação do tratamento estatístico efectuado aos dados recolhidos durante o estudo.

## **2.1. Tipo de estudo**

O presente estudo enquadra-se no tipo quase-experimental, correlacional descritivo comparativo. Pretende descrever um fenómeno relativo a uma população, e pretende examinar relações entre variáveis e a natureza dessas mesmas relações. O principal objetivo deste tipo de estudos é a descoberta de fatores ligados a um determinado fenómeno, tendo como último propósito a criação de hipóteses, que poderão ser alvo de confirmação em estudos subsequentes. Este tipo de estudo tem como vantagem major, poder considerar e relacionar ao longo do processo de investigação várias variáveis (Fortin, 1999).

O estudo desenvolvido pretende estabelecer relações de causalidade entre a execução de uma técnica e o resultado obtido com essa mesma técnica. O desenho deste estudo impõe a existência de 2 grupos, o grupo controlo e o grupo experimental, sendo que ao grupo experimental é executada a técnica. O estudo desenvolvido não se enquadra num verdadeiro experimental pois não existe aleatorização absoluta dos intervenientes.

Assim sendo é necessário estar consciente das limitações deste estudo no que diz respeito à sua validade interna e externa (Fortin, 1999). Tendo por base as características da problemática em estudo, a investigação realizada com este trabalho enquadra-se no domínio da investigação descritiva, uma vez que, visa a descrição e identificação de pessoas e situações procurando abranger aspetos gerais, inclusive a frequência com que ocorrem determinados fenómenos, bem como a interligação das diferentes variáveis previamente identificadas no início do

estudo, que como Duhamel citado por Fortín (1999, p.163), referem “(...) *consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta*”.

Os dados para a execução deste estudo foram recolhidos em 2 momentos. A avaliação do tipo de trauma perineal e os dados referentes a história obstétrica materna, e os dados antropométricos do recém-nascido, foram recolhidos durante o estudo piloto, já os dados referentes à incontinência urinária foram recolhidos um ano após o parto. Assim apesar de não poder ser considerado um estudo longitudinal, não poderá também ser considerado um estudo transversal no que diz respeito ao tempo em que ocorre a colheita de dados. Percebe-se ainda, que neste estudo, o método quantitativo é o que melhor se adequa à compreensão do fenómeno estudado, uma vez que, segundo Reidy e Mercier (1999, p.322, citado por Fortin, 2009) “(...) *constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos no que concerne às variáveis em estudo, visando assegurar uma representação da realidade, de modo a que estes dados sejam generalizados a outras populações*”. O propósito major deste tipo de estudo é tentar compreender os fenómenos independentemente de quem os estuda, assim e segundo Fortin, Côté e Vissandjée (1999, p.22 citado por Fortin, 2009), “ *o método quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de conhecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.*”

## **2.2. População e amostra em estudo**

A população alvo utilizada para a elaboração deste trabalho vai de encontro a um estudo piloto desenvolvido na MJD do CHP. As mulheres escolhidas são todas mulheres em idade fértil, caucasianas, todas apresentam gravidez de termo (tempo de gestação superior a 37 semanas), e gravidez única, uma vez que a história obstétrica e as características físicas dos recém-nascidos podem ser variáveis, e para tornar mais representativa a amostra foi necessário emparelhar as mulheres em estudo. Este estudo piloto teve como principal objetivo a melhoria das práticas da assistência ao parto normal.

O número total de mulheres que pertenceram ao grupo experimental é de 140, existindo igual número no grupo de controlo. A amostra de mulheres que participaram neste estudo foi feita de forma aleatória. Apesar da escolha das

mulheres do grupo experimental ter sido feita de forma aleatória, convém ressaltar que apenas algumas EESMOG desenvolviam a técnica na sua prática obstétrica, o que significa que apenas eram colhidos dados quando determinados profissionais estavam a prestar serviço, é também importante referir que nem todos os profissionais estavam motivados para o estudo. A motivação e particularmente importante neste trabalho piloto, uma vez que, se constitui como o principal motivo para a execução da técnica. Todos estes fatores criam algum enviesamento ao estudo podendo condicionar de alguma forma os resultados obtidos.

Após terem sido obtidas todas as autorizações das várias comissões do CHP, para a realização do estudo foi decidido pela equipa do núcleo de partos dar início ao estudo. Assim o no momento da admissão das parturientes no serviço de núcleo de partos, eram explicados os objetivos do estudo, e a sua pertinência no que diz respeito aos ganhos em saúde. Dado que as mulheres estavam em trabalho de parto a informação que foi fornecida foi a mais sucinta e esclarecedora possível, já que a capacidade de compreensão da amostra não era a maior. O que aconteceu em inúmeras vezes foi a necessidade de esclarecimentos posteriores, essencialmente após a realização de analgesia epidural, pois uma vez controlada a dor a mulher compreendia melhor a informação dada.

Desta população foi selecionada uma amostra de 40 mulheres, 20 pertencentes ao grupo experimental e 20 ao grupo controlo. Os critérios de inclusão estas 40 mulheres no presente trabalho centram-se, essencialmente, no facto do nascimento ter ocorrido à aproximadamente um ano. Os restantes critérios são sobreponíveis aos critérios de emparelhamento definidos para a escolha da amostra. Apesar, de reconhecer que uma amostra de 40 mulheres é uma amostra de pequenas dimensões, devo acrescentar que para cumprir os *timings* do estudo e tendo em conta os tempos de espera para a obtenção das autorizações, foi a amostra possível.

A estratégia encontrada para aumentar a representatividade da amostra foi o emparelhamento das mulheres do grupo experimental com as do grupo controlo. Os critérios de emparelhamento foram: idade, raça, paridade, idade gestacional, peso e perímetro cefálico dos recém-nascidos, tipo de início de trabalho de parto. Esta estratégia permitiu criar uma maior homogeneidade da amostra em estudo. Para o processo de emparelhamento a consulta exaustiva dos processos clínicos, de praticamente todas as mulheres que pariram no mesmo espaço de tempo do que as do grupo experimental, pois apenas dessa forma foi possível recolher os dados necessários, para a elaboração deste trabalho.

### 2.3. Instrumento de colheita de dados

Segundo Fortin (1999 p. 249) “(...) a escolha do método faz-se em função das variáveis e da sua operacionalização e depende igualmente da estratégia de análise estatística considerada”. Consequentemente considera-se que é a própria natureza do problema de investigação que determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar. Nesta linha de ideias, considera-se que o questionário poderá constituir um método eficaz na colheita de dados neste estudo, uma vez que permite organizar, normalizar e controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas com o máximo rigor, apesar do questionar limitar o investigador quanto às questões utilizadas, uma vez que não permite o seu aprofundamento, permite um melhor controlo dos enviesamentos (Fortin, 1999).

Como já foi referido anteriormente, o estudo que serve de base a este trabalho de investigação é um estudo piloto desenvolvido pela equipa do núcleo de partos da MJD.

Durante o estudo piloto foi efetuada a recolha dos seguintes dados: idade materna, paridade, antecedentes obstétricos, idade gestacional, tipo de trabalho de parto, uso de oxitocina durante o trabalho de parto, execução de analgesia epidural durante o trabalho de parto, existência e tipo de traumatismo perineal, dados físicos do recém-nascido (peso, estatura, perímetro cefálico). O questionário aplicado nesta fase da investigação é da inteira responsabilidade dos investigadores responsáveis. Convém ressaltar que os dados obtidos no estudo piloto foram utilizados neste trabalho.

Recorremos ao ICIQ-SF (Anexo A) para avaliar a frequência e gravidade da IU, e o impacto na qualidade de vida das mulheres inquiridas. É um questionário específico desenvolvido sobre a égide da ICS, tendo sido validado para a língua portuguesa (Brasil) por Tamanini, Dambros, D’Ancona et al. (2004).

O ICIQ-SF é composto por três itens relacionadas com a frequência, volume da perda urinária e o impacto na Qualidade de Vida. Existe um quarto item, constituído por oito questões relacionadas com os sintomas e que permitem caracterizar o tipo de IU. Da soma dos três primeiros itens obtém-se um score do ICIQ-SF (entre 0 a 21).

Este instrumento tem vindo a ser utilizado em estudos no nosso país (Roza, 2011), e ainda é o instrumento recomendado pela SPU. Aliás foi com a autorização concedida pela SPU que utilizamos este instrumento.

Assim e apesar do número reduzido de elementos no presente estudo, iremos proceder ao estudo de fidelidade, isto é, da sua consistência interna. Para isso recorreremos ao *alpha de Cronbach* que é o procedimento mais utilizado e referido na literatura (Fortin, 1999), sendo que não está definido um valor fixo que indique uma fidelidade satisfatória. Porém é considerada uma boa consistência interna quando o valor de  $\alpha$  excede um valor de 0,80 (Ribeiro, 1999). No que se refere a escala de problemas de incontinência urinária procedeu-se a análise da consistência interna dos seus itens tendo-se obtido no presente estudo um valor de alfa de cronbach elevado ( $\alpha=.916$ ).

A escolha deste questionário deveu-se essencialmente ao facto de ser um questionário de pequenas dimensões e que permite rapidamente a compreensão por parte do investigador do impacto da incontinência urinária na vida dos atores em estudo.

Este instrumento foi aplicado a todas as mulheres que participaram neste estudo num período de tempo inferior a 12 meses após o parto, ou seja todas as mulheres contactadas terão à data do contacto telefónico parido há menos de um ano. As mulheres que pertenceram ao grupo controlo foram seleccionadas de forma emparelhada como já referi anteriormente.

As 40 participantes foram contactadas por via telefone, e foram informadas dessa forma quais os objetivos do trabalho, bem como a sua confidencialidade e anonimato.

## **2.4. Procedimentos**

A investigação aplicada às pessoas poderá colocar em causa direitos e liberdades individuais. O investigador tem por obrigação moral e deontológica tomar todas as precauções para que os direitos dos indivíduos que estão a ser alvo de investigação sejam preservados e respeitados (Fortin, 1999).

Desde a formação base que é dado a conhecer aos estudantes de enfermagem os cinco princípios éticos básicos, que deverão ser garantidos a quando da prestação de cuidados, também durante a investigação em enfermagem esses princípios devem ser cumpridos. Assim o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito contra o prejuízo e o desconforto e o direito a um tratamento justo, são premissas que deverão ser escrupulosamente cumpridas.

O questionário aplicado, pelo seu tamanho e linguagem permite um fácil preenchimento telefónico pelo investigador. As mulheres podem a qualquer altura recusar responder às questões, só com a sua autorização verbal é que os dados serão obtidos. Foi garantido a todas as intervenientes do estudo a confidencialidade das informações e dos dados obtidos. Assim no decorrer deste estudo foi solicitado à comissão de ética do CHP a dispensa de consentimento informado. Esta comissão avaliou o projeto que serviria de base para o desenvolvimento do estudo e após análise e esclarecimento deu a sua autorização por escrito (cf, Anexo III).

A técnica a ser estudada neste processo de investigação, é uma técnica inovadora, que até à data não foi estudada por nenhum investigador, contudo, convém realçar que independentemente da sua utilização, nenhum cuidado foi omitido ou negligenciado. Todas as intervenções recomendadas para a assistência ao “parto normal” (OMS,) foram cumpridas, apenas foi introduzido um novo cuidado. Todas as mulheres que participaram no estudo pariram em posição ginecológica, este facto é de enorme importância, pois como já foi referido anteriormente, uma das estratégias comprovadas enquanto promotoras da integridade perineal é o “parto de lado”. Às mulheres do grupo experimental foi aplicada água a 35-37° durante os esforços expulsivos, através de “água corrente”, isto foi conseguido através da utilização de garrafas de água bidestilada, que existem no serviço de núcleo de partos da MJD e que habitualmente são usadas para a lavagem do períneo durante o trabalho de parto. A temperatura da água foi escolhida tendo em conta a temperatura basal do ser humano e aquela que era mais confortável para a mãe (Anderson T, 2004).

Às mulheres do grupo de controlo não foi aplicada água no período expulsivo. A técnica foi executada por investigadores que faziam parte da equipa de parteiras da MJD.

Durante o estudo piloto foi aplicado às mulheres um instrumento, que recolhia os seguintes dados:

- Idade materna
  - Paridade
  - Antecedentes Obstétricos
  - Idade Gestacional
  - Tipo de trabalho de parto
  - Uso de oxitocina durante o trabalho de parto
  - Execução de analgesia epidural durante o trabalho de parto
  - Existência e tipo de traumatismo perineal
  - Dados físicos do Recém-Nascido (peso, estatura, perímetro cefálico)

Este estudo piloto foi aprovado pelo Conselho de Gestão da Maternidade Júlio Dinis, constando do plano de atividades do serviço: Bloco de Partos para 2010

Após a recolha dos dados, torna-se necessário proceder ao tratamento e apresentação dos resultados obtidos. A fiabilidade dos dados obtidos poderá ser influenciada diretamente pela complexidade dos dados a recolher, pelo que a utilização de métodos e técnicas específicas se torna indispensável.

O tratamento dos dados obtidos foi efetuado através de métodos informáticos, utilizando o programa *IBM SPSS Statistics vs 20*.

Numa fase inicial será caracterizada a amostra do presente estudo e respetivas subamostras (grupo controlo e experimental) tendo em conta, variáveis como idade, idade gestacional e medidas antropométricas recorrendo à estatística descritiva e a estatística inferencial.

No recurso à estatística inferencial teve-se em conta a previa avaliação da distribuição normal através dos testes *Kolmogorov-Smirnov (K-S)* e *Shapiro Wilk (SW)*, recorrendo à estatística paramétrica ou não paramétrica de acordo com a tipologia das variáveis.

O nível de significância utilizado foi de 5% sendo como tal significativos os resultados com valor de p (probabilidade de significância) inferiores a 0.05.

### 3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste ponto começa-se por caracterizar a amostra, tendo em consideração variáveis como a idade, idade gestacional, medidas antropométricas, motivos do internamento e se, se trata do primeiro parto ou não, passando de seguida à apresentação dos resultados obtidos em resposta aos objectivos do estudo.

#### 3.1. Caracterização da Amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 40 mulheres (grupo experimental- 20 sujeitas a coloração de água a 35º a 37º no períneo durante o período expulsiva e 20 de um grupo de controlo).

De acordo com a tabela 1, salienta-se que as mulheres do grupo experimental e do grupo de controlo apresentam idades muito semelhantes, dada a ausência de diferenças significativas, sendo porém ligeiramente mais velhos as mulheres do grupo experimental ( $M=28,75$ ,  $DP=5,84$ ).

TABELA 1: Resultados médios relativos à idade por grupo

Idade	Grupo			
	Experimental (n=20)		Controlo (n=20)	
	M	DP	M	DP
	28,75	5,84	28,65	5,86

A tabela 2, apresenta os resultados relativos à idade gestacional dos dois grupos (experimental e controlo). Constata-se que a mesma é ligeiramente superior no grupo de controlo ( $M=39,36$ ,  $DP=1,04$ ).

TABELA 2: Resultados médios relativos à idade gestacional por grupo

Idade Gestacional	Grupo
-------------------	-------

<i>Experimental (n=18)</i>		<i>Controlo (n=19)</i>	
<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
39,11	1,13	39,26	1,04

Relativamente a medidas antropométricas dos recém-nascidos os resultados obtidos na tabela 3, revelam valores nos dois grupos muito semelhantes

Porém o peso dos bebés do grupo de controlo é superior (M=3309,50, DP=349,02), o mesmo se verificando em relação ao perímetro encefálico (M=34,52, DP=1,24). Já, relativamente ao comprimento este é superior no grupo experimental (M=49,45, DP=2,10).

TABELA 3: Resultados médios relativos a medidas antropométricas por grupo

<i>Medidas Antropométricas</i>	<i>Grupo</i>			
	<i>Experimental (n=20)</i>		<i>Controlo (n=20)</i>	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Peso	3273,30	355,24	3309,50	349,02
Comprimento	49,45	2,10	49,37	1,50
Perímetro Encefálico	33,95	1,05	34,52	1,24

As proporções dos motivos de internamento muito semelhantes entre os dois grupos. Existe porém uma proporção superior de mães do grupo de controlo cujo motivo é o início do trabalho de parto (19/20, 95.0%). A proporção de mães que apresentam como motivo a indução do trabalho de parto é superior no grupo experimental (4/20, 20.0%) (cf. tabela 4).

TABELA 4: Resultados relativos ao motivo de internamento por grupo

<i>Motivo</i>	<i>Grupo</i>	
	<i>Experimental</i>	<i>Controlo</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Início de Trabalho de parto	16 (80.0%)	19 (95.0%)
Indução do Trabalho de Parto	4 (20.0%)	0 (0.0%)
Não responde	0 (0.0%)	1 (0.5%)
Total	20 (100.0%)	20 (100.0%)

Relativamente ao nº de vezes que as participantes tiveram filhos, nota-se que os resultados entre os grupo mantem-se exatamente iguais (cf. Tabela 5).

TABELA 5: Resultados relativos ao número de partos efetuado por grupo

Primeiro Parto	Grupo	
	Experimental	Controlo
Sim	14 (70.0%)	14 (70.0%)
Não	6 (30.0%)	6 (30.0%)
Total	20 (100.0%)	20 (100.0%)

### 3.2. Apresentação de Resultados

Um dos objectivos do estudo é “Identificar a prevalência de episiotomias e lacerações (traumas perineais) em ambos os grupos”. De acordo com a tabela 11, o tipo de trauma o mais comum é a Episiotomia (n=27, 67.5%), seguindo-se a laceração de 1º Grau (n=11, 27.5%) e por fim a laceração de 2º grau (n=2, 5.0%) (cf. Tabela 6).

TABELA 6: Resultados relativos ao tipo de trauma perineal

Trauma Perineal	N	%
Episiotomia	27	67,5
Laceração 1º Grau	11	27,5
Laceração 2º Grau	2	5,0
Total	40	100,0

Ainda no que se refere ao mesmo objectivo podemos verificar da tabela 12, que a associação entre o tipo de trauma e o a realização ou não de parto eutócico com água morna revelou-se significativa ( $\chi^2=13.845$ ,  $p<.05$ ), sendo neste caso significativamente superior a proporção de mulheres sujeitas a episiotomia do grupo de controlo (19/20, 95.0%) comparativamente ao grupo experimental (8/20, 40.0%), e por outro lado superior a proporção de mulheres do grupo experimental (10/20, 50.0%) que tem laceração comparativamente as que não têm (1/20, 5.0%). Também se verifica uma proporção claramente superior de lacerações de grau 2 no grupo experimental (2/20, 10.0%) (cf. Tabela 7).

TABELA 7: Resultados relativos ao tipo de trauma por grupo  
(Teste de Fisher Qui-Quadrado)

Tipo de Trauma	Grupo		X <sup>2</sup>	p
	Experimental	Controlo		
Laceração Grau 1	<b>10 (50.0%)</b>	1 (5.0%)	13.845	0.001
Laceração Grau 2	<b>2 (10.0%)</b>	0 (0.0%)		
Episiotomia	8 (40.0%)	<b>19 (95.0%)</b>		
Total	20 (100.0%)	20 (100.0%)		

Em resposta ao objectivo **“Analisar os problemas de incontinência urinária no grupo de mulheres sujeitas a parto eutócico a quem foi aplicada água morna no período expulsivo e a quem não foi executada a técnica”** podemos verificar na tabela 8, os resultados relativos a escala de avaliação de problemas de incontinência urinária resultado do somatório de um conjunto de questões relacionadas com a frequência da perda de urina, quantidade de urina perdida e nível de impacto da mesma perda no dia-a-dia.

Relativamente aos resultados da quantidade de urina perdida, nota-se que no grupo experimental a maioria refere não perde nenhuma (n=14, 70.0%), o mesmo se verificando no grupo de controlo (n=10, 50.0%). Porém é importante também salientar que uma proporção razoável de mães do grupo de controlo (n=8, 40.0%) referem perder urina uma vez por semana.

TABELA 8: Frequência de perda de urina

Frequência de perda de urina	Grupo	
	Experimental	Controlo
Nunca	14 (70.0%)	10 (50.0%)
Uma vez por semana ou menos	3 (15.0%)	8 (40.0%)
Duas a três vezes por semana	2 (10.0%)	2 (10.0%)
Várias vezes por dia	1 (5.0%)	0 (0.0%)
Total	20 (100.0%)	20 (100.0%)

Quanto à quantidade de urina perdida, conforme a tabela 9, podemos verificar que, no grupo experimental a maior parte das mães referem não perder nenhuma urina (n=14, 70.0%). Neste grupo apenas 25% (n=5) afirmam perder uma quantidade pequena. No grupo de controlo uma proporção semelhante (n=10, 50%) refere ou não perder nenhuma urina ou perder apenas uma pequena quantidade. Nenhuma refere perder quantidades moderadas de urina (n=0, 0.0%).

TABELA 9: Quantidade de urina perdida

Quantidade de urina que perde	Grupo	
	Experimental	Controlo
Nenhuma	14 (70.0%)	10 (50.0%)
Uma quantidade Pequena	5 (25.0%)	10 (50.0%)
Uma quantidade moderada	1 (5.0%)	0 (0.0%)
Total	20 (100.0%)	20 (100.0%)

Quanto ao nível de interferência que a perda de urina tem no dia-a-dia das mulheres os resultados obtidos revelam um nível muito baixo, os resultados foram exprimidos em termos de medidas de tendência central (Média mediana e moda) dado o carácter quase intervalar da variável em questão (Grau que varia de 1 a 9). De acordo com os resultados médios, medianos e modais obtidas podemos verificar que quer no grupo experimental quer no grupo de controlo a interferência de perda de urina no dia-a-dia das mães participantes do presente estudo é muito baixa variando apenas entre 0 e 1 numa escala de 1 a 9.

TABELA 10: Grau de interferência de perda de urina no dia-a-dia

Grau que perda interfere no dia	Grupo					
	Experimental (n=20)			Controlo (n=20)		
	Média (M)	Mediana (Md)	Moda (Mo)	Média (M)	Mediana (Md)	Moda (Mo)
	0,95	0,00	0,00	0,85	0,50	0,00

Por fim quanto ao resultado da escala total, o mesmo também foi analisado em termos de medidas de tendência central, verificando-se da tabela 11, que quer no grupo experimental quer no grupo de controlo os resultados obtidos são baixos.

TABELA 11: Resultado total de incontinência urinária

Total de Perdas	Grupo					
	Experimental (n=20)			Controlo		
	M	Md	Mo	M	Me	Mo
	2,10	0,00	0,00	2,45	2,00	0,00

Um dos outros objectivos do presente estudo é **“Verificar se existem diferenças significativas ao nível dos problemas de incontinência urinária entre as mulheres que foram sujeitas à técnica, (grupo experimental e as que não foram sujeitas).”**

De acordo com o teste de Mann-Whitney (distribuição não normal, cf. tabela 1, Anexo IV) os resultados relativos a cada uma das questões sobre a perda de urina assim como o resultado global apresentam-se muito semelhantes entre os dois grupos, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0.05$ ), conforme se pode observar na tabela 12.

TABELA 12: Resultados relativos às variáveis da escala de incontinência urinária e escala total por grupo (Teste de Mann-Whitney)

Varáveis escala de incontinência Urinária	Grupo						p
	Experimental (n=20)			Controlo (n=20)			
	M	Md	MR	M	Md	MR	
Frequência de perda de urina	0,55	0,00	19.00	0,60	0,50	22.00	0.404
Quantidade de urina perde	0,70	0,00	18.75	1,00	1,00	22.25	0.333
Grau que perda interfere no dia	0,95	0,00	19.55	0,85	0,50	21.45	0.605
Incontinência Urinária Total	2,10	0,00	18.93	2,45	2,00	22.08	0.353

Num outro objectivo procurou-se **“Verificar se existe associação significativa entre o tipo de trauma e os problemas de incontinência urinária”**. De acordo com a tabela 13, podemos verificar que a associação não se apresenta estatisticamente significativa quer no grupo experimental quer no grupo de controlo, conforme os resultados do teste de Kruskal Wallis (as variáveis não seguem uma distribuição normal em todos os grupos, conforme o teste de Shapiro Wilk – cf. tabela 2, Anexo IV).

TABELA 13: Incontinência Urinária por tipo de trauma perineal (Teste de Kruskal Wallis)

Incontinência Urinária	Grupo															P	
	Experimental (n=20)									Controlo (n=20)							
	Episiotomia (n=8)			Laceração 1º Grau (n=10)			Laceração 2º Grau (n=2)			Episiotomia (n=19)			Laceração 1º Grau (n=1)				
	M	Md	MR	M	Md	MR	M	Md	MR	M	Md	MR	M	Md	MR		
Frequência																	
perda de urina	,38	,00	9.94	,70	,00	10.70	,50	,50	11.75	.876	,58	,00	10.29	1,00	1,00	14.50	.441
Quantidade																	
de urina perdida	.50	,00	9.88	,80	,00	10.65	1,00	1,00	12.25	.810	,94	,00	10.24	2,00	2,00	15.50	.317

Perda																		
interfere no dia	,62	,00	10.38	1,30	,00	10.60	,50	,50	10.50	.996	,84	,00	10.37	1,00	1,00	13.00	.639	
Incontinência Urinária Total	1,37	,00	10.06	2,70	,00	10.65	2,00	2,00	11.50	.922	2,36	,00	10.37	4,00	4,00	13.00	.640	

Em relação ao objectivo em que se pretende “**Verificar se o peso esta relacionado com a incontinência urinaria**” os resultados presentes na tabela 14, não se verifica em nenhum caso correlação estatisticamente significativa, conforme o teste de correlação de Spearman (distribuição das variáveis não normal, cf. Tabela 3, Anexo IV), dado os valor de p obtidos serem sempre superiores a 0.05.

TABELA 14: Correlação de Spearman entre peso e resultados da escala de incontinência

Grupo	Escala de Incontinência urinária	Peso
Experimental	Frequência de perda de urina	0,310 (n.s.)
	Quantidade de urina que perde	0,315 (n.s.)
	Perda interfere no dia	0,345 (n.s.)
	Incontinência urinária Total	0,315 (n.s.)
Controlo	Frequência de perda de urina	-0,212 (n.s.)
	Quantidade de urina que perde	-0,139 (n.s.)
	Perda interfere no dia	-0,090 (n.s.)
	Incontinência urinária Total	-0,121 (n.s.)

N=40, n.s. (não significativo)

Também se analisou as diferenças ao nível da incontinência urinária em função das mães terem ou não o primeiro parto. Os resultados obtidos não se apresentaram estatisticamente significativos, conforme o teste de Mann-Whitney (resultados não seguem uma distribuição normal, cf. Tabela 4, Anexo IV), no grupo de controlo e no grupo experimental (cf. tabela 15).

TABELA 15: Resultados relativos à incontinência urinária em função do primeiro parto

Incontinência Urinária	Experimental						p	Controlo						p
	Primeiro Parto							Primeiro Parto						
	Não (n=6)			Sim (n=14)				Não (n=6)			Sim (n=14)			
	M	Md	MR	M	Md	MR		M	Md	MR	M	Md	MR	
Frequência de perda de urina	0.83	0.00	11.00	0.42	0.00	10.29	0.760	0,67	1,00	11.50	0,57	0,00	10.07	0.583
Quantidade de urina perdida	1,00	0,00	11.17	0,58	0,00	10.21	0.681	1,33	2,00	12.17	0,86	0,00	9.79	0.342
Perda interfere no dia	1,83	0,00	10.67	0,57	0,00	10.43	0.925	0,83	1,00	11.25	0,85	0,00	10.18	0.688
Incontinência Urinária Total	3,67	0,00	11.17	1,42	0,00	10.21	0.684	2,83	4,00	11.17	2,28	0,00	10.21	0.722

Também se procurou verificar se o peso das mães se encontrava associado aos traumas epidurais. Os resultados obtidos não se apresentam estatisticamente significativos, de acordo com o teste de Kruskal Wallis (número reduzido de elementos por grupo), quer no grupo experimental, quer no de controlo (cf. Tabela 16).

TABELA 16: Resultados relativos a associação entre o peso das mães e os traumas perineais

Peso	Grupo				
	Experimental (n=20)			Controlo (n=20)	
	Episiotomia (n=8)	Laceração 1º Grau (n=10)	Laceração 2º Grau (n=2)	Episiotomia (n=19)	Laceração 1º Grau (n=1)
M	3200,00	3354,60	3160,00	3297,89	3530,00
Md	3230,00	3210,00	3160,00	3250,00	3530,00
MR	9.69	11.95	6.50	10.26	15.00
P		0.434			0.435

Também se pode observar numa análise complementar, tendo em conta, categorias de peso (menos de 2500 gramas, entre 2500 e 3500 e mais de 3500) que também não existe no grupo experimental e no grupo de controlo ( $p \geq 0.05$ ) (cf. Tabela 17).

TABELA 17: Associação entre peso em classes e trauma perineal

Grupo	Trauma Perineal	Peso (gramas)		Total	p
		2500 a 3500	mais de 3500		
Experimental (n=20)	Episiotomia	7 (43.8%)	1 (25.0%)	8 (40.0%)	0.495
	Laceração 1º Grau	7 (43.8%)	3 (75.0%)	10 (50.0%)	
	Laceração 2º Grau	2 (12.5%)	0 (0.0%)	2 (10.0%)	
	Total	16 (100.0%)	4 (100.0%)	20 (100.0%)	
Controlo (n=20)	Episiotomia	13 (100.0%)	6 (85.7%)	19 (95.0%)	0.162
	Laceração 1º Grau	0 (0.0%)	1 (14.3%)	1 (5.0%)	
	Total	13 (100.0%)	7 (100.0%)	20 (100.0%)	

Por fim também se analisou a relação entre a paridade e os traumas perineais. Os resultados obtidos com recurso ao teste de Qui-Quadrado não se apresentam estatisticamente significativos em cada um dos grupos estudados, não se podendo assim retirar nenhuma conclusão significativa sobre este tipo de relação (cf. Tabela 25).

TABELA 18: Associação entre paridade e trauma perineal

Grupo	Trauma Perineal	Primeiro Parto		p
		Não	Sim	
Experimental (n=20)	Episiotomia	2 (33.3%)	6 (42.9%)	0.490
	Laceração 1º Grau	4 (66.7%)	6 (42.9%)	
	Laceração 2º Grau	0 (0.0%)	2 (14.3%)	
	Total	6 (100.0%)	14 (100.0%)	
Controlo (n=20)	Episiotomia	5 (83.3%)	14 (100.0%)	0.300
	Laceração 1º Grau	1(16.7%)	0 (0.0%)	
	Total	6 (100.0%)	14 (100.0%)	

### 3.3. Discussão de Resultados

A pesquisa, a reflexão e a investigação são ferramentas muito importantes para a enfermagem, já que dessa forma, fornecem conhecimento novo, melhoram os cuidados de saúde e desafiam a prática da enfermagem com novas ideias. Os cuidados de enfermagem resultantes da evidência vêm solidificar a profissão enquanto ciência, já que é determinada por pesquisa relevante e não por tradição (Sousa & Hortense, 2005).

Após a análise e apresentação dos resultados e com recurso ao quadro teórico apresentado, torna-se fundamental, colocar estes mesmos resultados em discussão.

A execução deste trabalho procura encontrar associações entre a aplicação de água morna no períneo durante o período expulsivo e a ocorrência de incontinência urinária, sendo este o objetivo primordial, não se pode desprezar a associação entre o trauma perineal e a incontinência urinária. Assim considerou-se pertinente analisar a ocorrência e o tipo de trauma perineal entre dois grupos, sendo que as mulheres de um dos grupos foram sujeitas a essa técnica.

Através da análise dos resultados obtidos com este trabalho, não se pôde verificar diferenças significativas quanto à ocorrência de incontinência urinária, no grupo experimental e no grupo controlo. Também na revisão sistemática efetuada por Cluett e colaboradores (2009) não se encontraram evidências científicas sobre esta associação, embora demonstrem a sua eficácia na redução da analgesia e dor. Poder-se-á inferir que estes resultados poderão conduzir a uma menor instrumentalização do parto e conseqüente redução do trauma perineal. E neste âmbito a investigação já demonstra uma relação significativa, pois no estudo comparativo desenvolvido por Leslie (2004), citado por Herbruck (2008), as

mulheres que são submetidas a episiotomia têm mais probabilidade de desenvolverem incontinência urinária quando comparadas com as que têm bebês com períneos íntegros ou lesões perineais minor. Contrariamente o estudo de Dahlen e colaboradores (2007), demonstra que as mulheres que foram sujeitas à aplicação de água quente referem menos incontinência urinária que as sujeitas aos cuidados *standards*.

No trabalho em análise não foi possível avaliar as mulheres no que se refere à incontinência urinária numa fase mais precoce, apesar de ser essa a intenção inicial. Contudo, devido aos atrasos na aceitação da elaboração do estudo por parte do CHP, não foi possível.

Após a análise da ocorrência de trauma perineal, não se pode verificar uma diferença significativa nos 2 grupos. No grupo experimental observa-se um maior número de lacerações de grau I e II (10 lacerações de grau I e 2 lacerações de grau II), já no grupo controlo é possível observar um número bastante menor de lacerações, no entanto o número de episiotomias é substancialmente superior, significando que a diferença encontrada neste trabalho está no tipo de trauma.

Estes resultados vão ao encontro daqueles encontrados por Declercq e colaboradores (2006), que encontraram taxas de episiotomia de 25%, (nos Estados Unidos), quando se iniciou a prática do uso da episiotomia de forma restritiva, ou seja deixaram de se executar episiotomias preventivas para a ocorrência de traumas severos.

Estes resultados evidenciam que a instrumentalização por parte dos profissionais é menor, pois a aplicação de água impede o acesso ao períneo e conseqüentemente a realização de episiotomia. De facto, os estudos desenvolvidos nesta área evidenciam que a prática de episiotomia de forma rotineira revela-se prejudicial (Carol & Belizan, 2007).

Apesar da reduzida dimensão da amostra, os nossos resultados apontam para um valor percentual elevado de episiotomias, sendo 40% e 95% no grupo experimental e de controlo respetivamente. Estes valores ultrapassam os recomendados, pois esta taxa deveria rondar os 10%, uma vez que a evidência demonstra que as episiotomias tendem a condicionar mais a dor no pós-parto (Goer et al., 2007; Hartmann et al., 2005; Klein et al., 1994; Renfrew, Hannah, Albers, & Floyd, 1998, citados por Lamaze Internacional, 2009).

De acordo com a revisão desenvolvida por Carol e Belizan (2007) a episiotomia deverá ser executada de forma restritiva, pois essa prática condiciona menor trauma perineal posterior, menor necessidade de sutura e menor número de complicações perineais aos 7 dias pós-parto. Ainda segundo a revisão bibliográfica

verifica-se não existirem diferenças significativas quando se avaliam lesões perineais graves, incontinência urinária e dispareunia. Ou seja, tanto na prática da episiotomia de rotina como na prática restritiva este tipo de fenômenos podem ocorrer.

Apesar das já referidas limitações do nosso estudo, os resultados encontrados são semelhantes a um estudo randomizado (Dahlen, et al, 2007). Neste estudo em que também se recorreu ao uso de compressas quentes no períneo, não encontraram diferenças significativas no que diz respeito às lesões perineais com necessidade de sutura. Contudo no que diz respeito ao número de lesões graves a diferença encontrada foi significativa, sendo maior no grupo de controlo. Na análise referente ao trauma perineal, associado ao uso de água, e apesar de não existir nenhum estudo desenvolvido semelhante aquele que é apresentado, pode-se verificar que os resultados encontrados neste estudo são semelhantes aqueles encontrados na revisão sistemática sustentada em estudos randomizados, desenvolvida por Cluett e colaboradores (2009). Nesta análise não foi possível encontrar diferenças significativas quanto ao trauma perineal, nas mulheres que foram imersas em água quente e nas que pariram da forma convencional.

No presente estudo quando se avalia a relação entre a paridade e o trauma perineal não é possível observarem-se diferenças significativas, ao contrário do apresentado nos resultados dos estudos desenvolvidos por Andrews (2006), Fitzpatrick (2001), Mayerhofer (2002) e Soong (2005), citado por Cluett e colaboradores (2009), em que as mulheres que nunca pariram, têm maior risco de desenvolverem trauma perineal.

De acordo com estudos anteriores desenvolvidos por O'Boyles (2005) e Costantini (2004), citados por Herbruck (2008) existe uma diminuição da força muscular do pavimento pélvico após o parto, o que tende a condicionar disfunções do pavimento pélvico como é exemplo a incontinência urinária e também Danforth et al (2006), Sand et al (1995), Viktrup et al (2006), Wesnes et al., (2007), citados por Herbruck (2008) evidenciam nos seus estudos resultados que indicam que o primeiro parto tem uma grande associação com a incontinência urinária a longo prazo, sendo que mulheres com 2 partos têm 67% mais probabilidade de desenvolverem incontinência urinária do que mulheres que nunca pariram.

Porém no nosso estudo, quando se relaciona a paridade e a ocorrência de incontinência os resultados não se apresentam significativos, contrariando o que a literatura anterior refere.

Na generalidade uma morbidade perineal mais grave está associada a lesões perineais mais severas, o que significa que lacerações de grau I e II tendem a ter consequências perineais menos graves do que lacerações de grau III e grau IV (Radestad 2008; Williams 2007, citados por Aasheim et al.,2011). No presente estudo foram comparadas dois tipos de lacerações (grau I e Grau 2) e as episiotomias ao nível dos problemas de incontinência urinária, considerada uma morbidade perineal, não sendo porem os resultados obtidos estatisticamente significativos, apesar dos resultados obtidos nas episiotomias serem superiores.

Eventualmente este resultado poderá dever-se ao facto da amostra ser de pequenas dimensões, em que o número de mulheres que à data da recolha apresentavam incontinência urinária era muito pequeno, o que incondicionalmente se veio a repercutir nos resultados encontrados. É importante, porém, revelar que no grupo experimental os resultados apesar de também não se apresentarem significativos apresentam-se superiores nos grupos com lacerações comparativamente aos que realizaram episiotomia, o que pode estar associado ao facto de as mulheres terem sido submetidas à técnica utilizada no presente estudo.

Quanto a associação entre o peso e os problemas de incontinência urinária a mesma não se apresenta significativa o que indica que um maior ou menor peso não implica mais ou menos problemas de incontinência nas mães.

Através da análise dos resultados não foi possível observar diferenças significativas relativamente ao peso dos recém-nascidos e a gravidade do trauma perineal em nenhum dos 3 grupos analisados (amostra total, grupo experimental e grupo de controlo), já que no presente trabalho não foram os bebés mais pesados que condicionaram lesões mais graves, ao contrário do referenciado por Andrews (2006), Fitzpatrick (2001), Mayerhofer (2002) e Soong (2005), citados por Aasheim et al.,(2011) que afirmam que bebés maiores em termos de peso e perímetro cefálico tendem a condicionar e a aumentar o risco de trauma perineal.

Em suma, os resultados obtidos com este trabalho vêm fundamentar e reforçar a ideia de que outros trabalhos deverão ser desenvolvidos no futuro, com amostras mais significativas. Já que considera-se que uma amostra de 40 mulheres revela-se insuficiente para retirar conclusões que possam ser extrapoladas para a população. Importa referir que apesar de não ter sido possível com este trabalho encontrar diferenças significativas quanto ao trauma perineal e à incontinência urinária, a satisfação das mulheres em sala de partos justifica o uso da técnica, já que as mulheres verbalizaram uma boa aceitação da técnica, uma vez que esta lhes causava conforto e relaxamento. Apesar da opinião das mulheres não ter sido objeto de análise é de todo pertinente revelar este facto, já que sabe-se que

mulheres mais satisfeitas com o seu trabalho de parto tendem a ter partos menos complicados e maiores níveis de bem-estar no pós-parto (Cluett et al, 2009).



## 4. CONCLUSÃO

O estudo desenvolvido teve como principal objetivo perceber se o uso de uma técnica inovadora em sala de partos contribui para a diminuição da ocorrência de incontinência urinária. O tema em si é de extrema importância, não só para a saúde das mulheres em particular mas também para a saúde pública. A técnica é de muito simples execução e não é dispendiosa, já que o material necessário é de uso comum nos hospitais portugueses. Num período onde tanto se fala em contenção de custos mesmo no que diz respeito aos cuidados de saúde, é de todo pertinente avaliar e analisar as consequências económicas que a incontinência urinária tem para o serviço nacional de saúde. Diariamente os media publicitam ajudas técnicas como os lubrificantes e os equipamentos para a incontinência urinária que têm como objetivo minimizarem o efeito negativo que estes problemas causam na vida quotidiana das mulheres. Anualmente dezenas de mulheres recorrem aos hospitais portugueses com problemas associados à incontinência urinária e com patologia ginecológica decorrente de traumas perineais ocorridos durante o trabalho de parto.

O uso de estratégias pouco invasivas como aquela que é aqui apresentada, não só previne a utilização em trabalho de parto de recursos mais dispendiosos, como, ao limitar a necessidade de episiotomias e aumentar o número de períneos íntegros, vai condicionar melhores outcomes puerperais.

Herron-Marx e colaboradores (2007) constataram que as mulheres que sofrem de morbilidade perineal têm menor autoestima e tendem a desenvolver mais depressão pós-parto, referindo sentimentos de isolamento, verbalizando que a sua condição não é devidamente considerada.

Esta técnica não tem qualquer efeito secundário que possa prejudicar a parturiente ou o recém-nascido, pois o cuidado em si não desvaloriza ou negligência qualquer abordagem considerada benéfica e recomendada durante o trabalho de parto. Este “novo” cuidado apresenta benefícios imediatos, já que as mulheres a quem foi executada a técnica referem alívio e sensação de conforto

provocada pela água quente. Os resultados obtidos com este processo de investigação, apesar de serem pouco significativos tendo em conta o tamanho da amostra e conseqüente impossibilidade de se efetuarem generalizações para a população, justificam o uso da técnica como protetora de lesões graves do períneo e de episiotomias. Com este tipo de investigação pretende-se o enriquecimento do conhecimento em enfermagem de saúde materna e obstétrica, melhorando os cuidados praticados em sala de partos.

Estas questões vêm colocar em questão os cuidados disponibilizados à mulher, que deverão ser sempre centrados nas suas necessidades e não naquelas que os profissionais de saúde consideram importantes. Assim os cuidados deverão ser centrados na mulher.

A abordagem à mulher tanto na gravidez como no pós-parto deverá ser o mais aberta possível, para permitir às mesmas a explanação dos seus problemas livres de tabus. As orientações fornecidas às mulheres no período pré-natal assumem também uma importância major, pois só conhecendo os procedimentos necessários, as atitudes e comportamentos mais adequados é que vai ser possível às mulheres gerirem com os profissionais em sala de parto as intervenções necessárias para evitar o trauma perineal e o recurso à episiotomia (Progianti, 2006).

A mulher em todo o processo que vai desde a gravidez até ao nascimento deve ser colocada no topo da pirâmide, a humanização dos cuidados à mulher centra-se essencialmente em perceber o que é importante e fundamental para cada mulher e procurar ir de encontro às suas necessidades e opções sempre que for possível. Não basta assim, verbalizar que as necessidades das mulheres são tidas em consideração, é necessário reformular práticas, recrutar novos conhecimentos, investir na prática baseada na evidência, tendo como meta principal o respeito pelas opções das mulheres e pelo acontecimento de vida que é um nascimento. O EESMO é reconhecidamente o profissional mais habilitado a assistir a mulher neste momento uma vez que resgata o parto “normal” como um evento fisiológico, propicia dignidade, segurança e autonomia (Velho et al, 2010). Cabe ao EESMOG reconhecer os aspetos sociais e culturais envolvidos na gravidez e parto garantindo sempre o cumprimento dos direitos de cidadania da mulher e da sua família

Quando a ciência é desenvolvida em prol do bem-estar dos indivíduos, o esforço e dedicação necessários à sua conclusão ficam por si só justificados

## BIBLIOGRAFIA

AASHEIM, Vigdis et al. - Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Em linha]. Vol 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2 (Dec 2011). [Consult, 16 Fev. 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22161407>>

ALBERS, L; BORDERS, N. - Minimizing Genital Tract Trauma and Related Pain Following Spontaneous Vaginal Birth; *Journal of Midwifery & Women's Health*. [Em Linha] Vol. 52, Nº 3. (Mai/Jun, 2007). p. 246-53. [Consult. 17 Mar. 2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17467591>>

ALBERS, Leah et al – Midwifery measures in second stage of labour and reduction of genital tract trauma: randomized controlled trial; *Journal of Midwifery and Womens Health* [Em linha]. Vol. 50, nº 5. (Oct 2005). p. 365-72. [Consult. 14 Mar. 2013]. Disponível na Internet: URL <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16154062>>

ALLEN, R et al - Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* [Em linha] Vol. 97, nº 9 (Sep 1990). p.770–79. [Consult. 14 Mar. 2013]. Disponível na internet: URL<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2242361>>

ANDERSON T. Time to throw the waterbirth thermometers away. *MIDIRS*. Ano 14, nº 3. (2006). p. 370–74.

BORGES, B; SERRANO, F; PEREIRA, F. – EPISIOTOMIA: Uso generalizado versus selectivo. *Acta Médica Portuguesa* [Em linha]. Vol 16. (2003). p.447-454. [Consult. 14 Jan 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2003-16/6/447-454.pdf>>

BRANCATO, R; CHUCH, S; STONE, P - A Meta-Analysis of Passive Descent Versus Immediate Pushing in Nulliparous Women With Epidural Analgesia in the Second Stage of Labor. *JOGNN*. [Em linha]. Vol 37, Nº1 (Jan-Feb. 2008). p. 4-12; 2008. [Consult. 14 Jan. 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18226152>>

CAMPOS SE; LANA FC. - Resultados da assistência ao parto no Centro de parto Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. [Em Linha]. Vol 23, Nº 6 (Jun 2007). [Consult. 13. Jan. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n6/09.pdf>>

CARROLI, G; BELIZAN, J - Episiotomy for vaginal birth (Review) [Em Linha] (2007) [Consult. 10. Jan. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000081.pdf>>

CLUETT, Elisabeth et al - immersion in water in labour and birth (Review). *Cochrane database Syst Rev* [Em linha]. Vol 2, Art Nº: CD000111. doi: 10.1002/14651858.CD000111.pub3. (Apr 2009). [Consult. 14 Jan. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19370552>>

COAD, Jane; DUNSTALL, Melvyn – *Anatomy and Physiology for Midwives*. China: Elsevier, 2011.

COUTO, G. – *Preparação Para o Parto: Representações Mentais de um Grupo de Grávidas de uma Área Urbana e de uma Área Rural*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2002. Dissertação de Mestrado.

DA ROZA, Thuane Huyer. *Prevalência da incontinência urinária Feminina e proposta de um Protocolo de reabilitação funcional dos músculos do pavimento pélvico para mulheres atletas*. Porto: Faculdade de desporto, 2011. Dissertação de Mestrado.

DGS – *Indicadores: Garantir o Futuro*. Ministério da Saúde, 2009

DHALEN, H et al. – Perineal Outcomes and Maternal Comfort Related with applications of Warm Packs in second stage of labour: RCT; *Birth*, Ano 34, Nº 4 (Dez 2007).

DIAS, M; DOMINGUES, R - Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciências e Saúde Colectiva* [Em linha]. Vol 10, Nº3 (Mai 2005). p. 669-705. [Consult. 19. Jan. 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf>>

DIAS, MAB. - *Cesariana: epidemia desnecessária? A construção da indicação da cesariana em uma maternidade pública do Município do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: IFF / Fiocruz, 2011. Dissertação de Mestrado.

DIETZ, H.; LANZARONE, V. - Levator trauma after vaginal delivery. *Obstetrics and Gynecology* [Em linha]. Vol 106, Nº 4 (Out 2005). p. 707-12. [Consult. 20. Jan. 2013]. Disponível na Internet: <URL: [http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2005/10000/Levator\\_Trauma\\_After\\_Vaginal\\_Delivery.8.aspx](http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2005/10000/Levator_Trauma_After_Vaginal_Delivery.8.aspx)>

DOLAN, Lucian et al - A study of quality of life in primigravidae with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction* [Em linha] Vol 15, Nº 3, (Jun 2004). [Consult. 16. Fev. 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-004-1128-x>>

ENKIN, k. - *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FALCONER, C. et al. – Decreased collagen synthesis in stress-incontinent women. *Obstet Gynecol* [Em linha]. Vol 84, Nº 1 (Out 1994). p. 583-86. [Consult. 21. Jan. 2013]. Disponível na Internet: <URL: [http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/1994/10000/Decreased\\_Collagen\\_Synthesis\\_in\\_Stress\\_Incontinent.19.aspx](http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/1994/10000/Decreased_Collagen_Synthesis_in_Stress_Incontinent.19.aspx)>

FLEMING, N, NEWTON, E, ROBERTS, J. - Changes in post partum perineal muscle function in women with and without episiotomies. *J Midwifery Womens Health*. [Em linha]. Vol 48, Nº 1 (Jan-Fev, 2003). p. 53-9. [Consult. 19. Jan. 2013]. Disponível na Internet: <URL: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S1526-9523\(02\)003689/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticatedd=false](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S1526-9523(02)003689/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticatedd=false)>

FORTIN, Marie-Fabienne. - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência, 2009.

FORTIN, Marie-Fabienne. - *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999.

FRASER, D; COOPER, M - *Myles Textbook for Midwives*. London: Elsevier, 2009.

GEISSBUEHLER V; STEIN S; EBERHARD J. - Waterbirths compared with landbirths: an observational study of nine years. *Journal of Perinatal Medicine*. [Em

linha]. Vol 32, Nº 4 (Jun 2005). p.308-14. [Consult. 14. Fev. 2013] Disponível na internet: <URL: <http://www.degruyter.com/view/j/jpme.2004.32.issue-4/jpm.2004.057/jpm.2004.057.xml>>

GLAZENER, C; ABDALA, M; STROUD, P – Postnatal Maternal Morbidity: extent, causes, prevent and treatment, *BJOG* [Em linha]. Vol 102, Nº 4 (Apr, 1995). p. 282-87. [Consult. 10. Mar. 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.14710528.1995.tb09132.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>>

GROSSE, D; SENGLER, J. - *Reeducação Perineal*. São Paulo: Manole, 2002.

GUPTA, K; HOFMEYR, J; SMYTH, R: Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane Collaboration*: [Em linha] (2007). [Consult. 15. Jan. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD002006.pdf>>

HANDA VL, HAMS T, OSTERGARD DR. - Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* [Em Linha]. Vol 88, Nº 3 (Sep, 1996). p. 470-8. [Consut. 18. Jan. 2013]. Disponível na internet: <URL: [http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/1996/09000/Protecting\\_the\\_Pelvic\\_Floor\\_\\_Obstetric\\_Management.30.aspx](http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/1996/09000/Protecting_the_Pelvic_Floor__Obstetric_Management.30.aspx)>

HANNESTAD, Yngvild et al – A community based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT study. *J Clin Epidemiol* [Em linha]. Vol. 53, Nº 11 (Nov 2000). p. 1150-57. [Consult, 10 Fev. 2013]. Disponível na internet : <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11106889>>

HARPELIN, HASTINGS-TOLSMA, M. ET AL. - Getting through the birth in one piece: protecting the perineum. *MCN.American Journal of Maternal and Child Nursing* [Em linha]. Vol 32, Nº 3 (Mai/Jun, 2007). p. 158–164. [Consult. 19. Mar. 2013]. Disponível na Internet: URL: [http://journals.lww.com/mcnjournal/Abstract/2007/05000/Getting\\_Through\\_Birth\\_in\\_One\\_Piece\\_\\_Protecting\\_the.8.aspx](http://journals.lww.com/mcnjournal/Abstract/2007/05000/Getting_Through_Birth_in_One_Piece__Protecting_the.8.aspx)

HARPELIN, O. et al. - Prediction of Perineal Trauma During Childbirth by Assessment of Striae Gravidarum Score. *JOGNN* [Em linha]. Vol 39, Nº 3 (Mai/Jun, 2010). p. 292-97. [Consult. 10. Fev. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2010.01137.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>>

HERBERT, J. - Pregnancy and childbirth: the effects on pelvic floor muscles. *Nursing Times* [Em linha]. Vol 105, Nº 7 (Feb 2009). p. 38–41. [Consult. 19. Jan, 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.nursingtimes.net/Journals/2012/08/14/k/l/h/090224SuppGLPregnancy.pdf>>

HERBRUCK, L. - Urinary Incontinence in the Childbearing Woman. *Urologic Nursing* [Em linha]. Vol 28, Nº 3 (Jun 2008). [Consult. 18. Fev. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.sun.org/education/2010/article28163171.pdf>>

HERRON-MARX, S; WILLIAMS, A; HICKS, C – A Q methodology study of women's experience of enduring postnatal perineal and pelvic floor morbidity. *Midwifery* [Em linha]. Vol. 23, Nº 3 (2007). [Consult. 18. Fev. 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://europepmc.org/abstract/MED/17126457>>

HODNETT, E. et al. - Continuous support for women during childbirth (Review). *The Cochrane Library* [Em linha]. Nº 4 (Abr 2007). p.1-68. [Consult. 18

Fev. 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://apps.who.int/rhl/reviews/langs/CD003766.pdf>>

HOGBERG, U; Lynoe, N; Wulff, M. – Cesarean by Choice? Empirical Study of Public Attitudes. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. [Em Linha]. Vol 87, Nº 12 (Dec, 2008). p.1301-1308. [Consult. 12. Mar. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1080/00016340802482978/abstract;jsessionid=8BC70900450ABA3A717DD602997C4355.d04t02?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>>

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). *Position Statement on Nursing Research*. [Em linha] (2007). [Consult. 18 de Dez. 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.icn.ch/publications/publications/>>

JOHANSON, R – Perineal massage for prevention of perineal trauma in childbirth. *The Lancet* [Em linha]. Vol. 355, Nº 9200 (Jan 2000). p. 250-51. [Consult. 14. Fev. 2013]. Disponível na internet: <URL: [http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)00020-9/fulltext](http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)00020-9/fulltext)>

JONSSON, E et al - Modified Ritgen's maneuver for anal sphincter injury at delivery: a *Journal of Perinatal Medicine*. [Em linha]. Vol 32, Nº 4 (Jun 2005). p.308-14. [Consult. 14. Fev. 2013] Disponível na internet:<URL:<http://www.degruyter.com/view/j/jpme.2004.32.issue-4/jpm.2004.057/jpm.2004.057.xml>>

KINTZINGER, Sheila - *A Experiência do Parto*. Instituto Piaget. Lisboa, 1984.

KLEIN, M et al. - Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol* [Em linha] Vol 171, Nº 3 (1994). p-591-98. [Consult. 21. Jan. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://europepmc.org/abstract/MED/8092203>>

LAMAZE INTERNACIONAL [Em linha]. 2009. [Consult 10. Jan. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.lamazeinternational.org>>

LANDON, C et al. - Mechanical properties of fascia during pregnancy: a possible factor in the development of stress incontinence of urine. *Contemp Rev Obstet Gynaecol*. Nº 2 (1990), p. 40-6.

LEE, SJ; PARK, JW - Follow-up evaluation of the effect of vaginal delivery on the pelvic floor. *Dis Colon Rectum*. Vol 43, Nº 11 (2000). p. 1550-555

LOWDERMILK, D.; PERRY, S.; BOBAK, I. – *O Cuidado de Enfermagem Materna*. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2002

MARTA L.B - Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde; *Revista Portuguesa de Saúde Pública – Enfermagem* [Em linha]. Vol. 23, Nº1 (Jan/Jun 2005). p. 25-41. [Consult. 17 Mar. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/MULTIMEDIA/RPSP2005-1/1-02-2005.PDF>.

MASON, L et al. – The role of antenatal pelvic floor muscle exercises in prevention of postpartum stress incontinence: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*. [Em Linha] Vol 19, Nº 19/20 (Fev 2010). p. 2777-2786. [Consult. 17. Fev. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03297.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>>

MAZONI, SR; FARIA, DG; MANFREDO, VA. - Hidroterapia durante o trabalho de parto: relato de uma prática segura. *Arq Ciênc Saúde*. [Em linha]. Vol 16, Nº 1 (Jan-Mar 2009). p.40-4. [Consult. 13 Jan. 2013]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-16-1/ID\\_305.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-16-1/ID_305.pdf)>

MCANDLIS, R. et, al. – A randomized controlled trial of the care of the perineum in second stage of normal labour. *Br J. Obst. Gynaecol.* [Em linha]. Vol 105 (Dez 1998). p.1262-72. [Consult. 14. Jan. 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.1998.tb10004.x/pdf>>

MCKINNIE, V. et al - The effect of pregnancy and mode of delivery on the prevalence of urinary and fecal incontinence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* [Em Linha]. Vol 193, Nº 2 (2005). p. 512–18. [Consult. 19. Mar. 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16098879>>

MIDWIFERY PRACTICE GUIDELINE – *Care of the Perineum*; ©RCM *Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour.* 4th edition. 2008.

MISTRANGELO, E. et al. - Does water delivery affect pelvic floor? Ultrasound evaluation of perineal function. *Arch Gynecol Obstet* [Em Linha] Vol 276, Nº 2 (Ago 2007). p.133-38. [Consult. 18. Mar. 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ingentaconnect.com/content/klu/404/2007/00000276/00000002/00000322?crawler=true>>

MOINI A; YARI R; ESLAMI B. - Episiotomy and third- and fourth-degree perineal tears in primiparous Iranian women. *Int J Gynaecol Obstet* [Em Linha]. Vol 104, Nº 3 (Mar 2009). p. 241-42. [Consult. 20. Jan. 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19159878>>

MORENO, A – *Fisioterapia em ginecologia.* São Paulo, 2003

MORKVED, S. - Evidence for pelvic floor physical therapy for urinary incontinence during pregnancy and after childbirth. In: Bo, K. et al - *Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor. Bridging Science and Clinical Practice.* Philadelphia, PA: Elsevier, 2007.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE) - *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. Guideline No 55.* London: NICE, 2007.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE) - *Urinary Incontinence: the Management of Urinary Incontinence in Women.* London: NICE, 2006.

ODENT, Michel – *A Cesariana: Operação de Salvamento da Indústria ou Nascimento.* Miosótis. 1ª Edição. Lisboa, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Maternidade segura: atenção ao nascimento normal: guia prático.* Genebra: Organização Mundial da Saúde; [Em Linha] (1996). [Consult. 18. Jan. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.who.int>>

PADUBIDRI, V; ANAND, E - *Textbook of Obstetrics.* BI Publications New Delhi, 2006.

PARREIRA, M. – *Práticas Cuidativas em Saúde Materna: Significados para as Enfermeiras e Utentes.* Porto: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas, 1995. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

PEREIRA, Maria da Graça. – *Psicologia da Saúde Familiar: Aspectos Teóricos e Investigação.* 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2007.

PHILLIPS, C; MONGA, A - Childbirth and the pelvic floor: “the gynaecological consequences” in *Gynaecological Practice* 5, 2005, p. 15–22.

POLDEN, M; MANTLE, J – *Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia.* São Paulo, Santos, 2002.

PORFÍRIO, AB; PROGIANTI, JM; SOUZA, DA. - *As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar.* *Rev. Eletr. Enf.* [Em Linha]. Vol 12, Nº2 (2010). p. 331-36. [Consult. 13. Mar. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewFile/7087/6952>>

PROGIANTI, J, *et al.* - Different biochemical composition of connective tissue incontinent and stress incontinent women. *Acta Obstet Gynecol Scand*, Vol. 66, p. 455-7, 1987.

PROGIANTI, Jane Márcia *et al.* - A preservação perineal como prática de enfermeiras obstétricas. *Esc Anna. Nery Rev Enferm* [Em linha]. Vol.10, nº 2 (Jan 2006). pp. 266-272 [Consult. 10 Jan. 2013]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452006000200014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452006000200014)>

RAMUSSEN, K.L. *et al.* - Obesity as a predictor of post-partum urinary symptoms. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia*. [Em Linha]. Vol 76, Nº 4 (Abr 1997). p. 359-62. [Consult. 18 Abr. 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0412.1997.tb07993.x/abstract>>

REIS, AB *et al.* – Anatomia Feminina. In: Baracho, E – Fisioterapia aplicada à obstetria: aspectos de ginecologia e neonatologia. 3ªed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002, p. 1-18.

RENFREW, M *et al.* – Practices That Minimize Trauma to the Genital Tract in Childbirth: A Systematic Review of the Literature. *Birth* [Em Linha]. Vol 25, Nº 3 (Set 1998) p.143-60. (Consult. 18. Jan. 2013). Disponível na internet: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.1998.t01-2-.x/abstract>>

RIBEIRO, M.. Incontinência Urinária de Esforço. In: HALBE, H.W. *Tratado de ginecologia*. São Paulo: Roca, 1993, p. 533-550.

RICCI, S; KYLE, T. - *Maternity and Pediatric Nursing*. Har/Cdr. 2008

ROCHA, V. - *A água como meio alternativo para o nascimento natural*. Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Dissertação de Mestrado.

RORTVEIT G, *et al.* – Age and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Obstet Gynecol*. [Em Linha]. Vol 98, Nº 6 (Dec 2001). p. 1004-010. [Consult. 18. Fev. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029784401015666>>

ROSSI, P.. Diagnóstico clínico e radiológico da incontinência urinária de esforço. In: MONTELLATO, N.; BARACAT, F.; ARAP, S. *Uroginecologia*. São Paulo: Roca, p. 55-64, 2000.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS/ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES - *Joint statement No.1. Immersion in water during labour and Birth*, 2009

SANTORO, G; WIECSNEK, A; BARTRAM, C – *Pelvic Floor Disorders- Imaging and Multidisciplinary Approach to Management*. Velag Italia: Springer, 2010.

SARTORE A, *ET AL.* - The effects of medio-lateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. [Em linha]. Vol 103, Nº 4. (Abr 2004). p. 669–73. [Consult. 25. Fev. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15051557>>

SCARABOTTO, LB; RIESGO, ML. - Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. *Rev Esc Enferm USP2006* [Em Linha] Vol 40, Nº 3 (Set 2006). p. 389-395. [Consult. 16. Jan. 2013] Disponível na internet: <URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342006000300011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000300011)>

SCHEER, I., *et al.* Urinary incontinence after obstetric anal sphincter injuries (OASI) – is there a relationship? *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*. [Em linha]. Vol 19, Nº 2 (Fev 2008). p 179–183. [Consult. 13. Jan. 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-007-0431-8>>

SHAHRAKI, AD *et al.* - A comparison between early maternal and neonatal complications of restrictive episiotomy and routine episiotomy in primiparous vaginal delivery. *J Res Med Sci*. [Em Linha]. Vol 16, Nº 12 (Dez 2011). p. 1583-589.

[Consult. 25. Mar. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3434900/>>

SHEK, KL; Dietz, HP - Intrapartum risk factors for levator trauma. *BJOG*. [Em linha]. Vol 117, Nº 12 (Nov 2010). p. 1485-492. [Consult. 20. Jan. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2010.02704.x/full>>

SILVA FM; OLIVEIRA SM; NOBRE MR. - A randomized controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery*. [Em Linha]. Vol 25, Nº 3 (Jun 2009). p. 286-94. [Consult. 19. Jan. 2013]. Disponível na Internet. <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17655985>>

SIMKIN, P; O'HARA, M. - Non Pharmacological relief of pain during labour: Sitematic review of five methods. *Am J. Obst and Gineac*. [Em Linha]. Vol 186, Nº 5 (Maio 2002). p. 131-59. [Consult. 18 Fev. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937802701889>>

SOUSA, Faep ; HORTENSE, P. Mensuração da dor. In *Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem*. Curitiba, 2004. v. 1, p. 75- 84.

STEEN, M - Care and consequences of perineal trauma. *British Journal of Midwifery* [Em Linha]. Vol 18, Nº 11 (Nov. 2010). p.710-18. [Consult. 13. Jan. 2013]. Disponível na internet: <URL: [http://www.intermid.co.uk/cgibin/go.pl/library/article.cgi?uid=79563;article=BJM\\_18\\_11\\_710\\_718](http://www.intermid.co.uk/cgibin/go.pl/library/article.cgi?uid=79563;article=BJM_18_11_710_718)>

TAMANINI, JT et al. - Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública* [Em Linha]. Vol 38, Nº3 (Jun 2004). p. 438-44. [Consult. 13. Fev. 2013]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000300015](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000300015)>

TERESO, Alexandra – “Coagir ou Emancipar”: *Sobre o Papel da Enfermagem no Exercício da Cidadania das Parturientes*. Formasau – Formação e Saúde, Lda. Coimbra, 2005.

TOURNAIRE M; THEAU-YONNEAU, A. Complementary and alternative approaches to pain relief during labor. *Evid Based Complement Alternat Med*. [Em Linha]. Vol 4, Nº 4 (Dec 2007). p. 409-17. [Consult. 18. Mar. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2176140/>>

VAN BRUMMEN, H.J. et al. The effect of vaginal and Caesarean delivery on lower urinary tract symptoms: what makes the difference? *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*. [Em Linha]. Vol 18, Nº2 (Fev 2007).p.133-39. [Consult. 17. Mar. 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00192-006-0119-5>>

VAN KESSEL, K. et al - The second stage of labor and stress urinary incontinence; *Am J Obstet Gynecol*. [Em Linha]. Vol. 184, Nº7 (Jun, 2001). p. 1571-575. [Consult. 15. Fev. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000293780170169X>>

WESNES, S, RORTVEIT, G; BO, K; HUNSKAAR, S – Urinary incontinence during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*. [Em Linha]. Vol 109, Nº 4 (Abr 2007). p. 922-28. [Consult. 18. Mar. 2013]. Disponível na Internet: <URL: [http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2007/04000/Urinary\\_Incontinence\\_During\\_Pregnancy.20.aspx](http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2007/04000/Urinary_Incontinence_During_Pregnancy.20.aspx)>



## **ANEXOS**



## **Anexo I: Questionário de Recolha de Dados**



## **Anexo II: Autorização Institucional**



### **Anexo III: Dispensa de Consentimento Informado**



## **Anexo IV:** Análise do Estudo da normalidade



Tabela 1: Análise da Normalidade da escala de Incontinência Urinária por Grupo (Experimental e Controlo)

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Frequência de perda de urina	Experimental	,400	20	,000	,605	20	,000
	Controlo	,311	20	,000	,760	20	,000
Quantidade de urina que perde	Experimental	,424	20	,000	,632	20	,000
	Controlo	,335	20	,000	,641	20	,000
Perda interfere no dia	Experimental	,321	20	,000	,504	20	,000
	Controlo	,282	20	,000	,769	20	,000
Incontinência Urinária Total	Experimental	,393	20	,000	,574	20	,000
	Controlo	,321	20	,000	,791	20	,001

Tabela 2: Análise da Normalidade da escala de Incontinência Urinária por Trauma Perineal (Grupo Experimental e Grupo Controlo)

Grupo	Trauma Perineal	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Experimental	Episiotomia	,443	8	,000	,601	8	,000	
	Frequência de perda de urina	Laceração 1º Grau	,400	10	,000	,623	10	,000
		Laceração 2º Grau	,260	2	.			
		Laceração 2º Grau	,260	2	.			
	Quantidade de urina que perde	Episiotomia	,455	8	,000	,566	8	,000
		Laceração 1º Grau	,416	10	,000	,650	10	,000
Laceração 2º Grau		,260	2	.				
Perda interfere no dia	Episiotomia	,377	8	,001	,693	8	,002	
	Laceração 1º Grau	,343	10	,001	,541	10	,000	

	Laceração 2º						
	Grau	,260	2	.			
	Episiotomia	,454	8	,000	,592	8	,000
Incontinência Urinária	Laceração 1º						
	Grau	,390	10	,000	,591	10	,000
Total	Laceração 2º						
	Grau	,260	2	.			
Frequência de perda de urina	Episiotomia	,325	19	,000	,751	19	,000
Quantidade de urina que perde	Episiotomia	,348	19	,000	,641	19	,000
Perda interfere no dia	Episiotomia	,301	19	,000	,758	19	,000
Incontinência Urinária	Episiotomia						
Total	Episiotomia	,335	19	,000	,780	19	,001

Tabela 3: Análise da Normalidade do peso do bebê e da escala de Incontinência Urinária e respectivas sub-escalas (Grupo Experimental e Grupo de Controlo)

Grupo		Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Experimental	Frequência de perda de urina	,400	20	,000	,605	20	,000
	Quantidade de urina que perde	,424	20	,000	,632	20	,000
	Perda interfere no dia	,321	20	,000	,504	20	,000
	Incontinência Urinária Total	,393	20	,000	,574	20	,000
Controlo	Peso	,182	20	,081	,922	20	,110
	Frequência de perda de urina	,311	20	,000	,760	20	,000
	Quantidade de urina que perde	,335	20	,000	,641	20	,000
	Perda interfere no dia	,282	20	,000	,769	20	,000
	Incontinência Urinária Total	,321	20	,000	,791	20	,001
	Peso	,088	20	,200	,988	20	,995

Tabela 4: Análise da Normalidade da escala de incontinência urinária e respectivas sub-escalas tendo em conta a paridade (Grupo Experimental e Controlo)

Grupo	Primeiro Parto	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Experimental	Frequência de perda de urina	Não	,365	6	,012	,634	6	,001
		Sim	,429	14	,000	,616	14	,000
	Quantidade de urina que perde	Não	,392	6	,004	,701	6	,006
		Sim	,443	14	,000	,576	14	,000
	Perda interfere no dia	Não	,361	6	,014	,622	6	,001
		Sim	,347	14	,000	,735	14	,001
	Incontinência Urinária Total	Não	,371	6	,010	,652	6	,002
		Sim	,438	14	,000	,621	14	,000
Controlo	Frequência de perda de urina	Não	,407	6	,002	,640	6	,001
		Sim	,347	14	,000	,735	14	,001
	Quantidade de urina que perde	Não	,407	6	,002	,640	6	,001
		Sim	,369	14	,000	,639	14	,000
	Perda interfere no dia	Não	,254	6	,200	,866	6	,212
		Sim	,328	14	,000	,737	14	,001
	Incontinência Urinária Total	Não	,366	6	,012	,758	6	,024
		Sim	,357	14	,000	,762	14	,002