



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S.
JOÃO DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**MEDIDAS PROTETORAS DE
TRAUMATISMOS E DISFUNÇÃO DO
PAVIMENTO PÉLVICO NO 2º ESTADIO DO
TRABALHO DE PARTO**

Mestranda| Carina Gomes de Sousa

Orientação| Professora Doutora Maria Otilia Brites
Zangão

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Évora, 2017



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S.
JOÃO DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**MEDIDAS PROTETORAS DE
TRAUMATISMOS E DISFUNÇÃO DO
PAVIMENTO PÉLVICO NO 2º ESTADIO DO
TRABALHO DE PARTO**

Mestranda| Carina Gomes de Sousa

Orientação| Professora Doutora Maria Otilia Brites
Zangão

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Évora, 2017

I do not care what kind of birth you have... a homebirth, scheduled cesarean, epidural hospital birth, or if you birth alone in the woods next to baby deer. I care that you had options, that you were supported in your choices, and that you were respected.

JanuaryHarshe, recuperado de:
<https://www.mamacan.co.uk/>

AGRADECIMENTOS

A realização do presente trabalho contou com o apoio e incentivo de pessoas muito especiais. Sem elas, não se teria tornado uma realidade. A elas, estarei eternamente grata.

À Sra Professora Doutora Maria Otilia Brites Zangão, pela orientação, apoio, disponibilidade, opiniões críticas e momentos de partilha de saberes. Sem dúvida alguma, contribuiu grandemente para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, revelando um profissionalismo e sentido humano admirável.

Aos Enfermeiros que prestam cuidados nos diferentes serviços da Área da Saúde da Mulher e da Criança do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, especialmente, aos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia Luis Miranda, Ana Ferrão e Ana Miranda, pela forma tão carinhosa com que me receberam e pela sua colaboração preciosa.

A todas as mulheres que me têm permitido participar no seu “momento especial”, inspirando-me e “exigindo-me” procurar ser cada vez mais e melhor profissional. A todas as mulheres que participaram diretamente neste trabalho, tornando-o possível. Este projeto foi graças e para todas elas!

À minha amiga Açucena Guerra. Quando olhamos à nossa volta e temos alguém que está sempre presente, uma pessoa que nunca nos deixa desanimar, só podemos estar gratos. Amigos que nos dão palavras de coragem e que lutam por nos verem felizes são raros!

Ao meu amigo Bruno Rito. Detentor de um profissionalismo ímpar, tem sido uma fonte de inspiração. Não faria o que faço, da forma como o faço hoje, sem o teu apoio e os teus ensinamentos!

Ao meu pai, à minha mãe, pelos valores que me transmitiram... a base do sucesso está no esforço e no respeito pelo outro! À minha irmã, irmão, cunhados e à minha tia Carminda pelo apoio constante. Ao Vasco...

A TODOS OBRIGADA!

RESUMO

TÍTULO: Medidas Protetoras de Traumatismo e Disfunção do Pavimento Pélvico no 2º Estadio do Trabalho de Parto.

O risco de traumatismos no parto vaginal pode incorrer em disfunções do pavimento pélvico, com impacto negativo na qualidade de vida da mulher.

Este relatório centra-se num projeto de melhoria da qualidade de cuidados, desenvolvido no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, com o objetivo de promover a implementação de medidas protetoras de traumatismos e disfunção do pavimento pélvico, em mulheres de baixo risco obstétrico, no 2º estadio do trabalho de parto. Consideraram-se medidas protetoras: posições verticalizadas, esforços expulsivos espontâneos, técnicas suporte perineal (“*hands-off*” e “*hands-on*”), episiotomia seletiva, não realização da manobra de *Kristeller* e aplicação de calor.

As intervenções foram avaliadas na equipa de enfermagem e num grupo de parturientes, através da aplicação de questionários. As necessidades identificadas determinaram as atividades desenvolvidas. Constatou-se uma adesão crescente na implementação das medidas referidas, refletindo-se em ganhos na preservação da integridade perineal.

A implementação destas medidas constitui-se uma área de intervenção da autonomia e responsabilidade do Enfermeiro Obstetra, devendo ser um cuidado na sua prática.

DESCRITORES (DeCS): Enfermeira Obstétrica, Segunda Fase do Trabalho de Parto, Assoalho Pélvico, Períneo

ABSTRACT

TITLE: Protective Measures of Trauma and Dysfunction of the Pelvic Floor in the 2nd Stage of Labor.

The risk of trauma to vaginal delivery may lead to pelvic floor dysfunction, with a negative impact on the quality of life of the woman.

This report focuses on a project to improve the quality of care, developed at Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, with the objective of promoting the implementation of protective measures for trauma and pelvic floor dysfunction in low-risk obstetric women in the 2nd labor. Protective measures were considered: vertical positions, spontaneous expulsive efforts, techniques perineal (hands-off and hands-on), selective episiotomy, non-performance of the *Kristeller* maneuver and heat application.

The interventions were evaluated in the nursing team and in a group of parturients, through the application of questionnaires. The identified needs determined the activities developed. Increased adherence was observed in the implementation of these measures, reflected in gains in the preservation of perineal integrity.

The implementation of these measures constitutes an intervention area of the autonomy and responsibility of the Midwife, and should be a care in its practice.

DESCRIPTORS (DeCS): Midwife, Labor Stage, Second, Pelvic Floor, Perineum

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	9
2. ANÁLISE DO CONTEXTO	14
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL	14
2.1.1. Caracterização da Estrutura Física e Organizacional do Serviço de Urgência Obstetrícia e Ginecologia	15
2.1.2. Caracterização da População de Grávidas que recorrem ao Serviço de Urgência Obstetrícia e Ginecologia	17
2.1.3. Análise da Casuística de Partos no Serviço de Urgência Obstetrícia e Ginecologia	18
2.1.4. Descrição da Metodologia de Assistência à Parturiente no Serviço de Urgência Obstetrícia e Ginecologia	19
2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS	21
2.2.1. Caracterização dos Recursos Humanos	22
2.2.2. Caracterização dos Recursos Materiais	23
2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	25
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	29
3.1. OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	29
3.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM AS POPULAÇÕES-ALVO	30
4. METODOLOGIAS	34
4.1. FASE DE PREPARAÇÃO	34
4.2. FASE DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	35
4.3. FASE DE IMPLEMENTAÇÃO	35
4.4. FASE DE AVALIAÇÃO	36
5. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM AS POPULAÇÕES-ALVO	37
5.1. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO DE PARTURIENTES	38

5.2 ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO DE ENFERMEIROS	44
6. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	57
6.1. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO	57
6.2. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES	58
6.2.1. Caracterização da População-Alvo de Enfermeiros	59
6.2.2. Caracterização da População-Alvo de Parturientes	59
6.3. CUIDADOS NECESSIDADES ESPECÍFICAS COM POPULAÇÃO-ALVO ...	60
6.3.1. Necessidades Específicas da População-Alvo de Enfermeiros	61
6.3.2. Necessidades Específicas da População-Alvo de Parturientes	69
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	72
7.1 FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	72
7.2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS	75
7.3. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS	76
7.4. CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS	77
7.5. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL	77
7.6. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA	77
8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	78
8.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS	78
8.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA	82
8.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS	83
9. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	84
10. CONCLUSÃO	86
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
APÊNDICES	104
Apêndice A: Proposta de Projeto do Estágio Final	105
Apêndice B: Questionário Aplicado à Equipa de EESMO do CHBM, EPE	111
Apêndice C: Questionário Aplicado às Parturientes do SUOG do CHBM, EPE ...	117
Apêndice D: Matriz para registo de dados obtidos da consulta do processo clínico da parturiente	123

Apêndice E: Revisão de aspetos anatómicos e funcionais do pavimento pélvico ..	127
Apêndice F: Consentimento Informado Livre e Esclarecido – EESMO	132
Apêndice G: Consentimento Informado Livre e Esclarecido – Parturientes	135
Apêndice H: Representação gráfica (1) análise de similitude entre palavras e (2) nuvem de palavras	137
Apêndice I: Resultados da análise estatística dos dados obtidos da aplicação do questionário à equipa de EESMO do CHBM, EPE	139
Apêndice J: Resultados da análise estatística dos dados obtidos da aplicação do questionário à equipa de EESMO do CHBM, EPE	156
Apêndice K: Apresentação do Projeto de Intervenção: Medidas Protetoras do Traumatismo e Disfunções do Pavimento Pélvico no 2º estadio do TP – Plano da Sessão e Diapositivos de apoio	171
Apêndice L: Apresentação dos resultados dos questionários aplicados à equipa de EESMO – Plano de Sessão e Diapositivos de apoio	179
Apêndice M: Medidas Protetoras de Traumatismos e Disfunções do Pavimento Pélvico no 2º estadio do TP – Plano de Sessão e Diapositivos de apoios	188
Apêndice N: Apresentação dos resultados do Estudo Estatístico com a População-Alvo de parturientes – Plano de Sessão e Diapositivos de apoio	213
Apêndice O: Folheto Informativo – Porque é o Pavimento Pélvico Tão Importante Para a Mulher	230
Apêndice P: Cronograma de atividades	232
ANEXOS	234
Anexo A: Parecer da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora para a aplicação do Projeto	235
Anexo B: Autorização Institucional para a Aplicação do Projeto e Parecer da Comissão de Ética do CHBM, EPE para a Aplicação do Projeto	237

1. INTRODUÇÃO

As disfunções do pavimento pélvico são alterações anatómicas e/ou funcionais das estruturas que constituem o pavimento pélvico. Consoante as estruturas e o compartimento pélvico afetado podem manifestar-se de diferentes formas (Mascarenhas, 2012). De acordo com esta autora, a sintomatologia associada ao compartimento anterior do pavimento pélvico caracteriza-se por incontinência urinária, urgência miccional, dificuldades na iniciação do jato, hesitação, jato lento, sensação de esvaziamento incompleto ou aumento da frequência diurna e noturna. A sintomatologia do compartimento médio manifesta-se através de sintomas sexuais ou pelo prolapso vaginal ou uterino. A incontinência fecal, a obstipação e o prolapso retal é uma sintomatologia característica de distúrbios no compartimento posterior.

As implicações das disfunções do pavimento pélvico na qualidade de vida da mulher refletem-se no seu bem-estar individual físico, psicológico, social e emocional, nos seus relacionamentos sociais e atividades de vida diárias. Atualmente, é um problema de saúde que afeta milhões de mulheres em todo o mundo (Andreucci et al. 2015; Hilde & Bo, 2015; Milsom, 2015; Priddis, Schmied & Dahlen, 2014; Volloyhaug, Morkved, Salvesen, O. & Salvesen, K., 2015). A sua elevada prevalência é referida na literatura por diferentes autores, nomeadamente, Bozkurt, Yumru e Sahin (2015). Segundo estes autores, nos países desenvolvidos, a prevalência de prolapsos dos órgãos pélvicos, de incontinência urinária e, de incontinência fecal é de 19,7%, 28,7% e 6,9%, respetivamente. Acrescentam que os prolapsos dos órgãos pélvicos são um problema major, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Os riscos e custos decorrentes da necessidade cirúrgica para resolução ou, pelo menos, minimização do impacto da sintomatologia associada, fazem das disfunções do pavimento pélvico um verdadeiro problema de saúde pública (Bortolini, Drutz, Lovatsis & Alarab, 2010; Bozkurt et al., 2015; Hilde & Bo, 2015, Milsom, 2015).

Vários estudos têm procurado associar e comprovar os fatores que estão na origem das disfunções do pavimento pélvico. Alguns procuram uma associação específica contudo, a maioria é unânime, apontando para uma multifatorialidade de fatores. A idade, etnia, obesidade, distúrbios neurológicos, antecedentes familiares e genéticos, antecedentes cirúrgicos da região pélvica, diabetes, distúrbios dos tecidos conjuntivos, a

gravidez, a paridade e o tipo de parto, especificamente o parto vaginal, são exemplos de fatores de risco descritos na literatura associados ao desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico (Hilde & Bo, 2015, Memon & Handa, 2013; Milsom, 2015).

A elevada probabilidade, no parto vaginal, da ocorrência de traumatismo numa ou mais estruturas que constituem o pavimento pélvico, faz deste um importante fator de risco associado ao desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico (Bortolini et al., 2010; Freeman, 2013; Hauck, Lewis, Nathan, White & Doherty, 2015; Hilde & Bo, 2015; Memon & Handa, 2013; Milsom, 2015; Ott et al., 2015; Serati, Rizk & Salvatore, 2015; Shi et al., 2016; Torrisi et al., 2011).

De entre as estruturas com risco de traumatismo no parto vaginal e, elevado potencial para o desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico, destacam-se os músculos perineais e do elevador do ânus. Estes traumatismos são decorrentes de lacerações graves e/ou da realização de episiotomia e, geralmente, são os mais reconhecidos pela sua visibilidade e imediata identificação após o parto. A incidência e o reconhecimento do trauma perineal, no parto vaginal, como fator de risco significativo para o desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico, são evidenciados na literatura por vários estudos (Leeman, Rogers, Borders, Teaf & Qualls, 2016; Rikard-Bell, Iyer & Rane, 2014). Não obstante, Dietz e Schierlitz (2005) e Frye (2010) alertam que outros danos podem ocorrer, nomeadamente, ao nível dos tecidos moles. Danos menos visíveis e bem mais difíceis de estudar mas, igualmente com consequências graves no desenvolvimento de disfunções pélvicas, a curto e/ou longo prazo.

O risco de traumatismos, no parto vaginal, de qualquer uma das estruturas que constituem o pavimento pélvico, para além de ser influenciado por uma multiplicidade de fatores, parece estar associado a uma diversidade de eventos e intervenções obstétricas. Por exemplo, Freeman (2013) e Memon e Handa (2013), destacam o trabalho de parto prolongado, variedades posteriores, macrosomia fetal e, procedimentos obstétricos invasivos e rotineiros. O parto vaginal não pode, portanto, ser considerado como um fator de risco isolado no desenvolvimento de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico.

Uma forma de minimizar lesões do pavimento pélvico, segundo Handa, Harris e Ostergard (1996), referido por Mascarenhas (2012), é a diminuição dos partos instrumentalizados, episiotomias e permitir uma descida passiva no 2º estadio do Trabalho de Parto (TP), respeitando o parto como um processo fisiológico normal. Uma

assistência no parto intervencionista e rotineira parece, não só aumentar significativamente o risco do traumatismo do períneo levando a lacerações graves e à realização de episiotomia, como também, parece aumentar o risco de traumatismos de qualquer outra estrutura do pavimento pélvico.

Há mais de 20 anos que organizações nacionais e internacionais, governamentais e não governamentais, debatem as vantagens e benefícios, com base em evidência científica, das medidas promotoras do parto normal e os *outcomes* maternos positivos inerentes, nomeadamente, na proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico. Contudo, a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2012) alerta que parece haver uma tendência persistente nas salas de parto, para o uso inadequado e, por vezes, desnecessário, dos recursos tecnológicos e de intervenções rotineiras, independentemente do nível de risco obstétrico.

Neste sentido, destaca-se a importância do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) na assistência à mulher durante o TP e parto na promoção do parto normal, nomeadamente, na implementação de medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico (Hauck et al., 2015; Lorenzo-Pliego & Villanueva-Egan, 2013; Smith et al., 2013). É da responsabilidade do profissional de saúde que assiste o parto, nomeadamente do EESMO, a implementação de medidas promotoras do parto normal, recorrendo a procedimentos e intervenções obstétricas, quando e o quanto necessário e, a medidas protetoras de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP, com vista à preservação da integridade do pavimento pélvico, de um modo global.

Com base em evidência científica e, indo ao encontro das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1996) na assistência ao parto normal, a literatura aponta como medidas protetoras de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP: as posições verticalizadas, os esforços expulsivos espontâneos, a técnica de suporte perineal (“*hands-off*”/“*hands-on*”), a episiotomia seletiva, a não realização da manobra de *Kristeller* e, a aplicação de calor.

O interesse na abordagem desta problemática, especificamente, na implementação pelo EESMO de medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP, relaciona-se com o facto de ser uma área de intervenção autónoma e da responsabilidade do EESMO. A experiência prática, sustentada em evidência científica e nas recomendações da OMS (1996) na assistência ao parto normal e, os

bons resultados já obtidos associados, nomeadamente, à preservação da integridade perineal demonstra que a implementação de medidas protetoras do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP é possível, aplicável e, eficiente, devendo ser um cuidado do EESMO.

A relevância desta temática centra-se não somente no impacto negativo que as disfunções do pavimento pélvico podem gerar na qualidade de vida da mulher, de uma forma geral, como também, específico e imediatamente após o parto. Alguns autores, tais como, Andreucci et al. (2015) e Priddis et al. (2014), referem o elevado comprometimento na adaptação à parentalidade, nos relacionamentos sociais, sexuais/conjugais, relacionados com as disfunções do pavimento pélvico após o parto.

Na sequência do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, o presente documento consiste num relatório que pretende descrever o processo subjacente ao desenvolvimento e implementação do projeto de intervenção para melhoria da qualidade de cuidados, intitulado: Medidas Protetoras do Traumatismo e Disfunção do Pavimento Pélvico no 2º estadio do Trabalho de Parto.

Este relatório propõe-se ser uma estratégia de intervenção profissional com vista à promoção de boas práticas na assistência à mulher no parto, com base nas recomendações da OMS (1996) para o parto normal. Ao seu planeamento esteve inerente o projeto proposto e aprovado onde se definiram os objetivos e as atividades (Apêndice A), o qual foi também submetido a avaliação e autorização para a sua implementação, pela Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora (Anexo A) e, da hierarquia institucional e da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo (CHBM), Entidade Pública Empresarial (EPE) (Anexo B).

O objetivo geral definido para este projeto de intervenção foi: Promover a implementação de medidas protetoras de traumatismo e disfunção do pavimento pélvico, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o 2º estadio do TP.

Os objetivos específicos delineados foram:

- Avaliar os cuidados prestados, pela equipa EESMO do CHBM, EPE na implementação de medidas protetoras do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o 2º estadio do TP;

- Sensibilizar a equipa EESMO do CHBM, EPE para o impacto do parto vaginal no desenvolvimento de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico e medidas de protetoras no 2º estadio do TP;
- Identificar os resultados na preservação da integridade perineal com a implementação de medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, pela equipa EESMO do CHBM, EPE, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o 2º estadio do TP;
- Sensibilizar a mulher para as medidas preventivas e protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, na gravidez e parto.

Estruturalmente, o texto foi organizado de acordo com o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final de Mestrado em Enfermagem (Ordem de Serviço nº 18/2010) e Regulamento do Ciclo de Estudos conducente ao Grau de Mestre (Ordem de Serviço nº 8/2013) da Universidade de Évora. Está organizado por capítulos sendo que é feita a apresentação e justificação para a escolha da temática, no capítulo seguinte é apresentada a análise do contexto da atuação e das necessidades identificadas. Segue-se a apreciação reflexiva dos objetivos delineados, a fundamentação das atividades desenvolvidas, a avaliação das intervenções e, a análise das competências adquiridas. Para finalizar, apresentam-se as conclusões e as referências bibliográficas que suportaram o trabalho. Em apêndice e em anexo, estão os documentos considerados relevantes para a compreensão do texto.

Este relatório foi redigido conforme as normas da *American Psychological Association* (2012) e, de acordo com o Novo Acordo Ortográfico, ambas recomendações da circular 4/2011 da Universidade de Évora.

2. ANÁLISE DE CONTEXTO

O projeto referido foi desenvolvido e implementado no CHBM, EPE, mais especificamente, no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológico (SUOG), com base numa avaliação prévia de necessidades. A caracterização do ambiente, dos recursos materiais e humanos e, a caracterização e fundamentação do processo de aquisição de competências, foram aspetos de extrema relevância, que integraram a avaliação prévia de necessidades. Neste sentido, no presente capítulo, é efetuada não só a caracterização do ambiente em que decorreram as atividades e ações planeadas no projeto de intervenção e, bem como dos recursos disponíveis e necessários à sua aplicabilidade. Para além disso, é ainda realizada a descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

O CHBM, EPE, integra, desde 2009, o Hospital Nossa Senhora do Rosário e o Hospital Distrital do Montijo. Ambas as instituições hospitalares localizam-se no Distrito de Setúbal, a sul do rio Tejo, a cerca de 20km da cidade de Lisboa. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2012) serve uma população que ronda os 214 000 habitantes, distribuídos pelos concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete.

Consiste numa unidade prestadora de cuidados diferenciados, qualificado como Hospital Distrital de valências básicas e intermédias (nível II). Dispõe de vários serviços especializados, onde são prestados cuidados que permitem uma assistência à população nas valências de Internamento, Consulta Externa, Urgência, Hospital de Dia e Assistência Domiciliária. As suas áreas funcionais contemplam a Área da Saúde da Mulher e da Criança, a Área Médica, a Área Cirúrgica, a Área da Saúde Psiquiátrica e Saúde Mental e a Área de Ambulatório (CHBM, EPE, 2012a).

A Área da Saúde da Mulher e da Criança está localizada na unidade do Barreiro, especificamente no Hospital Nossa Senhora do Rosário. Integra os serviços de Urgência

Obstétrica e Ginecológica, Obstetrícia, Ginecologia, Consulta de Saúde Materna, Pediatria e Neonatologia (CHBM, EPE, 2012a).

Desde 2012, o Hospital Nossa Senhora do Rosário integra uma política de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno sendo, portanto, certificado como Hospital Amigo dos Bebés (CHBM, EPE, 2012b).

Tal como foi referido anteriormente, o presente projeto foi desenvolvido e implementado no SUOG, pelo que se segue a caracterização da sua estrutura física e organizacional.

2.1.1. Caracterização da Estrutura Física e Organizacional do Serviço de Urgência Obstetrícia e Ginecologia

O SUOG localiza-se no piso 1 da unidade do Barreiro, especificamente, no Hospital Nossa Senhora do Rosário. Divide-se em quatro áreas: a admissão, o bloco de partos, o bloco operatório e o recobro.

Passando o hall de entrada, onde se encontra a receção, está a admissão. É nesta área, especificamente no gabinete de enfermagem, que é efetuada a triagem de enfermagem e, todo o processo de admissão da mulher. A área admissão contempla ainda dois gabinetes para observação clínica, uma sala para avaliação do bem-estar materno-fetal e, ou, realização de exames complementares e, uma casa de banho utilizada para a preparação física da mulher. No corredor existem três macas para mulheres com indicação para vigilância temporária.

Segue-se o bloco de partos, constituído por sete quartos de parto individuais, sala de enfermagem, sala da equipe médica, sala de limpos, sala de sujos, copa e, o gabinete da EESMO Ana Miranda, enfermeira coordenadora, com funções de chefia. O processo de Indução do TP, a vigilância do TP, o parto eutócico e distócico (ventosa e forceps), a prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido, o puerpério imediato e cuidados inerentes, são procedimentos efetuados nos quartos de parto. É promovido o alojamento conjunto da díade/tríade com o máximo de privacidade e conforto. Cada quarto é composto por uma marquesa, um reanimador de recém-nascido, um cardiocógrafa com possibilidade de telemetria (monitorização cardiocográfica por *wireless*), um *dinamap*, uma bomba infusora, todo o material necessário à realização de um parto vaginal e à adaptação do recém-nascido à vida extra-uterino. Destaca-se, as suas dimensões, ade-

quadas e favoráveis para a deambulação, liberdade de movimentos e mudança de posturas, tanto no 1º como no 2º estadio do TP, incentivado e permitido à parturiente quando adequado e conforme a sua vontade.

No final do bloco de partos existe a zona de transfe e, uma zona de preparação/equipamento dos profissionais de saúde para quando acedem à área do bloco operatório. Esta área é constituída por duas salas operatórias, sendo uma, por norma destinada à realização de cesarianas eletivas ou urgentes/emergentes e, em algumas situações, para cirurgias do foro ginecológico complexas. Todos os restantes procedimentos do foro ginecológico são efetuados na outra sala operatória que, embora seja igualmente constituída por todo o material e equipamento necessário para uma cirurgia, distingue-se apenas por ser de menores dimensões.

Tal como o quarto de parto, a sala operatória específica para realização de cesariana, dispõe de um reanimador para recém-nascido, uma balança para a sua pesagem e todo o material necessário à prestação de cuidados imediatos ao mesmo. Para além disso, junto às salas operatórias existe o berçário, com reanimador e incubadora de transporte.

O recobro localiza-se no corredor central do bloco de partos. Consiste numa sala, devidamente equipada, de forma a garantir cuidados pós-cirúrgicos a mulheres submetidas a intervenções ginecológicas, vigilância de mulheres submetidas a cesariana, respetivos recém-nascidos e, vigilância de puérperas de qualquer outro tipo de parto, na impossibilidade da realização do puerpério imediato no quarto de parto individual.

As diferentes áreas que constituem o SUOG estão equipadas e organizadas, proporcionando uma funcionalidade bastante positiva. A sua estrutura física e organizacional reflete-se na eficácia e eficiência dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar.

Como aspeto menos positivo, embora seja uma contingência da estrutura institucional comum a muitos outros hospitais em Portugal, destaca-se a separação e distribuição por diferentes pisos dos serviços que prestam cuidados de saúde à mulher e recém-nascido. Em situação de emergência, a eficácia e eficiência dos cuidados poderia ser favorecida, com ganhos para o bem-estar materno-fetal, se estes serviços estivessem distribuídos no mesmo piso.

Contudo, em termos organizacionais, é de ressaltar e articulação muito positiva intra-hospitalarmente, entre os diferentes serviços que constituem a Área da Saúde da Mulher e da Criança. O mesmo se evidencia a nível inter-hospitalar, por exemplo, perante a necessidade de transferência de mulheres para instituições hospitalares com uni-

dades de apoio perinatais diferenciadas. Esta, é uma necessidade que se relaciona com o fato de o CHBM, EPE possuir apenas cuidados intermédios neonatais, assegurando apenas cuidados a mulheres em TP espontâneo com idade gestacional superior a 34 semanas.

Outro aspeto organizacional de relevância que o SUOG do CHBM, EPE prima, prende-se com a segurança. Esta é assegurada, à entrada, através do acesso restrito aos profissionais de saúde, por marcação de um código de segurança. A abertura da porta eletrónica é apenas possível por este meio. O controlo da entrada e saída das utentes e familiares/acompanhantes é efetuada pelas administrativas de unidade, nos dias úteis. Em horário de expediente e, no restante período, é efetuado pela equipa de enfermagem e assistentes operacionais. A segurança dos recém-nascidos é garantida, ainda, através de um sistema de controlo eletrónico, imediatamente ativado com a colocação de uma pulseira específica no recém-nascido, após o parto. Este é um procedimento efetuado a todos os recém-nascidos após o seu nascimento.

As parturientes podem usufruir de acompanhamento de um familiar/pessoa significativa, sempre que o desejam, durante todo o TP e parto. Após acolhimento, é-lhes entregue uma chave correspondente a um cacifo para colocação de bens pessoais.

Conforme referido anteriormente, o puerpério imediato é efetuado no bloco de parto. Após a prestação de cuidados específicos ao puerpério imediato, garantidas as condições de bem-estar da puérpera e recém-nascido, conjuntamente, são transferidas para o Serviço de Obstetrícia, localizado no 5º piso.

Efetuada a caracterização da estrutura física e organizacional do SUOG do CHBM, EPE, segue-se uma breve caracterização da população de grávidas/parturientes que recorre a este serviço.

2.1.2. Caracterização da População de Grávidas que recorrem ao Serviço de Urgência Obstetrícia e Ginecologia

A população de grávidas/parturientes que recorrem ao SUOG do CHBM, EPE, em TP espontâneo ou para indução do TP, é marcada por uma multiculturalidade que reflete a população que reside nos concelhos de abrangência desta instituição. Para além de mulheres de raça caucasiana, com naturalidade e nacionalidade portuguesa, a população de grávidas/parturientes que recorrem ao SUOG do CHBM, EPE, inclui mulheres de

raça negra, provenientes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, mulheres de etnia cigana e, emigrantes de leste, Brasil, China e Índia. O CHBM, EPE, tal como todos os Hospitais/Maternidades a nível nacional, recebem mulheres de qualquer proveniência, de acordo com a orientação legal do Decreto-lei n.º 67/2006¹.

2.1.3. Análise da Casuística de Partos no Serviço de Urgência Obstetrícia e Ginecologia

Após a caracterização da estrutura física, organizacional e da população de grávidas/parturientes que recorre ao SUOG do CHBM, EPE, inserido no âmbito da caracterização do ambiente de realização do estágio final, é pertinente compreender como tem sido a evolução do número de partos, do tipo de parto e a relação entre o tipo de parto com o profissional responsável pelo mesmo.

Neste sentido, de acordo com o Serviço de Estatística do CHBM, EPE constata-se, nos últimos anos, um decréscimo contínuo do número de partos nesta instituição. Em 2010, registaram-se 1873 partos. Em 2016, o número de partos decaiu para 1388. Estes resultados vão ao encontro da tendência nacional e dos países em desenvolvimento, que parece querer persistir.

Relativamente ao tipo de parto, de acordo com a mesma fonte, o parto eutócico tem-se mantido o tipo de parto predominante, constatando-se um ligeiro aumento da sua frequência desde 2013. O número de partos eutócicos passou de 799, em 2013, para 839, em 2016, dos quais 613 foram feitos por EESMO. Para além disso, destaca-se de forma extremamente positiva, a diminuição do número de cesarianas nesta instituição, sendo que em 2016 atingiu a percentagem mais baixa dos últimos anos, 28,17%.

Apesar de ser uma percentagem ainda muito aquém da recomendada pela OMS, que aponta os 15%, é um valor positivo uma vez que na última atualização efetuada pela Base de Dados de Portugal Contemporâneo (PORDATA), em Dezembro de 2015, registou-se no ano de 2014 uma taxa de cesariana nacional de 33,5%. Estes números refletem os esforços efetuados pela equipa multidisciplinar desta instituição, na adoção de diferentes medidas com vista à promoção do parto normal, em conformidade com as reco-

¹ De acordo com este Decreto-lei, o Sistema Nacional de Saúde, bem como o Ministério da Saúde têm obrigatoriedade de garantir a todas as mulheres, a livre escolha pelo local de parto, nas melhores condições de segurança técnica (Portugal, 2006).

mendações da OMS, face à necessidade urgente de diminuir a percentagem de partos distócicos cirúrgicos.

Quanto à relação entre o tipo de parto e o profissional responsável pelo mesmo, de acordo com os dados estatísticos obtidos pelo projeto “Maternidade com Qualidade”² disponibilizados pelo SUOG do CHBM, EPE, constata-se que, a maioria dos partos eutócicos resultaram de TP espontâneos e, que o parto foi efetuado pelo EESMO.

Para finalizar a caracterização do ambiente do estágio final, considerando a temática do projeto de intervenção da mestranda, seguidamente, é efetuada uma breve descrição da metodologia de assistência à parturiente durante o TP e parto, neste SUOG.

2.1.4. Descrição da Metodologia de Assistência à Parturiente no Serviço de Urgência Obstetrícia e Ginecologia

Os cuidados prestados à parturiente pela equipa de EESMO do CHBM, EPE, no decorrer do TP e parto, primam pela humanização dos cuidados. Ao encontro das recomendações da OMS (1996), constata-se que são desenvolvidas neste serviço diversas atividades e intervenções na assistência à parturiente, com vista à promoção do parto normal.

Por exemplo, destaca-se a permissão de ingestão de líquidos cristalinos (água ou chá) de acordo com a preferência da mulher, a implementação de medidas não farmacológicas para alívio da dor e promoção do relaxamento da parturiente, tais como, o duche com água quente, as técnicas respiratórias, a massagem shiatsu, a realização de exercícios com a bola de pilates, a musicoterapia e a diminuição da luz ambiente. Relativamente à deambulação e adoção de posturas verticalizadas, é igualmente incentivada e promovida pelos EESMO's, não só na fase latente como na fase ativa do 1º estadio do TP. No 2º estadio do TP e período de realização de esforços expulsivos, constata-se uma ligeira diminuição do incentivo e promoção de deambulação/liberdade de movimentos e da adoção de posturas verticalizadas.

A literatura aponta para os benefícios das posturas verticalizadas e liberdade de movimentos com vista à proteção do traumatismo e disfunção do pavimento pélvico, no 2º estadio do TP. Neste sentido, no SUOG do CHBM, EPE, verifica-se a necessidade de

²O “Projeto Maternidade com Qualidade”, desenvolvido pela OE desde 2013, consiste num conjunto de indicadores da prática clínica que se pretendem ser atingidos, com vista à promoção do parto normal.

uma assistência mais efetiva à parturiente, na promoção da liberdade de movimentos e de qualquer posição verticalizado no 2º estadio do TP, se adequado e de acordo com a preferência da mulher, com vista à obtenção de melhores *outcomes* na proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico.

Quando uma grávida que recorre a este SUOG com queixas de contratilidade uterina dolorosa, mas em fase latente de TP confirmada por cervicometria pelo EESMO, é submetida a avaliação dos parâmetros vitais e cardiotocografia para avaliação do bem-estar materno e fetal. Posteriormente, consoante a observação e avaliação da equipa médica, é decidido ou não internamento para o bloco de partos. Perante a decisão de internamento é efetuada uma entrevista para colheita de dados, nomeadamente, antecedentes pessoais, familiares, cirúrgicos, obstétricos e história da gravidez atual.

No bloco de partos é efetuado o seu acolhimento, permeabilizado veia periférica e iniciado monitorização cardiotocográfica externa. Durante todo o TP a parturiente é mantida com monitorização cardiotocográfica externa. Sempre que desejado pela mulher, tendo em conta a avaliação do bem-estar materno e fetal, a deambulação, a liberdade de movimentos e de posicionamento, são mantidos por monitorização cardiotocográfica externa contínua através de telemetria.

Para além disso, de acordo com cada situação, se necessário e por indicação médica, é iniciado o processo de indução do TP com prostaglandinas, o processo de aceleração do TP com perfusão ocitócica ou rotura artificial da bolsa amniótica. De destacar que, previamente e, no decorrer de qualquer um destes processos, é avaliado o nível de dor da parturiente, sendo assegurado/oferecido medidas de conforto e alívio à mesma tanto não farmacológicas, tais como as referidas anteriormente, como também farmacológicas. As mulheres são sempre informadas e esclarecidas, tanto pela equipa médica como pela equipa de enfermagem, sobre as diferentes medidas, farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor, disponíveis. De igual forma, é dado à mulher opção de escolha, de acordo com a sua situação específica e, de acordo com a sua vontade.

No que respeita aos métodos farmacológicos para alívio da dor, os mais usados e solicitados pelas parturientes no SUOG do CHBM, EPE são a analgesia endovenosa e a analgesia loco-regional, especificamente a epidural. A realização desta última é efetuada pelo anestesista, após obtenção de consentimento informado.

Considerando a temática do projeto de intervenção, um dado importante referido na literatura relaciona-se com a influência da analgesia epidural na duração do 2º estadio

do TP e na realização dos esforços expulsivos. Apesar de ser dos métodos mais efetivos de alívio de dor, influencia, podendo aumentar a duração do período expulsivo. A perda da sensação, possível consequência desta analgesia, interfere na realização dos esforços expulsivos espontâneos (Jacobson & Turner, 2008), levando à necessidade de esforços expulsivos dirigidos, potenciando o risco de traumatismos, consequentemente de disfunções do pavimento pélvico (Roberts, González & Sampelle, 2007). Neste sentido, destacam-se as competências do EESMO na avaliação individualizada de cada situação, com vista a proporcionar à mulher o alívio da dor pelo método que optaram, sem que isso possa comprometer a duração do período expulsivo e a realização de esforços expulsivos espontâneos.

Sendo o primeiro contacto da mestranda com o CHBM, EPE, especificamente com o SUOG, a caracterização do ambiente de realização do estágio final efetuada, contemplando a caracterização da estrutura física e organizacional do SUOG do CHBM, EPE, a caracterização da população de grávidas/parturientes que recorrem a este serviço, a forma como os partos têm evoluído, qualitativa e quantitativamente nesta instituição e, a descrição da metodologia de assistência à parturiente durante o TP e parto, foi um passo essencial para a elaboração do projeto de intervenção. Na mesma perspetiva, seguidamente, é efetuada a caracterização dos recursos materiais e humanos.

2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

Os recursos, de uma forma geral, são os meios empregados por uma organização para a consecução dos seus objetivos. São as ferramentas que servem de base para o desempenho organizacional (Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), 2015). Distinguem-se os recursos humanos e os recursos materiais.

Os recursos humanos são o conjunto de trabalhadores ou empregados que fazem parte de uma empresa ou instituição e que se caracterizam por desempenhar um conjunto de atividades específicas. Constituem-se como uma das fontes de riqueza mais importante de uma instituição pois, são responsáveis pela execução e desenvolvimento de todas as tarefas e atividades necessárias para o seu bom funcionamento (Marinho, 2012). Os recursos materiais são todos os bens físicos utilizados e que fazem parte integrante de uma instituição como, por exemplo, os equipamentos vários (ENAP, 2015).

Segue-se a caracterização dos recursos humanos e materiais do SUOG onde decorreu o estágio final e foi implementado o projeto de intervenção.

2.2.1. Caracterização dos Recursos Humanos

A equipa multidisciplinar do SUOG do CHBM, EPE é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e secretárias de unidade. Sempre que necessário, é apoiada, trabalhando em parceria, com elementos pertencentes a outras categorias profissionais, tais como psicólogos e assistentes sociais.

Especificamente da equipa de enfermagem fazem parte integrante, a enfermeira responsável, com funções de chefia e com a categoria de EESMO, 20 EESMO's e, duas enfermeiras generalistas. À exceção da enfermeira responsável e de uma EESMO, todos os enfermeiros encontram-se em regime de *roulement*. Todos, incluindo a enfermeira responsável quando necessário, assumem funções ao nível da prestação de cuidados.

Relativamente ao número de enfermeiros por turno e, respetivas atividades desenvolvidas, habitualmente, no turno da manhã, encontram-se escalados quatro enfermeiros, preferencialmente quatro EESMO ou, no mínimo três e um generalista. Destes, um é alocado na admissão, dois no bloco de partos e um no bloco operatório, sendo que na existência de um enfermeiro generalista este fica sempre responsável pelo bloco operatório. Nos turnos da tarde e noite, a prestação de cuidados é assegurada exclusivamente por três EESMO's.

A metodologia de cuidados de enfermagem no SUOG do CHBM, EPE, combina o método de equipa com o método individual. Em todos os turnos, um enfermeiro, sempre EESMO, é destacado como chefe de equipa, assumindo funções de gestão e liderança. Cada EESMO é responsável pela prestação exclusiva de cuidados especializados às utentes que lhe é atribuído. Quando necessário, sendo-o a maior parte das vezes, é também atribuído utentes ao chefe de equipa, sendo exclusivamente responsável pela prestação de cuidados de enfermagem especializados. Em média são atribuídas duas a três utentes a cada EESMO, um rácio superior ao recomendado pela OE, comprometedor de uma dotação segura.

De acordo com OE (2014), Norma para o Cálculo das Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, para as unidades de atendimento ao parto e nascimento são considerados os seguintes rácios EESMO/Mulher. Intra-parto, no 1º estágio de TP, um

EESMO para duas mulheres, 2º estadio de TP, um EESMO para uma mulher. Antes e pós-parto sem complicações, um EESMO para seis mulheres. O bloco de partos deverá dispor, em permanência, de duas parteiras por cada 1000 partos por ano. Entende-se por dotações seguras, pessoal em número apropriado, com a combinação adequada de conhecimento, aptidões e experiência, disponível em qualquer altura para garantir respostas efetivas às necessidades de cuidados de doentes e a manutenção de um ambiente de trabalho livre de perigos.

A filosofia de cuidados de saúde materna e obstétrica, no SUOG do CHBM, EPE, tem por base o “cuidado centrado na mulher”, uma filosofia que dá prioridade aos desejos e necessidades da mulher. Enfatiza a importância da escolha informada, a continuidade dos cuidados, o envolvimento das mulheres, a eficácia clínica, a capacidade de resposta e a acessibilidade. Uma filosofia de cuidados que vai ao encontro dos princípios do parto normal. Cuidados de qualidade requerem tempo e disponibilidade. A dotação de pessoal deve ser ajustada à carga de trabalho, sendo imprescindível uma gestão adequada dos recursos humanos que favoreça um ambiente favorável à prática do EESMO na assistência ao parto normal (International Council of Nurses, 2007).

Os cuidados médicos são assegurados por uma equipa obstetras (especialistas de obstetrícia/Ginecologia, assistentes hospitalares e internos do ano complementar) de três elementos que se articulam com dois pediatras e um anestesista. É solicitada a assistência do pediatra ao SUOG, telefonicamente, em todos os partos distócicos e, sempre que necessário, por exemplo, perante o compromisso de bem-estar de algum recém-nascido. O apoio do anestesista destaca-se na necessidade de alívio farmacológico da dor, geralmente analgesia loco-regional, ou para procedimentos cirúrgicos, sejam eletivos, urgentes ou emergentes. Atualmente, o anestesista está presente 24h sem restrições, tanto para situações de alívio da dor em TP, como face à necessidade de procedimentos cirúrgicos. Efetuada a caracterização dos recursos humanos segue-se a caracterização dos recursos materiais.

2.2.2. Caracterização dos Recursos Materiais

De entre os recursos que permitem a consulta e registo de informações relacionada com a situação clínica e os cuidados prestados às grávidas, parturientes e recém-

nascidos, destacam-se no SUOG do CHBM, EPE, o Sistema Integrado de Registos de Informação para Urgências, o SClínico e o processo de papel.

Na admissão, os registos de triagem das mulheres são efetuados através da aplicação informática: Sistema Integrado de Registos de Informação para Urgências. É adotada a Triagem de Manchester. Consoante a queixa/motivo de ida ao SUOG e situação clínica da mulher na admissão é atribuída uma cor que define uma prioridade, determinando tanto o atendimento e observação médica como, a necessidade de prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Quando a mulher é internada, a sua anamnese é efetuada através do programa informático SClínico. Para além de permitir a consulta de dados relativos à utente, o SClínico permite o acesso a outras informações clínicas, tais como, consultas de vigilância da gravidez se efetuadas na instituição, histórico de episódios de internamentos anteriores durante a gravidez atual e/ou gravidezes anteriores, no SUOG do CHBM, EPE. Os registos de enfermagem relativos à vigilância do TP, parto, puerpério imediato e atos cirúrgicos são efetuados em papel.

A segurança dos recém-nascidos é assegurada através de um sistema informático, centralizado, associado a pulseiras eletrónicas *Hugs®* desde 2007. Imediatamente após o nascimento é colocada uma pulseira eletrónica a cada recém-nascido, que fica automaticamente ativa quando em contato com a pele do recém-nascido. Esta pulseira é apenas removida no momento da alta, no Serviço de Obstetrícia. Previamente e, exclusivamente pelo enfermeiro, estas pulseiras são identificadas no sistema informático, com nome completo da mãe, sexo do recém-nascido e serviço de admissão do mesmo.

Outro recurso importante no âmbito da vigilância do bem-estar materno e fetal disponível no SUOG do CHBM, EPE, é a central informática de registo dos traçados cardiotocográficos. Na admissão é dada entrada da mulher, nome completo e número de processo, correspondente ao cardiotocógrafo que lhe está associado. Este sistema permite visualizar todos os traçados num único ecrã localizado na sala de enfermagem, que alarma, áudio e visualmente, perante uma intercorrência no registo do mesmo.

No que respeita aos recursos disponíveis para a promoção do parto normal, nomeadamente, à liberdade de movimentos, alternância de posições e adoção de posturas verticalizadas durante o TP e parto, destacam-se as duas camas electrónicas *Hill-Rom®* e sete bolas de pilates. A deambulação e a adoção de posições verticalizadas fora da cama, são beneficiadas pela existência de cardiotocógrafos com sistema de telemetria. A

musicoterapia, enquanto medida de conforto, não farmacológica, para alívio da dor é assegurada através de sete aparelhagens com rádio e leitor de *Compact Disc*.

2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

De acordo com Roldão (2003), competência é a capacidade de mobilizar, selecionar e integrar conhecimentos previamente adquiridos ante uma questão ou problema. É o objetivo último, subsequente a uma série de objetivos, atingidos num processo construtivo. Uma competência atingida é, em princípio, para sempre adquirida. Ao longo da vida, o ser humano adquire uma diversidade de competências, em múltiplos contextos da vida.

O EESMO é detentor de um conjunto de competências clínicas especializadas que resultam do aprofundamento de 18 competências do enfermeiro de cuidados gerais, concretizando-se em competências comuns e competências específicas (OE, 2010a).

As competências comuns, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialidade, capacitam a conceção, gestão e supervisão de cuidados, por meio de um suporte efetivo, no âmbito da formação, investigação e assessoria. Consequentemente, promovem a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

As competências específicas resultam das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, do campo de intervenção definida para cada área de especialidade. No Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da OE (2010b), encontram-se definidas as diferentes áreas pelos quais EESMO é responsável no seu exercício profissional. No processo de aquisição e desenvolvimento de competências da mestranda, esteve subjacente este regulamento, visando a integração de cada competência por ele prevista.

No que se refere, especificamente, à intervenção do EESMO no TP e parto, o regulamento referido define que o EESMO deve cuidar da mulher inserida na família comunidade durante o TP, efetuando o parto num ambiente seguro, promovendo a saúde

da parturiente e, otimizando a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina. Para além disso, deve diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido e, providenciar cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e, ou, com o parto (OE, 2010b). Neste sentido, pretendeu-se no processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, no âmbito da saúde materna e obstetrícia, que a mestranda ficasse dotada de conhecimentos científicos e habilidades práticas para a compreensão, interpretação e resolução de intercorrências que possam surgir no decurso do TP e no parto, encaminhando as situações que estejam fora da sua área de intervenção.

A assistência na gravidez e no parto pressupõe que o nascimento é um processo fisiológico, no qual só se deverá intervir para corrigir desvios da normalidade e, que os profissionais de saúde que nela participam são o garante de um ambiente de confiança, segurança e privacidade, que respeita o direito à informação e decisão esclarecida, à individualidade, dignidade e confidencialidade das mulheres. Os princípios que defendem o parto normal visam promover a saúde e bem-estar da mulher/casal e recém-nascido durante a gravidez, o parto e a amamentação (OE, 2012).

Nos últimos anos, tem-se vindo a verificar uma tendência persistente, em assistir o parto de forma intervencionista e rotineira, independentemente do nível de risco obstétrico e, em fazer-se um uso inadequado dos recursos tecnológicos. Consequentemente, esta tendência parece estar associado ao aumento do risco de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico (OE, 2012).

Em 2012, a OE ratificou um documento de Consenso intitulado “Pelo Direito ao Parto Normal - Uma visão partilhada” integrado no Programa Liderança para a Mudança realizado pela OE, em 2010, com a colaboração do International Council of Midwives (ICM). Deste documento, baseado nas boas práticas para assistência ao TP, parto e nascimento, resultaram uma série de recomendações, classificadas em quatro categorias, com base em evidência científica: a) condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; b) condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; c) condutas utilizadas com insuficientes evidências que apoiem a sua clara recomendação e que devem ser utilizadas com precaução até à conclusão de novos estudos e d) condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada (OMS, 1996). Destas recomendações destacam-se diferentes medidas que visam a proteção do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico.

Para além disso, com vista a influenciar os indicadores da prática clínica, iniciou-se o “Projecto Maternidade com Qualidade” (OE, 2013). Considerando a temática deste projeto de intervenção, destaca-se o indicador de evidência e de medida - a episiotomia/a utilização na prática clínica.

Urge a necessidade do EESMO mudar a sua prática na assistência ao parto, respeitando a fisiologia do parto, minimizando o risco de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico. Pretende-se reduzir o medo, o sentimento de angústia, proporcionar maiores níveis de satisfação e uma vivência do TP e parto saudável, consciente e informada. Um parto interventivo, quando e o quanto necessário, tirando partido dos benefícios dos avanços tecnológicos. O caminho não é voltar as costas aos avanços científicos e criar guerras desnecessárias mas sim, dialogar de forma abrangente e livre, colocando as mulheres no centro dos cuidados, dando-lhes toda a informação possível e necessária para que possam decidir de forma segura, consciente e informada.

A implementação, pelo EESMO, de medidas protetoras do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP, é uma área de intervenção autónoma e da responsabilidade do EESMO, devendo ser uma competência do mesmo no cuidar/assistir a mulher durante o parto e, conseqüentemente, estar integrado neste processo de aquisição de competências.

Sendo o EESMO detentor de um conjunto de conhecimentos aprofundados num domínio específico da enfermagem, com capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências especializadas, com base na especificidade da área obstétrica e ginecológica (OE, 2010b), no decorrer deste estágio final, emergiram um conjunto de intervenções especializadas que, permitiram a articulação e a mobilização de conhecimentos atuais, nomeadamente, no que respeita às medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico. Considera-se que o processo de aquisição de competências teve por base uma diversidade de experiências e atividades concretizadas com vista ao desenvolvimento de competências específicas, sob forma de objetivos, efetuando simultaneamente uma análise crítica e, refletindo sobre o seu contributo para o crescimento e evolução da mestranda, enquanto EESMO. Tendo por base a temática central deste projeto de intervenção, foi dado especial ênfase ao cuidado de enfermagem na promoção de medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP, descrevendo, analisando e refletindo sobre a experiência vivenciada.

O nascimento de um filho é um momento único e inesquecível, cada vez mais planeado por muitos casais. Atualmente existe uma diversidade de informação sobre este momento, facilmente disponível. Contudo é crucial trabalhar em parceria com os casais, um planeamento individual de cuidados, apoiando-os e capacitando-os para tomarem decisões informadas (ICM, 2013).

As medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico devem ser incluídas neste planeamento prévio, devendo ser apoiadas, incentivadas e sugeridas pelos EESMO's às mulheres na gravidez e, durante o TP nomeadamente às que não tiveram conhecimento prévio das mesmas. Neste sentido, constituiu-se como foco de atenção crucial, o desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados, com vista à promoção de medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP.

Verificando-se que algumas medidas protetoras de traumatismo e disfunção do pavimento pélvico no 2º estadio do TP não são implementadas e, que outras não o são implementadas plenamente, constatou-se a necessidade de melhorar a mobilização efetiva das mesmas, através da implementação de um projeto de intervenção de melhoria de cuidados. Ao encontro do projeto proposto (Apêndice A) foram desenvolvidas várias atividades que pretendiam a concretização de objetivos delineados, com vista à promoção destas medidas, não só junto das mulheres no período pré-natal e em TP, como também junto da equipa de EESMO, sensibilizando-os para a importância desta temática. Segue-se a análise reflexiva dos objetivos delineados para este projeto de intervenção.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

O objetivo de uma investigação é uma forma do investigador delimitar o que pretende atingir com a realização de um trabalho de investigação (Vilelas, 2009). Consiste, especificamente, num enunciado afirmativo onde é explicitado a população, as variáveis e a metodologia de orientação da investigação (Fortin, Côté & Filion, 2009).

Neste capítulo, são apresentados e fundamentados o objetivo geral do projeto de intervenção e, os objetivos específicos delineados para as populações-alvo abrangidas.

3.1. OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Nos últimos anos, a assistência ao parto tem sofrido modificações importantes e significativas positivas que se refletem na diminuição das taxas de morbi e mortalidade perinatal e neonatal. Contudo, a OE (2012) alerta que prosperou uma assistência no parto intervencionista e rotineira, independentemente do nível de risco obstétrico e, destaca como consequência o risco do traumatismo e de disfunções do pavimento pélvico.

Urge, desta forma, a necessidade do EESMO mudar a sua prática, o seu cuidar na assistência ao parto, com vista a reduzir o risco de traumatismo e de disfunções do pavimento pélvico. Impõe-se a necessidade de uma assistência à mulher, no TP e parto, que tire partido dos benefícios dos avanços tecnológicos, interventiva quando e o quanto necessário, proporcionando-lhe elevados níveis de satisfação e uma vivência o mais positiva do seu TP, parto e pós-parto.

Nesta perspetiva, delineou-se como o objetivo geral para este projeto de intervenção, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela equipa de EESMO's na assistência à parturiente no 2º estadio do TP:

- Promover a implementação de medidas protetoras do traumatismo e disfunção do pavimento pélvico, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o 2º estadio do TP.

3.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM AS POPULAÇÕES-ALVO

Os objetivos a atingir com as populações-alvo, correspondem aos objetivos específicos delineados para o projeto, com vista a alcançar o objetivo geral.

De acordo com OE (2012), a forma intervencionista e rotineira que, nos últimos anos, parece querer persistir nas salas de parto, está associado ao risco traumatismos, nomeadamente lacerações graves e episiotomia, potenciando o desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico. Sendo que, a implementação de medidas protetoras no 2º estadio do TP contribui para a minimização de traumatismos em qualquer uma das estruturas que constituem o pavimento pélvico, os objetivos a atingir com a população-alvo de EESMO foram:

- Avaliar os cuidados prestados, pela equipa EESMO do CHBM, EPE na implementação de medidas protetoras do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o 2º estadio do TP.

Este objetivo foi essencial no estabelecimento do diagnóstico da situação. Permitiu identificar as necessidades da equipa de EESMO do CHBM, EPE neste âmbito e, as intervenções necessárias com vista à promoção da implementação de medidas protetoras de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP.

- Sensibilizar a equipa EESMO do CHBM, EPE para o impacto do parto vaginal no desenvolvimento de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico e medidas de protetoras no 2º estadio do TP.

O parto vaginal, especificamente, a passagem do feto pelo canal vaginal, a atividade uterina e os esforços expulsivos maternos, submetem as diferentes estruturas e tecidos que constituem o pavimento pélvico a uma acentuada pressão, distendendo-as. Esta distensão está integrada num processo fisiológico que visa acomodar a apresentação fetal, proporcionada por alterações hormonais no final da gravidez, que amolecem os tecidos, permitindo suportar a pressão exercida pela passagem do feto, contrações uterinas e esforços expulsivos. Desta forma, é fisiologicamente minimizada o risco de traumatismos e de disfunções do pavimento pélvico. Contudo, ainda assim, de acordo com Ashton-Miller e De Lancey (2007), Mascarenhas (2012), Milsom (2015) e Rogers et al. (2014), a pressão e distensão exercida nos músculos, tecidos conjuntivos e nervos no parto vaginal, é de tal forma intensa que a probabilidade de algum tipo de traumatismo, comprometendo a curto e/ou longo prazo a sua anatomia e/ou

funcionalidade, é inevitável.

Sensibilizando a equipa para o impacto do parto vaginal no desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico, especificamente o impacto de traumatismos decorrentes, este objetivo visou despertar para a pertinência da implementação de medidas protetoras de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP. Para além disso, com base em evidência científica, pretendeu demonstrar a aplicabilidade destas medidas na prática diária de cuidados, constituindo-se intervenções autónomas e, uma competência específica do EESMO no 2º estadio do TP. A discussão e partilha de experiências entre os profissionais foram uma constante, revelando-se cruciais para o sucesso deste objetivo.

- Identificar os resultados na preservação da integridade perineal com a implementação de medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, pela equipa EESMO do CHBM, EPE, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o 2º estadio do TP;

Este objetivo pretendeu motivar esta equipa para a implementação de medidas protetoras de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico, no 2º estadio do TP, em mulheres de baixo risco obstétrico. A sua concretização envolveu a realização de um estudo não exploratório, quantitativo e descritivo, na população alvo de parturientes.

Com base em evidência científica, e indo ao encontro das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1996) na assistência ao parto normal, a literatura aponta como medidas protetoras de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP: as posições verticalizadas, os esforços expulsivos espontâneos, a técnica de suporte perineal (“*hands-off*”/“*hands-on*”), a episiotomia seletiva, a não realização da manobra de *Kristeller* e, a aplicação de calor.

As vantagens e benefícios descritos na literatura destas medidas e, os resultados obtidos da sua aplicabilidade, nomeadamente, na preservação da integridade perineal em diferentes estudos efetuados, constituíram-se uma importante fonte de motivação, justificando este objetivo. Pretendeu-se, especificamente, identificar os resultados na preservação da integridade perineal por ser um resultado imediatamente observável e identificável após o parto. Desta forma, procurou-se envolver a equipa EESMO do CHBM, EPE, demonstrando a aplicabilidade destas medidas, a sua eficácia e eficiência, capacitá-los na sua execução e, respetiva avaliação de resultados obtidos, nomeadamente, na preservação da integridade perineal.

Para além disso, este objetivo procurou-se ainda reconhecer a importância, das medidas protetoras de traumatismo e de disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP, atribuída pelas parturientes. Conhecer a perspectiva da mulher foi fundamental para a identificação e satisfação das suas necessidades. Um estudo desenvolvido por Progianti, Porfírio, Vargens e Lonrenzoni (2006), concluiu que a mulher identifica como fundamental um cuidar que favoreça a preservação da integridade perineal.

Especificamente para com a população-alvo de parturientes procurou-se:

- Sensibilizar a mulher para as medidas preventivas e protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, na gravidez e parto.

A relevância desta temática centra-se no impacto negativo que, as disfunções do pavimento pélvico podem gerar na qualidade de vida da mulher, nomeadamente no pós-parto, comprometendo a sua adaptação à parentalidade, processo de amamentação, nos seus relacionamentos sociais, sexuais/conjugais e nas suas diversas actividades da vida diária (Andreucci et al., 2015; Priddis et al., 2014). Estes autores relatam que o bem-estar do recém-nascido depende do bem-estar materno após o parto. A mulher procura um retorno tranquilo ao seio familiar, a realização autónoma das suas actividades de vida diária e dos cuidados ao recém-nascido. As disfunções do pavimento pélvico podem influenciar, negativamente, este retorno, afetando a autoconfiança da mulher, comprometendo a adaptação às suas novas funções parentais e, conseqüentemente, todo o processo da parentalidade.

Para além disso, outros problemas parecem estar associados, tais como, dificuldade na mobilização, o encontro de posições confortáveis para amamentar e a dispareunia. A longo prazo, destacam-se as implicações no seu bem-estar individual, relacionamentos sociais e em todas as actividades de vida diárias (Hilde & Bo, 2015; Milsom, 2015; Volloyhaug et al., 2015). Neste sentido, é reconhecido a necessidade do EESMO, no pré-natal, desenvolver intervenções preventivas e, no parto, implementar medidas protetoras que minimizem o risco de traumatismos.

De acordo com Hensrud (2000) identificam-se três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A prevenção primária consiste desviar fatores de risco/condições que possam estar na origem da doença, neste caso específico, no desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico. Martins, Soler, Cordeiro, Amaro e Moore (2010), destacam a importância da prevenção primária na incontinência urinária, evidenciando o período pré-natal como a primeira abordagem para prevenir esta sintomatologia entre

mulheres jovens.

Destacam-se como medidas preventivas de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico, aconselhadas no pré-natal, os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico e, a massagem perineal. Estudos sugerem que mulheres continentais que iniciaram exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, desde as vinte semanas de gestação, estatisticamente, têm um risco significativo menor (56%) de desenvolver incontinência urinária na fase final da gravidez. Até doze semanas pós-parto, menos 50% e, entre os três e seis meses pós-parto, menos 30% (Boyle, Hay-Smith, Cody & Mørkved, 2014). Com base nas recomendações da OMS (1996) para a assistência ao parto normal destacam-se as medidas protetoras, mencionadas anteriormente, sendo a sua promoção pelo EESMO, no 2º estadio do TP, o objetivo geral deste projeto de intervenção de melhoria da qualidade de cuidados.

Através deste objetivo, procurou-se: esclarecer as mulheres sobre o que é o pavimento pélvico, como funciona e, porque é tão importante para a mulher; informar sobre os benefícios de um pavimento pélvico fortalecido, dando-lhe a conhecer medidas para evitar o enfraquecimento desta estrutura muscular; motivá-las para a execução de estratégias preventivas na gravidez; consciencializá-las sobre o posicionamento do pavimento pélvico no seu corpo e da importância em ter um bom controlo da sua contração, partilhando algumas dicas para que autonomamente aprendem a contrair-lo; despertá-las para as medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, para o seus benefícios e para que possam solicitá-las e mobilizá-las no seu parto e, por último esclarecer sobre a importância de cuidar do mesmo após o parto e no decorrer de todo o seu ciclo de vida.

4. METODOLOGIAS

O presente capítulo pretende descrever a forma como os procedimentos foram realizados no decorrer do desenvolvimento e implementação do projecto de intervenção. Distinguiram-se quatro fases: a fase de preparação, a fase de diagnóstico da situação, a fase de implementação e, a fase de avaliação.

4.1. FASE DE PREPARAÇÃO

Após a escolha do tema a estudar, foi efetuada uma revisão da literatura sobre a temática em estudo. De acordo com Fortin et al. (2009, p. 87) a revisão da literatura define-se como um “inventário e um exame crítico do conjunto das publicações tendo relação com um tema em estudo” (...) “os objetivos da revisão da literatura consistem em determinar o que foi escrito sobre um tema (...)”. Neste sentido, com base em conhecimentos existentes sobre um tema, pretendeu-se distinguir o que é conhecido empiricamente e, assim adquirir novos conhecimentos.

A literatura aponta a existência de evidência científica que sustenta várias medidas como protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, indo ao encontro das recomendações da OMS (1996) para a assistência ao parto normal. Neste sentido, selecionaram-se, para o projeto de intervenção, as medidas protetoras mencionadas. Também a partir desta revisão da literatura e, de informação/conhecimentos adquiridos da leitura e análise de vários documentos obtidos sobre a temática, foram construídos, pela mestranda, os instrumentos de colheita de dados: Questionário dirigido à equipa de EESMO (Apêndice B), Questionário dirigido à Parturiente (Apêndice C) e uma matriz para registo de dados obtidos da consulta do processo clínico (Apêndice D).

Relativamente aos construtos que integraram os questionários, foi necessária a avaliação do seu conteúdo, da sua semântica e, da sua confiabilidade. Para a avaliação do conteúdo, foram sujeitos a uma análise informal por um grupo de EESMO's e por uma professora de Enfermagem. A avaliação da semântica foi conseguida através da realização de um pré-teste. Por avaliação da confiabilidade, entende-se a avaliação da consistência interna dos itens das escalas. Para tal, recorreu-se a um dos procedimentos esta-

tísticos mais utilizados para mensuração da consistência interna, o coeficiente alfa de Cronbach (Streiner, 2003).

Ambos os questionários, após estas avaliações e realização de pré-teste, sofreram modificações, resultando a sua versão final, apresentada nos Apêndices B e C.

4.2. FASE DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A fase de diagnóstico da situação, metodologicamente, consistiu na aplicação dos questionários à equipa EESMO e às parturientes.

Os questionários dirigidos à equipa EESMO, e respetivos consentimentos informados, foram entregues e distribuídos pela EESMO com funções de chefia no SUOG do CHBM, EPE. Todos foram devolvidos, devidamente preenchidos à mestranda. Os questionários dirigidos às parturientes foram aplicados individualmente e, na íntegra, pela mestranda. Optou-se por estar presente, aquando do preenchimento, com vista a esclarecer uma eventual dúvida que pudesse surgir.

4.3. FASE DE IMPLEMENTAÇÃO

A metodologia adotada na fase de implementação distinguiu-se consoante a população-alvo. Com base nos conhecimentos obtidos da revisão da literatura, pretendeu-se sistematizar a informação obtida, dando especial ênfase à evidência científica mais atual. Realizaram-se sessões informativas e formativas à população-alvo de EESMO's e, elaborou-se um folheto informativo para a população-alvo parturientes.

Para a apresentação das sessões informativas e formativas optou-se pelo método expositivo e foi promovida a discussão e partilha de ideias/sugestões/vivências com base na experiência prática e, profissionalismo, que caracteriza esta equipa. A importância de ambientes de trabalho, que possibilitem ao EESMO refletir e partilhar experiências para o seu desenvolvimento profissional, é destacada por Edqvist, Lindgren e Lundgren (2014) e, por Lindberg, Mella e Johansson (2013). Os estudos desenvolvidos por estes autores procuraram uma compreensão aprofundada de experiências vividas por *midwives*, perante a ocorrência de lesões do esfíncter anal no parto que assistiram. A culpa,

vergonha e falta de profissionalismo foram sentimentos verbalizados, sendo que, dificilmente o teria sido feito na falta de ambientes favoráveis.

No que respeita ao folheto informativo, o conteúdo selecionado, a sua apresentação e redação, foram adequados à população destinatária e foram efetuados sob a supervisão do orientador pedagógico do Estágio Final. A sua distribuição foi efetuada em diferentes contextos, constituindo-se momentos informais de educação para a saúde sobre a temática. Sempre que adequado, nomeadamente, episódios de ida à urgência, na admissão (mulheres admitidas para indução do parto, fases iniciais de TP, no decorrer do TP) e, as aulas de preparação para o parto foram momentos de oportunidade privilegiados para a realização desta sensibilização e entrega do folheto informativo. A realização de atividades de promoção de proteção perineal deve ser uma preocupação do EESMO que não se pode limitar ao 2º estágio do TP. Deve iniciar-se na gravidez e em todos os momentos considerados oportunos (Lindgren, Brink & Klinberg-Allvin, 2011).

Nesta fase foi ainda desenvolvido o estudo de investigação contemplado no objetivo específico III. A metodologia adotada para a realização deste estudo regeu-se por uma abordagem quantitativa, numa perspetiva simplesmente descritiva. Consideraram-se como medidas protetoras de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico no 2º estágio do TP, as medidas já mencionadas anteriormente. Relativamente às posições verticalizadas, consideraram-se as posições de pé, de cócoras, sentada, de joelhos e de mãos apoiados no chão (posição inglesa, de quatro ou de Gaskin), de joelhos sem as mãos apoiadas no chão e, de lado.

4.4. FASE DE AVALIAÇÃO

A avaliação das intervenções desenvolvidas, sessões informativas e formativas e folheto informativo centrou-se no feedback dos EESMO's e das parturientes, respetivamente. Para a avaliação do estudo efetuado, a metodologia utilizada centrou-se no tratamento e análise estatística descritiva dos dados obtidos.

5. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM AS POPULAÇÕES-ALVO

Os estudos sobre programas de intervenção com as populações-alvo apresentados neste capítulo resultaram da realização de uma revisão da literatura. Após a definição da pergunta de partida, com base na classificação PI(C)OD - Participantes, Intervenções, (Comparações), Resultados, Desenho (Joanna Briggs Institute, 2011), definiu-se a questão de investigação: Quais as medidas protetoras (I) de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico (P) no segundo estadio do trabalho de parto (O)?

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: estudos em formato de texto completo disponíveis nas bases de dados, em português, inglês e espanhol, num horizonte temporal de publicação 2012 e 2017 e, que respondessem à temática em questão. Excluíram-se os artigos incompletos nas bases de dados, como por exemplo, só resumo disponível, duplicação de artigos e os artigos que não respondessem à questão de partida.

A pesquisa bibliográfica foi efetuada a 11 de Maio de 2017, na plataforma *EBSCOHost*, envolvendo as bases de dados *Academic Search Complete*, *CINAHL Plus with full text* e *Medline with full text*. Em conformidade com os Descritores em Ciências de Saúde, foi desenvolvida com recurso aos descritores: Enfermeira Obstétrica (*Midwife**), Segunda Fase do Trabalho de Parto (*Labor Stage, Second*), Assoalho Pélvico (*Pelvic Floor*) e Períneo (*Perineum*), e pela combinação de expressões booleanas: *Midwife* AND Labor Stage, Second AND (Pelvic Floor OR Perineum)*.

Posteriormente, procedeu-se à seleção dos artigos. Após a introdução da expressão da pesquisa, delimitação por data de publicação, idioma, texto completo e leitura do título obtiveram-se 143 resultados. Destes, após leitura do resumo foram excluídos 98. Por fim, dos 45 artigos restantes, após leitura do texto integral foram selecionados os 8 artigos que incluem a presente revisão da literatura. Ao efetuar uma pesquisa aleatória encontrou-se um artigo publicado em 2014, em Português que, respondendo à temática em estudo, foi incluído como literatura cinzenta.

O conhecimento da relação entre a estrutura anatómica do pavimento pélvico e a sua função é fundamental para a compreensão dos distúrbios que o podem afetar, bem como para a compreensão das medidas apresentadas como protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico. Neste sentido, primeiramente, foi efetuada uma

revisão de alguns aspetos anatómicos e funcionais do pavimento pélvico considerados pertinentes de acordo com a temática em estudo, apresentados no Apêndice E.

Seguidamente, com base na revisão da literatura efetuada sobre a temática em estudo, são apresentados os resultados de estudos efetuados na população alvo de grávidas, com vista a esclarecer a influência de alguns fatores de risco no desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico.

5.1. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO DE PARTURIENTES

A prevalência de disfunções do pavimento pélvico parece aumentar significativamente com a idade. Se, cerca de 10% das mulheres com idade compreendida entre os 20 e os 39 anos apresentam algum tipo de sintomatologia relacionada com disfunção do pavimento pélvico, esta percentagem atinge valores de 50%, em mulheres com idade igual ou superior a 80 anos. Este fato relaciona-se com uma deterioração da força dos tecidos musculares e conjuntivos, nomeadamente, sob ação de alterações hormonais, tais como, o défice de estrogénio com a idade (Bozkurt et al., 2015; Mannella, Palla, Bellini & Simoncini, 2013; Memon & Handa, 2013).

Para além disso, de acordo com Memon e Handa (2013), a prevalência de disfunções do pavimento pélvico parece ser maior em multíparas do que em nulíparas, independentemente do tipo de parto. Segundo estes autores, com base em diferentes estudos, a incontinência urinária é três vezes mais frequente em primíparas do que em nulíparas, o risco de prolapso dos órgãos pélvicos é duas vezes superior e, o risco de incontinência fecal aumenta com a paridade.

Um estudo realizado por Marshall, Walsh e Baxter (2002) procurou compreender o efeito do primeiro parto sobre a função da musculatura do pavimento pélvico, conseqüentemente no desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico. As participantes foram divididas em dois grupos: nulíparas e primíparas, sem sintomas clínicos de incontinência urinária entre o 9º e o 10º mês pós-parto vaginal. A função muscular de todas as participantes foi avaliada através de 3 testes: teste digital, perineometria e eletromiografia. Os resultados revelaram uma diferença significativa não só na força, como na performance dos músculos do pavimento pélvico entre os dois grupos. As nulíparas apresentaram maior desempenho que as primíparas em todos os

testes.

Relativamente ao impacto da gravidez no desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico, as alterações hormonais que ocorrem neste período e as causas mecânicas, parecem ser fortes condicionantes (Bozkurt et al., 2014). De entre as causas mecânicas destaca-se o aumento da pressão intra-abdominal, especificamente, o aumento do volume e peso uterino que predispõe um aumento crescente da pressão na bexiga. Consequentemente, com a evolução da gravidez, há um aumento do ângulo uretro-vesical e uma diminuição no suporte da bexiga e uretra, levando a uma hiper mobilidade uretral e incontinência urinária (Fitzgerald & Graziano, 2007).

De acordo com Freeman (2013), existem ainda mulheres mais predispostas ao desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico, por apresentarem uma constituição enfraquecida da musculatura e fascias do pavimento pélvico, relacionada com uma deficiência de colagénio. Nestas mulheres, a gravidez, pelos aspetos referidos, potencia fortemente o desenvolvimento de incontinência urinária de esforço e prolapso de órgãos pélvicos.

No que respeita à relação entre o parto vaginal e o risco de disfunções do pavimento pélvico, destacam-se vários estudos. Por exemplo, com vista compreender o estiramento a que os músculos do pavimento pélvico estão sujeitos, no 2º estadio do TP, nomeadamente, o músculo elevador do ânus, Lien, Mooney, DeLancey e Ashton-Miller (2004), desenvolveram um modelo informático, geométrico e tridimensional do mesmo, simulando a passagem da cabeça fetal encaixando-se e distendendo-o progressivamente. Constataram níveis de tensão que comprovam o seu elevado risco de lesão, comprometendo a sua função na continência fecal e urinária. Outro estudo efetuado por De Lancey, Kearney, Chou, Speigths e Binno (2003), a uma amostra de 160 primíparas concluiu, através de ressonância magnética, que 20% apresentavam lesão do músculo elevador do ânus entre 9 a 12 meses após o parto vaginal.

Estes dois estudos destacam o impacto do parto vaginal no músculo elevador do ânus, sendo que as lesões desta estrutura estão fortemente associadas ao desenvolvimento de incontinência urinária de esforço, prolapso dos órgãos genitais e defeitos do esfíncter anal (De Lancey et al., 2003; Freeman, 2013).

Relativamente ao desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico relacionados com lesões do tecido conjuntivo, de acordo com Mascarenhas (2012), parecem estar relacionados com o facto de o novo tecido formado, após ocorrência de

lesão, não apresentar as mesmas características, levando ao seu enfraquecimento. Enquanto o tecido muscular apresenta uma eficaz capacidade de recuperação quando lesionado, já o tecido conjuntivo não possui as mesmas características. Estas complicações são mais evidentes a longo prazo e, potenciadas pelo processo de envelhecimento e alterações hormonais na menopausa. A gravidez, parto e o envelhecimento comprometem as características funcionais dos constituintes dos tecidos conjuntivos e, conseqüentemente, o risco de desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico (Ashton-Miller & De lancey, 2007). Quanto maior o número de partos vaginais, isto é, a paridade, juntamente com alterações fisiológicas relacionadas com o envelhecimento, maior a probabilidade de lesões do tecido conjuntivo e, conseqüentemente, o risco de desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico (Mascarenhas, 2012).

Sendo estas lesões difíceis de identificar e diagnosticar, nos últimos anos, o desenvolvimento de técnicas imagiológicas permitiu uma melhor compreensão da natureza das lesões fasciais durante o parto. Dietz e Schierlitz (2005) demonstraram que até um terço das mulheres após parto vaginal experimentaram lesões na fásia que suporta os músculos pélvicos, estando na origem da incontinência urinária pós-parto, três meses após o parto.

Para além de lesões musculares e do tecido conjuntivo, decorrentes do parto vaginal, a literatura aponta ainda as lesões das estruturas nervosas e vasculares, na origem das disfunções do pavimento pélvico. Apesar do canal vaginal apresentar uma forte capacidade de acomodação e distensão dos tecidos envolventes à passagem do feto, o exagero pode levar também a alterações funcionais e/ou lesões/traumatismos destas estruturas. Os danos no tecido conjuntivo e muscular podem ser potenciados pelo compromisso neurovascular, podendo a musculatura pélvica sofrer deservação e desvascularização (Mascarenhas, 2012). Para além disso, a própria passagem do feto pelo pavimento pélvico pode provocar um estiramento do nervo podendo e suas ramificações. As conseqüências deste estiramento passam por uma deservação total ou parcial da musculatura, resultando em perda da força muscular (Frye, 2010).

No que respeita à influência do tipo de parto, eutócico *versus* forceps, na diminuição da força muscular, conseqüentemente no desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico, Mascarenhas (2012) refere um estudo efetuado por Meyer, Schreyer, Grandi e Hohlfeld onde foram avaliados 149 nulíparas durante a gravidez e nove semanas após o

parto através de questionários, exame clínico, ultrasonografia perineal, perfil de pressão uretral e perineometria vaginal e anal. As mulheres, com parto vaginal eutócico ou fórceps, sofreram uma diminuição significativa das pressões intra-vaginal e intra-anal na contração do pavimento pélvico nove semanas após o parto, sendo esta diminuição mais acentuada no parto por fórceps. Para além disso, mulheres com parto por fórceps apresentaram maior incidência de cistocelo do que as mulheres com parto eutócico.

Outros estudos têm procurado avaliar a incidência das disfunções do pavimento pélvico de acordo com o tipo de parto, eutócico *versus* cesariana. Por exemplo, Memon e Handa (2013) referem um estudo desenvolvido por MacLennan, Taylor, Wilson e Wilson (2000) que concluiu que 58% das mulheres com parto vaginal manifestaram sintomatologia associada a disfunção do pavimento pélvico, comparativamente com 43% que foram submetidas a cesariana. Noutro estudo realizado por Handa et al. (2011) a incidência de desenvolvimento de sintomatologia associada a incontinência urinária de esforço e prolapso de órgãos pélvicos foi duas vezes maior em mulheres com parto vaginal, comparativamente com mulheres submetidas a cesariana.

Estes estudos comprovam a relação entre as disfunções do pavimento pélvico e o parto vaginal contudo, Hilde e Bo (2015), Leanza, Stefania, Leanza e Pafumi (2011) e Volloyhaug et al. (2015) ressaltam que mais que o parto vaginal, o parto vaginal instrumentado, é um fator de risco muito maior, sugerindo a realização de cesariana como uma opção preventiva, quando altamente previsível a necessidade de realização de fórceps.

De acordo com Dietz e Schierlitz (2005), nos últimos anos, tem-se assistido a uma tendência crescente na realização de cesariana eletiva, justificada pelos potenciais riscos do parto vaginal no desenvolvimento de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico. Por um lado, o parto vaginal é visto por alguns autores como um risco real para o desenvolvimento de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, por outro lado, há quem defenda que tal premissa não passa de um mito, alertando para o uso abusivo da cesariana sem justificação clínica. Para além disso, Freeman (2013) esclarece não existir evidência que confirma a cesariana como um método efetivamente preventivo de disfunções do pavimento pélvico, até porque tal como já foi referido anteriormente, existe uma multifatorialidade de fatores que podem co-existir na origem desta morbilidade. De acordo com este autor, por um lado, vários estudos têm evidenciado um elevado risco, a longo prazo, de desenvolvimento de incontinência urinária e

necessidade de realização de cirurgia por prolapso dos órgãos pélvicos, após o parto vaginal. Por outro lado, muitos estudos epidemiológicos apenas sugerem uma proteção parcial de disfunções do pavimento pélvico, em mulheres submetidas a cesariana, independentemente de ter sido cesariana eletiva ou não.

Estudos epidemiológicos recentes sugerem a realização de cesariana, como forma preventiva de disfunções do pavimento pélvico, em mulheres de baixa estatura e/ou fetos macrossômicos. A justificação baseia-se no elevado risco de via vaginal, poder ser um parto instrumentado e, tal como foi referido anteriormente, este sim ser um elevado fator risco no desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico. Para além disso, mulheres com antecedentes pessoais de incontinência urinária, com trauma esfíncter anal prévias e, com incontinência fecal, são sim mulheres com indicação para cesariana (Gyhagen, Bullarbo, Nielsen & Milsom, 2013).

Constata-se existirem vários fatores de risco associados ao parto vaginal no desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico. Freeman (2013) e Memon e Handa (2013) apontam vários eventos e intervenções, durante o parto vaginal, que podem potenciar este risco, nomeadamente, um trabalho de parto prolongado, variedades posteriores, a macrossomia fetal, traumatismos perineais (episiotomia e lacerações graves), o incentivo à realização de esforços expulsivos dirigidos, entre outros procedimentos obstétricos invasivos.

Relativamente à associação entre traumatismos perineais e o desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico, de acordo com Jiang, Qian, Carroli e Garner (2017) os traumatismos do períneo são das lesões mais frequentes e, imediatamente identificadas após o parto vaginal. Na maioria dos partos vaginais existe algum tipo de trauma do trato genital consequência de lacerações, episiotomias ou ambos, nomeadamente em mulheres primíparas.

Distinguem-se dois tipos de trauma perineal: a laceração e a episiotomia. A laceração é um traumatismo espontâneo, decorrente da passagem do feto pelo canal vaginal. A episiotomia resulta de uma incisão efetuado pelo profissional de saúde que assiste o parto (Frye, 2010). De acordo com Memon e Handa (2013), a episiotomia e a laceração perineal grave, são dois fatores de risco, no desenvolvimento de lesões neuromusculares do pavimento pélvico associados ao parto. A laceração perineal pode não afetar todos os tecidos (pele, mucosa, músculos transversos superficial do períneo e bulbocavernoso) e pode ocorrer na região anterior ou posterior do períneo, com

diferentes níveis de gravidade.

O risco de laceração depende de vários fatores. Destacam-se a constituição dos seus tecidos, nomeadamente deficiências de colagénio, a nutrição da mulher, idade, raça, o tamanho do feto, a variedade/posição fetal, a bacia da mulher e, intervenções desnecessárias e rotineiras (Frye, 2010; Hornemann et al, 2010; Kettle & Tohill, 2010).

De acordo com Jiang et al. (2017), as lacerações que ocorrerem na região anterior do períneo estão associadas a menor morbidade e necessidade de sutura. Nesta região as estruturas em risco são o clitóris, os lábios e região vestibular. As lacerações na região posterior podem atingir a parede vaginal, a fúrcula e o músculo perineal e anal. Os traumatismos destas estruturas envolvem complicações de maior gravidade, nomeadamente, hematomas, fístulas e lesões do esfíncter anal e da mucosa retal. A longo prazo estão associadas dispareunia, incontinência fecal, abcessos ano-retais e fístulas retovaginais. Em relação à profundidade e aos tecidos afetados, as lacerações classificam-se de primeiro grau, quando afetam a pele e a mucosa, de segundo grau, quando se estendem até aos músculos perineais, de terceiro grau, quando atingem o músculo esfíncter do ânus e, de quarto grau, quando a lesão do períneo envolve o conjunto do esfíncter anal e a exposição do epitélio anal. São consideradas lacerações graves as lacerações de grau três e quatro.

Relativamente às implicações clínicas do grau e localização das lacerações perineais, as lacerações da região anterior são mais superficiais, apresentam melhor cicatrização, contudo estão associadas a um elevado desconforto e ardor. As lacerações que ocorrem na região posterior são os traumatismos com consequências de maior gravidade, associadas ao desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico e maior risco de perda sanguínea. A gravidade destas complicações aumenta com a profundidade e os tecidos afetados pelo traumatismo (Caroci et al., 2014).

A episiotomia implica, invariavelmente, a incisão da pele, da mucosa e secção dos músculos transversos superficial do períneo e bulbocavernoso. Neste sentido, o risco de desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico após episiotomia é superior, comparativamente, com os danos provocados por uma laceração de grau um ou de grau dois. Um estudo efetuado por Leeman et al. (2016) demonstra este facto concluindo que, mulheres com lacerações de grau dois, não apresentam um risco aumentado de disfunções do pavimento pélvico. Já as lacerações a partir do grau três e a episiotomia, apresentam um maior risco no desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico,

tanto a curto como a longo prazo.

Jiang et al. (2017) acrescentam que, a realização de episiotomia numa nulípara aumenta a probabilidade de realização deste procedimento no parto seguinte, potenciando o risco de disfunções do pavimento pélvico. Mesmo não envolvendo esfíncter anal, a episiotomia está na origem de dor perineal e incontinência após o parto, disfunção sexual, infecção, comparada com a laceração espontânea, destacando-se o seu impacto negativo no bem-estar da mulher no pós-parto, incluindo um eventual comprometimento na sua adaptação à parentalidade. De acordo com os mesmos autores e, pela OMS (1996) é, portanto, um procedimento que deve ser usado de forma seletiva, sendo recomendada a sua realização perante situações de sofrimento fetal, 2º estadio de TP prolongado e, risco iminente de laceração de grau três e quatro.

Sendo elevado o risco de disfunções do pavimento pélvico associado ao parto vaginal e, potenciado pelo recurso, abusivo e rotineiro, de intervenções e procedimentos obstétricos, é da responsabilidade do EESMO e, uma competência autónoma do mesmo, a implementação de medidas protetoras de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP. Neste sentido, seguidamente, são apresentados estudos sobre programas de intervenção com a população-alvo de enfermeiros, especificamente relacionados com a implementação destas medidas protetoras no 2º estadio do TP.

5.2. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO DE ENFERMEIROS

Os estudos sobre programas de intervenção com a população-alvo de enfermeiros que de seguida são apresentados referem-se, especificamente, à implementação por EESMO's no 2º estadio do TP, de medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico e, a grande maioria nos resultados obtidos com vista à preservação da integridade perineal.

Constata-se que existe evidência científica que sustenta estas medidas protetoras, indo ao encontro das recomendações da OMS para a assistência ao parto normal. Esta evidência é proveniente dos resultados obtidos não só da implementação de modelos alternativos de cuidados que incluíram uma ou mais medidas protetoras, como por exemplo os desenvolvidos por Basu, Smith e Edwards (2016) e Walker et al. (2012) e, como também de vários estudos de investigação, nomeadamente por Baba et al. (2016),

Edqvist, Hildingsson, Mollberg, Lundgren e Lindgren (2017) e Smith et al. (2013), entre outros. Para além disso, são de ressaltar várias revisões de literatura que têm vindo a ser efetuadas nos últimos anos, neste âmbito. Distinguem-se as desenvolvidas por Aasheim, Nilsen, Lukasse e Reinar (2012), Jiang et al. (2017), Kettle e Tohill (2010), Lemos et al. (2015). Por conseguinte, esta evidência científica justifica a elaboração de *guidelines* que, de igual forma, suportam estas medidas. São exemplo, as desenvolvidas pelo Queensland Clinical Guidelines (2017), pelo Royal College of Midwives (2012a), o Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (2015, 2016) e o The Ottawa Hospital, referidas por Sprague et al. (2006).

De acordo Kettle e Tohill (2010), em média, 85% das mulheres após o parto vaginal sofrem algum tipo de traumatismo perineal. Desta percentagem, a ocorrência de lacerações de grau um é significativamente maior do que a ocorrência de lacerações do esfíncter anal. Com vista à obtenção de bons resultados na preservação da integridade perineal, estes autores distinguem a eficácia e segurança de medidas protetoras, nomeadamente, dos esforços expulsivos espontâneos comparativamente com esforços expulsivos dirigidos, das técnicas de proteção perineal (*hands-on versus hands-off*), da posição materna (posição litotomia *versus* posições verticalizadas) e da realização de episiotomia seletiva. Numa revisão da literatura desenvolvida pelos mesmos autores destaca-se que a realização seletiva de episiotomia reduz significativamente o risco de trauma perineal num parto posterior e, aumenta a probabilidade de um períneo intacto, não aumentando o risco de lacerações graves, isto é, de grau três e quatro. A técnica “*hands off*” parece estar associada a uma menor necessidade de realização de episiotomia, contudo aumenta a probabilidade de dor perineal a curto prazo. Da mesma forma, posições verticalizadas estão associadas a menor taxas de episiotomia, contudo não existe, uma diferença significativa na média geral de ocorrência de traumatismo. Os resultados relativos aos esforços expulsivos espontâneos e ativos foram inconclusivos. Não é claro, que a realização de esforços expulsivos dirigidos e, em apneia, seja mais eficaz na redução do trauma perineal comparativamente com a realização de esforços expulsivos espontâneos.

No que respeita à aplicação de calor, esta parece ser uma medida protetora com um grande potencial efetivo não só como método não farmacológico de alívio da dor no período expulsivo como, na minimização das lacerações do períneo tanto quantitativa como qualitativamente. Num ensaio clínico desenvolvido por Terré et al. (2014) após

10 minutos de aplicação de calor no períneo, em que num grupo de mulheres foi aplicado calor húmido e noutra calor seco, constatou-se uma redução significativa da intensidade dolorosa. Estes resultados corroboram os obtidos num estudo da autoria de Dahlen et al. (2009).

Relativamente à minimização de traumatismos perineais, com a implementação de calor, Moore e Moorhead (2013) numa revisão da literatura sobre esta temática referem um estudo efetuado por Albers, Sedler, Bedrick, Teaf e Peralta, em 2005, no Novo México com mulheres de diferentes origens étnicas. Concluiu-se que apesar de não se verificar uma diferença significativa na taxa de períneo intacto, com ou sem aplicação de calor, houve uma diminuição significativa das taxas de lacerações perineais. No estudo desenvolvido por Dahlen et al. (2009) constatou-se uma diminuição significativa da gravidade das lacerações perineais bem como da dor perineal pós-parto.

A aplicação de calor foi uma das medidas incluídas no modelo de cuidados MIMA (abreviação para Midwives' Management during the second stage of labor), um modelo desenvolvido com vista à diminuição de lacerações de segundo grau em primíparas, implementado num estudo desenvolvido por Edqvist et al. (2017). Os resultados deste estudo revelaram uma diminuição da prevalência de lacerações de segundo grau no grupo de mulheres assistidas através deste modelo de cuidados.

É importante ressaltar que a aplicação de calor não foi a única medida que este modelo MIMA de cuidados incluiu. Outras medidas o integraram, nomeadamente, a promoção de esforços expulsivos espontâneos, de posições que promovem a flexibilidade do sacro (posições verticalizadas) e, a expulsão do corpo fetal em dois passos³. Este estudo evidencia outras três medidas protetoras do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico, no 2º estadio do TP, referidas na literatura com evidência científica e recomendadas pela OMS (1996) na assistência ao parto normal: posições verticalizadas, esforços expulsivos espontâneos e proteção perineal: técnica “*hands-off*”.

No que respeita à posição da mulher no 2º estadio do TP, comparativamente com a posição sentada, a posição de lado parece ter um efeito protetor do períneo ligeiramente maior, em nulíparas. A posição de litotomia parece ser a posição com maior risco de traumatismo, independentemente da paridade. De entre as diferentes posições verticalizadas, as posições de cócoras e sentada, parecem estar associadas a um maior risco de

³ A expulsão do corpo fetal em dois passos consiste, primeiro, na exteriorização do pólo cefálico e, posteriormente, numa atitude expectante/passiva, adotando a técnica de proteção perineal “*hands-off*”, aguardar a contração seguinte para a exteriorização espontânea do restante corpo fetal.

traumatismo perineal em múltiparas (Elvander, Ahlberg, Thies-Lagergren, Cnattingius & Stephansson, 2015).

Apesar disso, segundo Jonge, Diem, Scheepers, Buitendijk e Lagro-Janssen (2010) não deve ser desencorajado a posição sentada com o objetivo de prevenir traumatismos perineais, uma vez que esta posição está associada a uma série de outros benefícios. As mulheres devem ser apoiadas a escolher e adotar a posição que lhe for mais confortável. É premente uma avaliação rigorosa dos prós e os contras, individualmente. Com base em competências específicas de que deve ser detentor, quem assiste o parto, especificamente o EESMO, deverá avaliar cada situação de forma individualizada e, informar a mulher sobre o risco, quando potencial, de trauma perineal grave, associado à posição de parto por ela escolhido (Wilson, Dornan, Milsom & Freeman, 2014).

Os resultados obtidos no estudo desenvolvido por estes últimos autores revelaram que, de entre as diferentes posições verticais, a posição sentada é que apresenta maior probabilidade de ocorrência de laceração perineal de primeiro e segundo grau. Sendo que, de acordo com Leeman et al. (2016) mulheres com lacerações de grau dois não apresentam um risco aumentado de disfunções do pavimento pélvico e, considerando as vantagens associadas à posição sentada, conclui-se que esta posição deve ser incentivada à mulher no 2º estadio do TP.

Na sequência da revisão da literatura efetuada sobre as medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP, implementadas pelo EESMO, destacou-se outro estudo, desenvolvido por Walker et al. (2012). Este pretendeu avaliar os efeitos de um modelo alternativo de assistência ao parto (centrado na liberdade de movimentos e de posições durante a realização de esforços expulsivos, esforços expulsivos espontâneos e adopção da posição de parto, de lado), na incidência de partos vaginais distócicos e ocorrência de traumatismos perineais. A obtenção de taxas, significativamente maiores, de períneo intacto associadas à posição lateral, distinguiu-a, tal como no estudo desenvolvido por Elvander et al. (2015), como uma posição com elevado efeito protetor do períneo.

Um aspeto curioso referido por Baracho et al. (2009) é a correlação que parece existir entre a posição de parto e a realização da técnica de episiotomia. Constata-se uma maior frequência na realização da episiotomia em mulheres na posição supina. Esta posição parece estar associada a uma maior duração do TP, diminuição da intensidade e eficácia das contrações, esforços expulsivos e, risco de sofrimento fetal,

consequentemente, maior necessidade de realização de episiotomia. Segundo Jonge et al. (2010), mulheres na posição sentada apresentaram menor probabilidade de realização de episiotomia. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos com a implementação do modelo alternativo de cuidados sugerido por Walker et al. (2012) referido anteriormente.

Com vista a identificar fatores maternos, fetais e obstétricos associados aos traumas perineais decorrentes do parto vaginal, num centro de parto no Brasil e no Japão, estudos desenvolvidos por Silva et al. (2012) e Takehara, Misago e Matsui (2015), respetivamente, destacam o impacto positivo na preservação da integridade perineal (risco reduzido de trauma perineal e não realização de episiotomia) adotando posicionamentos verticalizados no 2º estadio do TP.

Outros estudos corroboram estes resultados, nomeadamente, um estudo desenvolvido na China por Zhang et al. (2012) e, em quatro países nórdicos por Edqvist et al. (2016). Neste último, constatou-se uma prevalência reduzida de traumatismos do esfíncter anal e da realização de episiotomia, em mulheres que optaram por um parto no domicílio, onde tiveram a possibilidade de adotar diferentes posições verticalizadas, não só durante o TP como no período expulsivo. Para além de não se ter verificado qualquer associação entre este tipo de posicionamentos e ocorrência de traumatismos do esfíncter anal, a realização de episiotomia foi significativamente menor. Estes resultados remetem para uma outra medida identificada na literatura e recomendada pela OMS (1996), como protetora de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, a episiotomia seletiva.

Vários estudos apelam a importância de realização de episiotomia de forma seletiva, evidenciando que o seu uso rotineiro aumenta o risco de infeção, de lesões perineais de terceiro e quarto grau, perda sanguínea, a dor, o desconforto, o edema, dispareunia e o tempo de recuperação pós-parto. Para além disso, prejudica o auto-cuidado materno, os cuidados com o recém-nascido e a amamentação (Braga et al., 2014; Silva, Oliveira, Silva & Santos, 2013). Numa revisão da Cochrane sobre a realização seletiva versus rotineira da episiotomia no parto vaginal, o uso seletivo da episiotomia reflete-se em menor taxas de traumatismos graves em partos posteriores (Jiang et al., 2017).

Nos últimos anos, com a medicalização e institucionalização do parto, a realização deste procedimento tem vindo a ser efetuado, inadequadamente e, de forma rotineira, principalmente em primíparas. O uso rotineiro da episiotomia, tem sido defendido como forma de prevenção de lacerações perineais graves, de danos do pavimento pélvico, de

prolapso e de incontinência urinária. Contudo, parece não existir evidência científica que suporte estes benefícios. Para além de provocar maior perda hemática vaginal, não previne disfunções do pavimento pélvico, podendo em alguns casos potenciá-los, preconizando-se a sua realização de forma seletiva (Jiang et al., 2017; Seijmonsbergen-Schermers et al., 2013; Stedenfeldt et al., 2014; Verghese, Champaneria, Kapoor & Latthe, 2016).

Por exemplo, no que respeita à dor perineal, mulheres com traumas perineais maiores, decorrentes da realização de episiotomia, referem maior intensidade de dor perineal comparativamente com mulheres que sofreram traumatismos menores (Leeman et al., 2009). A dor perineal parece estar, não só associada a uma maior dificuldade na cicatrização dos tecidos como, a uma maior necessidade quantidade de material de sutura (Karaçam, Ekmen, Cahsir & Seker, 2013), à necessidade de sutura *per si*, ao tipo de sutura e a todos cuidados inerentes na sua realização (Royal College of Midwives, 2012b). Para além da dor perineal, Bertozzi et al. (2011) e Silva et al. (2013), evidenciam a relação existente entre a episiotomia com um compromisso da função sexual e conseqüente impacto negativo no bem-estar da mulher nos primeiros seis meses pós-parto.

Um estudo efetuado por Braga et al. (2014) revelou existir, tendencialmente, um risco aumentado para a realização de episiotomia em nulípara, associada a insegurança por parte do profissional que assiste o parto. Neste sentido, Trinh, Roberts e Ampt (2015) destacam como prioridade, a importância do treino com vista ao aumento da confiança na realização de partos vaginais sem necessidade de realização de episiotomia de forma rotineira, a nulíparas. Fodstad, Staff e Laine (2016) referem que a grande variação no recurso à realização de episiotomia, especificamente no Hospital Universitário de Oslo, justifica a necessidade de programas educacionais com vista à realização seletiva da episiotomia. Os resultados obtidos na preservação da integridade perineal, nomeadamente resultante da implementação apropriada de técnicas protetoras, parece ser crucial na determinação da necessidade de realização de episiotomia como forma efetiva de prevenção lacerações graves. Junqueira, Oliveira e Miquilini (2005) sugerem um programa de educação continuada direcionado para os profissionais de saúde que realce, as vantagens e desvantagens da episiotomia, e os critérios para a sua realização de forma seletiva. Uma vez que, com base em evidências científicas, está comprovado que a episiotomia está associada ao maior risco de laceração grave e maior

probabilidade de recorrência da sua realização no parto seguinte (Manzanares, Cobo, Moreno-Martinez, Sánchez-Gila & Pineda, 2013), os profissionais devem mobilizar práticas alternativas para prevenir o trauma perineal como, por exemplo, posições verticalizadas no período expulsivo e esforços expulsivos espontâneos (Raisanen, Vehvilainen-Julkunen & Heinonen, 2010).

Amorim, Coutinho, Melo e Katz (2017) vão mais longe e questionam a necessidade efetiva de qualquer indicação para este procedimento, sugerindo a implementação de um protocolo “non-episiotomy”. Um estudo efetuado por estes autores, com vista a comparar os *outcomes* maternos e perinatais em mulheres submetidas ao protocolo “non-episiotomy” versus episiotomia seletiva, não revelou *outcomes* maternos e perinatais significativamente diferentes entre os dois grupos. A média de episiotomia foi similar nos dois grupos, assim como a duração do 2º estadio do TP, o número de lacerações perineais, traumatismos perineais grave, necessidade de sutura e perda hemática vaginal no parto. Neste sentido, sugerem que o protocolo “non-episiotomy” é seguro para a mulher e para o recém-nascido.

O risco de disfunções do pavimento pélvico, ao encontro do que foi referido anteriormente, depende não só da gravidade como da localização da laceração, sendo que de acordo com Caroci et al. (2014), a localização da laceração perineal não está relacionada com a posição materna no parto, mas sim, com o tipo de esforço expulsivo. As lacerações na região anterior do períneo foram mais frequentes nas mulheres que realizaram esforços expulsivos espontâneos. As mulheres que efetuaram esforços expulsivos dirigidos tiveram mais lacerações na região posterior, sendo que as lacerações na região posterior parecem estar associado a um maior risco de disfunções.

A promoção de esforços expulsivos espontâneos foi uma medida inserida nos modelos de cuidados implementados por Edqvist et al. (2017) e Walker et al. (2012). Ambos os modelos revelaram resultados positivos na preservação da integridade perineal, indo ao encontro das recomendações da OMS (1996) para a assistência ao parto normal que, apontam os esforços expulsivos prolongados e dirigidos, como uma conduta claramente prejudicial ou ineficaz, devendo ser eliminadas. Nesta perspetiva, encontrou-se um estudo desenvolvido por Hamilton (2016) que revelou que três meses após o parto, fatores urodinâmicos foram afetados negativamente pelo puxo dirigido.

A realização de esforços expulsivos espontâneos, sem longos períodos de apneia, é das maiores formas de preservação da integridade das diferentes estruturas que constitu-

em o pavimento pélvico. Esforços expulsivos dirigidos submetem os músculos do pavimento pélvico a uma maior tensão podendo, inclusivamente, interferir na rotação e progressão fetal. Com os esforços expulsivos espontâneos esta tensão é menor, tanto nos músculos, no tecido conjuntivo como, nos nervos, principalmente porque o seu início ocorre numa fase em que a apresentação fetal está num plano mais baixo (Frye, 2010). Para além disso, é proporcionada uma lenta distensão não só dos músculos como do tecido conjuntivo e nervoso, refletindo-se num menor risco de traumatismo, comparativamente com a forma súbita e intensa, que caracterizam os esforços expulsivos dirigidos. Uma exteriorização súbita e intensa do feto impossibilita uma flexibilidade adequada da musculatura, predispondo-a a lacerações (Ahmadi, TorKzahrani, Roosta, Shakeri, & Mhmoodi, 2017).

Alguns autores questionam ainda o impacto da duração do período expulsivo no desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico (Aiken, C., Aiken, A. & Prentice, 2015; Hildingsson et al., 2015). Um período expulsivo prolongado, isto é, superior a quatro horas, parece estar associado à ocorrência de traumas perineais graves. De acordo com Ferreira (2014), os resultados de estudos relativamente à duração média do 2º estadio do TP, no grupo do puxo dirigido, comparativamente com o grupo do puxo espontâneo, são contraditórios. Além do tipo de esforço expulsivo, espontâneo ou dirigido e, da duração dos mesmos, levanta-se a questão do *timing* que devem ser iniciados.

A necessidade de dirigir os esforços expulsivos relaciona-se com o fato de a mulher não sentir necessidade de os realizar. Esta situação pode ocorrer, por exemplo, mas não exclusivamente, por a mulher estar sob efeito de uma analgesia loco-regional e, ou, apenas por a apresentação fetal estar num plano tão elevado que não solicita a mulher à realização de esforços expulsivos espontâneos. Seja qual for o motivo, para além de dirigidos, o início precoce dos esforços expulsivos, isto é imediatamente com a dilatação completa, mas sem a mulher sentir necessidade em realizá-los, aumenta significativamente o risco de lacerações perineais ou de qualquer outra estrutura do pavimento pélvico, conseqüentemente o risco de disfunções do pavimento pélvico. Deverá, portanto, ser estimulado e aconselhado o início tardio e espontâneo da realização dos esforços expulsivos (Frye, 2010).

Esta situação coloca-se primordialmente, embora não exclusivamente, nas mulheres submetidas a analgesia loco-regional uma vez que, uma das suas desvantagens, no 2º estadio do TP, é a diminuição sensitiva, que pode comprometer o reflexo de Ferguson,

essencial para a realização de esforços expulsivos efetivos. Consequentemente, é solicitado à mulher a realização de esforços expulsivos com períodos de apneia prolongados, isto é, manobra de valsava (Hamilton, 2016).

Neste sentido, atualmente, procura-se atrasar a realização de esforços expulsivos, isto é aguardar que sejam efetuados espontaneamente, respeitando a fase latente do 2º estadio de TP e a descida passiva do feto (Barasinski & Vendittelli, 2016; King & Pinger, 2014; Osborne & Hanson, 2011; Prins, Boxem, Lucas & Hutton, 2011).

De acordo com Frye (2010), a mulher deve ser incentivada a descansar e não realizar qualquer esforço, até que haja a progressão do feto, que este esteja visível no períneo ou que a mulher sinta necessidade urgente de puxar. Esta é uma importante medida protetora de lesões musculares, dos tecidos conjuntivos e nervos, consequentemente, protetora de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico.

Hildingsson et al. (2015) acrescentam que, mais do que o tempo decorrido desde a dilatação completa, deve ser tido em conta a duração da realização de esforços expulsivos ativos. De acordo com Direção Geral de Saúde (2015, p.3) “o período expulsivo inicia-se com a dilatação cervical completa e termina com a expulsão do feto. Existindo contractilidade uterina regular, esforços expulsivos maternos adequados e evidência de bem-estar fetal e materno, a duração máxima deste período deve ser de 2 horas na nulípara e de 1 hora na múltípara. Caso exista analgesia epidural em curso, estes máximos devem ser acrescidos de 1 hora”.

De acordo com as *guidelines* da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (2012), é recomendado o atraso do início dos esforços expulsivos. Deve-se incentivar a realização de esforços expulsivos ativos quando a necessidade de realizar o puxo está presente, a dilatação está completa e, encravamento da apresentação, na posição mais confortável, eficaz e eficiente para a mulher. Deve-se ainda valorizar a escolha da parturiente, com incentivo ao puxo espontâneo, tardio.

Permitir que o feto progrida passivamente pelo canal do parto, em vez de incentivar o puxo imediato com a dilatação completa, é uma forma segura e eficaz de aumentar os partos vaginais espontâneos, reduzir o tempo de puxo, reduzir a necessidade de realização de episiotomia e o risco de traumatismos perineais e disfunções do pavimento pélvico (Ferreira, 2014; Kettle & Tohill, 2010).

Relativamente à técnica de suporte perineal como medida protetora do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico, a literatura destaca duas técnicas: a técnica “*hands-off*” e a técnica “*hands-on*”.

A técnica “*hands-on*” caracteriza-se pela colocação de uma das mãos da pessoa que assiste o parto sobre a cabeça fetal, procurando diminuir a sua flexão com uma ligeira pressão. Simultaneamente, a outra mão suporta o períneo. O risco de traumatismo é minimizado através de uma ligeira pressão exercida sobre a cabeça e períneo evitando-se, assim, a exteriorização e extensão súbita da apresentação fetal (Rosa-Várez, Rivas-Castillo & Sánchez, 2013).

Um estudo desenvolvido por Naidu, Sultan e Thakar (2017) concluiu que o suporte perineal, técnica de “*hands-on*”, no parto vaginal é uma medida protetora de traumatismos perineais, verificando-se uma diminuição mais significativa das lacerações de grau três e quatro. Este estudo interventivo demonstrou que esta técnica de suporte perineal, no 2º estadio do TP, pode minimizar o risco de traumatismos perineais. Neste sentido os autores apelam a importância da técnica “*hands-on*” como medida de proteção de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico. Leenskjold, Høj e Pirhonen (2015), com base em resultados de estudos realizados corroboram os autores anteriores. Contudo, Wang, Jayasekara e Warland (2015) questionam a eficácia da técnica “*hands-on*” na redução do trauma perineal. Para estes autores são necessários a realização de mais estudos para testar a sua eficácia, bem como determinar a influência simultânea de outros fatores, como posição materna e uso de água quente. Para estes autores, um conjunto de medidas e, não exclusivamente uma, é fundamental para o sucesso da proteção do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico.

A técnica “*hands-off*”, ou “*hands-poised*”, centra-se na proteção perineal expectante/passiva. Implica a ausência de manipulação tanto do períneo como da apresentação fetal. Contudo, se necessário, pode ser aplicada uma ligeira pressão com vista a reduzir a deflexão súbita do pólo cefálico. Esta técnica baseia-se no pressuposto de que a alta tensão no períneo, durante o parto, torna-o mais fino e distensível. A pressão adicional da mão propicia um quadro de isquémia, potenciando o risco de traumatismo (Rosa-Várez, Rivas-Castillo & Sánchez, 2013). O fator, tempo, é fundamental para a distensão gradual dos tecidos (Lane, Chung, Yandell, Kuehl & Larsen, 2017; Meriwether et al., 2016), bem como a respiração associada ao tipo de esforços expulsivos (Ahmadi et al., 2017; Frye, 2010).

A proteção perineal, seja pela técnica “*hands-on*” ou “*hands-off*” é igualmente importante aquando da exteriorização dos ombros, uma medida incluída no modelo MI-MA, no estudo desenvolvido por Edqvist et al. (2017), referido anteriormente.

Também Petrocnik e Marshall (2015), numa revisão sistemática da literatura, procuraram comparar as técnicas de proteção perineal “*hands-on*” e “*hands-off*”, durante o 2º estadio do TP. De acordo com estes autores, a técnica “*hands-off*” parece estar associado a menor trauma perineal e reduzidas taxas de episiotomia. A técnica “*hands-on*” parece estar associado a uma maior dor perineal após o parto e a taxas mais elevadas de hemorragia pós-parto. Estes autores concluem que a técnica “*hands-off*” é, portanto, segura e recomendada para suporte e proteção perineal, devendo ser discutida durante na formação e prática das parteiras.

De acordo com Ampt, Vroome e Ford (2015), nos últimos anos, a técnica preferencialmente adotada num parto de baixo risco obstétrico, parece ter mudado de “*hands-on*” para “*hands-off*”. Contudo, a maioria das parteiras adota a técnica “*hands-on*” em situações de elevado risco de traumatismo perineal. Neste sentido, apelam a necessidade de mais estudos que comprovem, ou não, uma taxa crescente de traumatismos perineais graves, logo com maior risco de desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico, quando adotada a técnica “*hands-off*”.

Os resultados obtidos por Bulchandani, Watts, Sucharitha, Yates e Ismail (2015), numa revisão sistemática da literatura revelam que, a evidência da meta-análise de ensaios clínicos randomizados é insuficiente para conduzir mudanças na prática. No entanto, estudos não-randomizados sugerem que pode haver mais benefícios na proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, adotando a técnica de suporte perineal “*hands-on*”.

Na revisão da literatura efetuada por Rosa-Várez et al. (2013), parece não haver evidência científica suficiente para, apoiar ou rejeitar, o uso de ambas as técnicas. Uns estudos sugerem que uma atitude expectante, adotando a técnica “*hands-off*”, mais conveniente para proteger o períneo durante o parto, sendo, portanto, uma alternativa segura e eficaz. Outros estudos consideram que seu uso não é recomendado, alegando que, apesar de se constatar uma menor taxa de lacerações de grau um e dois, o risco de ocorrer uma laceração de grau três e quatro parece ser superior.

São destacados a importância de outros fatores, determinantes na ocorrência de traumatismos perineais, nomeadamente a posição materna, o tipo e a duração de esfor-

ços expulsivos e, o tamanho e variedade do feto. Neste sentido, na adoção de uma destas duas técnicas, é de extrema importância que cada situação seja avaliada individualmente, tendo em consideração a sua experiência e avaliação relativa à previsão de melhores *outcomes* para a mulher, com vista à proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico (East & Lau, 2015). De acordo com Fretheim, Tanbo, Vangen, Reinart e Rottingen (2011) constata-se a necessidade de mais investigação neste âmbito.

Relativamente ao impacto da manobra de *Kristeller* no desenvolvimento de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, a literatura aponta ser uma manobra prejudicial. Para além disso é uma manobra totalmente desaconselhada pela OMS (1996).

Esta manobra consiste na aplicação de uma força externa, com as mãos e no fundo do útero, aquando a contração uterina, com objetivo de empurrar a apresentação fetal no canal de parto. É frequentemente utilizada quando os esforços maternos se revelam insuficientes, por exemplo por exaustão materna. A questão que coloca é, será que antes de recorrer a esta manobra, é efetuada a tentativa de implementação de outras medidas que facilitem a realização de esforços expulsivos, respeitando a fisiologia do parto, como por exemplo, o estímulo e incentivo de posições verticalizadas.

De acordo com Sartore et al. (2012), os riscos inerentes à manobra de *Kristeller* são o aumento do risco de lacerações perineais graves, associada à necessidade de aplicação de ventosa e o aumento das taxas de episiotomia. Consequências que se refletem, fortemente, em queixas maternas relacionadas com a dor perineal e dispareunia, consequentemente, interferência no processo de transição para a parentalidade. Ainda num estudo desenvolvido por estes autores procurou avaliar as consequências da manobra de *Kristeller*, no desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico, nomeadamente, incontinência urinária e fecal, prolapso genital e diminuição do tónus muscular.

As conclusões revelaram que esta manobra não encurta o 2º estadio do TP, como é defendido por alguns autores e, aumenta a taxa de episiotomia, consequentemente, a dor perineal e a dispareunia. Quanto aos fatores que levaram à sua realização, os autores referem, o estado fetal não tranquilizador, falha na progressão da apresentação e esforços expulsivos ineficazes por exaustão materna. Contudo, será que os *outcomes*, tanto para a mãe como para o feto, não seriam mais positivos se, o profissional que assiste o parto mobilizasse outras medidas, menos agressivas e prejudiciais ao invés de recorrer a esta manobra, tão facilmente, como se constata na prática de cuidados?

No estudo desenvolvido por Sartore et al. (2012), não se verifica uma diferença significativa na ocorrência de incontinência urinária e fecal, prolapso genital e diminuição do tônus muscular, no grupo de mulheres submetidas à manobra de *Kristeller*, no entanto, parece haver uma relação indireta entre esta, o desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico. Os resultados revelaram uma forte associação entre a manobra de *Kristeller* e a taxa de realização de episiotomia, sendo que a episiotomia, como vimos anteriormente, o fator de risco para o desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico.

Apesar de nem todas as mulheres com parto vaginal desenvolverem sintomas associadas a disfunções do pavimento pélvico, os traumas que podem advir do parto vaginal, fazem deste um fator de risco significativo para o desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico. Neste sentido, compreende-se e destaca-se, a importância da implementação, pelo EESMO, de medidas protetoras de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico, no 2º estadio do TP.

6. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

De acordo com Fortin et al. (2009), a população-alvo de um estudo corresponde a um conjunto de pessoas que vão ao encontro de critérios de seleção, previamente definidos.

O estudo realizado envolveu duas populações-alvo: os EESMO's que prestam cuidados no SUOG do CHBM, EPE e, um conjunto de parturientes assistidas por estes EESMO's.

Para a análise das populações-alvo foram utilizados os dados obtidos da aplicação de dois questionários, construídos pela mestrandia, com base nas recomendações da OMS para a assistência ao parto normal e evidência científica obtida da revisão da literatura efetuada. Um questionário foi, especificamente, dirigido aos EESMO's e, outro, às parturientes (Apêndices B e C).

A escolha da aplicação de um questionário para obtenção de dados centrou-se por ser um método de colheita de dados, sistemático e organizado, sobre uma população ou amostra em estudo e, sobre as variáveis de que são objeto de estudo (Vilelas, 2009). Os dados especificamente relacionados com a história obstétrica, da gravidez e do parto, obtiveram-se através da consulta do processo clínico, tendo sido elaborado uma matriz para o registo organizado dos mesmos (Apêndice D).

Para além de caracterizar, de uma forma geral, as populações-alvo que constituíram o estudo, o presente capítulo pretende, identificar os cuidados e necessidades específicas das mesmas. Para tal, primeiramente é descrito o processo de recrutamento das populações-alvo que integraram este projeto de intervenção.

6.1. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

Para a realização do presente estudo foram selecionadas duas amostras. Uma foi composta pelos prestadores de cuidados, os EESMO's, outra pelas utentes, as parturientes. A seleção dos participantes que integraram a amostra foi efetuada pela técnica de amostragem de conveniência, isto é, ao encontro do referido por Vilelas (2009), os participantes incluídos foram intencionalmente escolhidos pelo investigador, apresentando características típicas ou representativas da população.

No que respeita à população-alvo, prestadores de cuidados, o critério de inclusão definido foi o desempenho de funções no SUOG do CHBM, EPE. Relativamente à população-alvo, parturientes, os critérios de inclusão para seleção da amostra foram, mulheres que pretendam aderir ao estudo, com idade igual ou superior a 19 anos, gravidez de baixo risco obstétrico, idade gestacional igual ou superior a 37 semanas e igual ou inferior a 42 semanas, parto eutócico e, feto único em apresentação cefálica. Os critérios de exclusão foram, mulheres submetidas a indução do TP, cesariana anterior, qualquer contra-indicação materna para a adoção de posicionamentos verticais e, evidência de sofrimento fetal.

O período de aplicação dos questionários, à população-alvo de EESMO, decorreu em Março de 2017 e, à população-alvo de parturientes, de Março a Junho de 2017. Previamente, foi efetuada a aplicação do pré-teste a ambas as populações-alvo, tendo sido efetuadas as correções consideradas pertinentes.

A implementação do projeto e, especificamente, a aplicação dos questionários, foi efetuada após garantidos os aspetos éticos e legais necessários, através do parecer positivo da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora (Anexo A) e do CHBM, EPE (Anexo B). Para além disso, foi pedido a ambas as populações-alvo, o seu consentimento livre e esclarecido (Apêndices F e G). Segue-se a caracterização geral da população/utentes.

6.2. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

A caracterização dos EESMO's foi efetuada com base em dados sócio-demográficos e experiência profissional enquanto EESMO's. Estes dados foram exclusivamente obtidos através da aplicação de um questionário (Apêndice B). A caracterização do grupo de parturientes incluiu não só dados sócio-demográficos e dados sobre a história de disfunções do pavimento pélvico, obtidos através da aplicação de um questionário (Apêndice C), como também dados relativos à história da gravidez, trabalho de parto e parto, obtidos da consulta do processo clínico da parturiente, registados numa matriz especificamente elaborada para o efeito (Apêndice D). Os dados obtidos foram tratados por análise descritiva, através do *software IBM® SPSS®*, versão 22.

6.2.1. Caracterização da População-Alvo de Enfermeiros

A amostra de EESMO's incluiu 28 elementos, distribuídos pelo SUOG (n=20), Serviço de Obstetrícia (n=4) e Consulta de Enfermagem de Saúde Materna (n=4). Para além dos EESMO's do SUOG foram incluídos os EESMO's do Serviço de Obstetrícia e da Consulta de Enfermagem de Saúde Materna pelo fato de, regularmente e quando necessário, assegurarem cuidados no SUOG.

Segue-se a caracterização da população-alvo de EESMO. Dos 28 elementos constitutivos da amostra, 96,4% são do sexo feminino e 3,6% do sexo masculino. Apresentam idades compreendidas entre os 25 aos 55 anos, sendo a média de idades correspondente ao intervalo dos 41 aos 45 anos.

No que diz respeito às habilitações literárias todos os enfermeiros inquiridos são EESMO's, sendo que 9 são também detentores de pós-graduações e 8 possuem o grau de mestre.

Relativamente ao tempo de experiência profissional da equipa como EESMO, a maior parte (32,1%) destes enfermeiros terminou recentemente a sua formação nesta área de especialização, mais especificamente, há cerca de 5 anos. Simultaneamente, a mesma percentagem (32,1%) é EESMO há cerca de 16-20 anos.

Quanto ao tempo de exercício profissional como EESMO, especificamente no SUOG do CHBM, EPE, metade (50%) desta amostra o desempenha há cerca de 5 anos

6.2.2. Caracterização da População-Alvo de Parturientes

No que respeita à caracterização sócio-demográfica da população-alvo de parturientes, a amostra incluiu 76 primíparas, a maioria de raça caucasiana (80,3%), de nacionalidade portuguesa (80,3%), com médias de idades compreendidas entre os 24 e os 28 anos. A maior parte (48,7%) é solteira, vivendo a maioria (80,3%) com o marido/companheiro. Relativamente às habilitações literárias a maioria (67,1%) não detém o grau académico do ensino superior, sendo que a maior parte (30,3% e 34,2%) detém o 3º ciclo e o ensino secundário, respetivamente Quanto ao estatuto ocupacional a maioria (64,5%) encontra-se empregada e, 43,4% empregada com licença de maternidade.

A totalidade da amostra de mulheres apresentou baixo risco obstétrico e realizaram a vigilância da sua gravidez, a maioria no centro de saúde (75%), com uma média de 7 a 8

consultas. A maioria (53,9%) destas mulheres realizou o curso de preparação para o parto, 26,3% em centro de saúde e 17,1% em hospital público.

No momento de admissão no SUOG, a maioria das parturientes (80,3%) não tinha plano de parto. Todas, primíparas, foram admitidas em TP espontâneo, a maioria (60,5%) com idade gestacional compreendida entre as 39 semanas e as 40+6 dias. Em todas as situações, o TP culminou num parto eutócico, sendo que na maior parte destas mulheres (48,7%) o mecanismo do TP durou entre 3 a 6 horas.

A implementação de medidas não farmacológicas foi proporcionada a todas as parturientes. No entanto, além destas, a maioria das parturientes (93,4%) que integraram o estudo recorreu, simultaneamente, a medidas farmacológicas para alívio da dor. De entre os diferentes métodos farmacológicos para alívio da dor no TP, disponíveis no SUOG do CHBM, EPE, a maioria (80,3%) optou pela analgesia epidural.

A duração do 2º estadio do TP foi na sua maioria (82,9%) inferior a 1h, bem como o tempo de realização de esforços expulsivos (86,8%). A variedade fetal na expulsão foi na maioria (78,9%) occipito ilíaca esquerda anterior e, a maioria (81,6%) dos recém-nascidos nasceram com peso inferior a 3500gr.

Por fim, relativamente a antecedentes pessoais de disfunções do pavimento pélvico, nenhuma das mulheres que constituiu esta amostra refere ter sofrido sintomatologia associada a esta morbilidade previamente à gravidez. Contudo, no decorrer da gravidez, 15,8% das parturientes, mencionaram ter tido sintomatologia associada a incontinência urinária de esforço.

6.3. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

A implementação de medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico é uma intervenção que se insere nas competências do EESMO no âmbito da assistência à mulher/parturiente durante o parto. Nesta perspetiva, segue-se uma análise dos cuidados que são prestados pela equipa de EESMO do CHBM, EPE com vista à proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, especificamente, na implementação das medidas protetoras mencionadas, no 2º estadio do TP. Procurou-se identificar as necessidades específicas, neste âmbito, tanto para a população-alvo de EESMO como para a de parturientes.

6.3.1. Necessidades Específicas da População-Alvo de Enfermeiros

A identificação das necessidades específicas da população-alvo de EESMO foi possível analisando os dados obtidos às perguntas referentes às secções três, quatro e cinco, do questionário dirigido à equipa de EESMO (Apêndice B).

A secção três pretendeu explorar os conhecimentos da equipa EESMO do CHBM, EPE, sobre as medidas protetoras do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico no 2º estádio do TP, identificando-as. Neste sentido, foi pedido para enumerar, no máximo, três medidas protetoras que conhecessem.

Por ser uma pergunta aberta, para o tratamento dos resultados obtidos, optou-se pela técnica de análise de conteúdo, através de um *software* específico de análise textual denominado *IRAMUTEQ* (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) versão 0,7 *alpha 2*.

A utilização deste *software* permitiu duas formas diferentes de análise estatística sobre o *corpus* textual, isto é, sobre os resultados obtidos. Foram elas a análise de similitude entre palavras e a nuvem de palavras. A sua representação gráfica pode ser visualizada no Apêndice H.

Este *software* permite ainda efetuar outra análise estatística, denominada classificação hierárquica descendente. Contudo, a sua concretização não foi possível pelo fato do *corpus* textual obtido ter sido quantitativamente reduzido.

O processo de construção do *corpus* textual envolveu diferentes passos (Nascimento & Menandro, 2006). Primeiramente, foram codificados os participantes (EESMO's) e as variáveis definidas (idade, sexo, habilitações literárias, tempo de exercício profissional como EESMO e tempo de exercício profissional como EESMO no SUOG do CHBM, EPE). Posteriormente, estas foram associadas ao *corpus* de análise, isto é, a resposta do participante. Segue-se um exemplo da linha de comando de um *corpus* textual, a qual nos informa sobre a identificação do participante e quais as variáveis definidas como importantes para a análise de cada *corpus*:

```
**** *Quest_02 *id_6 *sex_1 *Hablit_2 *tempoesmo_4 *tempeesmobpchbm_2.
```

De acordo com Carvalho, Araújo, Santos, Sousa e Mora (2014), a análise de similitude entre palavras indica a relação existente entre as palavras. Da representação gráfica deste tipo de análise constatou-se existir uma forte conexão entre as palavras: períneo, massagem, posição e manobra.

O método da nuvem de palavras consiste no agrupamento e organização gráfica das palavras em função da sua frequência. A sua visualização gráfica permite, muito rapidamente, identificar as palavras-chave do *corpus*. Desta análise, as palavras que se destacaram pela sua frequência foram: períneo, massagem, proteção, manobra, exercício, posição e aplicação. Depreendeu-se que as medidas de proteção do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico destacados pela equipa de EESMO do CHBM, EPE, passam pela importância da massagem perineal, a posição da mulher, as manobras de proteção perineal e a aplicação de calor.

Embora não seja propriamente uma medida protetora específica do 2º estadio do TP, os EESMO's desta equipa destacaram a importância dos exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico. Estes exercícios devem ser realizados no decorrer da gravidez e, têm sido destacados positivamente, como medidas preventivas de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico. Neste sentido, foram um importante foco de atenção da mestranda, na sua intervenção junto das grávidas, inerente ao objetivo específico IV.

As restantes medidas protetoras, identificadas pela equipa de EESMO do CHBM, EPE vão ao encontro das recomendadas na literatura, concluindo-se existir algum conhecimento da equipa sobre esta temática. Contudo, a literatura, com base em evidência científica, aponta para outras medidas não mencionadas. Neste sentido, perspetivou-se a necessidade específica de aprofundamento de conhecimentos sobre, as medidas protetoras de traumatismo e disfunções do pavimento no 2º estadio do TP.

No seguimento da identificação das necessidades específicas da população-alvo de EESMO, segue-se a análise dos resultados obtidos na secção quatro. Esta secção subdividiu-se em duas partes. Com base nas medidas recomendadas pela OMS para a assistência ao parto normal e na evidência científica encontrada na literatura, especificamente, com vista à proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP, a primeira parte desta secção pretendeu identificar as intervenções de enfermagem implementadas pela equipa de EESMO do CHBM, EPE, neste âmbito. A segunda parte procurou compreender a importância atribuída a estas medidas, pelos elementos desta equipa, com vista à proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico.

Desta forma foram elaborados dois construtos. O primeiro foi constituído por 15 ítems, cada um referente a medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP, com uma opção de resposta, disposta numa

escala tipo likert, com cinco níveis ascendentes de concordância: 1) Nunca, 2) Raramente, 3) Às vezes, 4) Frequentemente e 5) Sempre. O segundo construto foi constituído por nove items, sendo que a cada um deles foi dada uma opção de resposta numa escala de likert, com cinco níveis de importância: 1) Não importante, 2) Pouco importante, 3) Irrelevante, 4) Importante e 5) Muito Importante.

Os resultados foram tratados por análise descritiva, através do *software IBM®SPSS®*, versão 22. Constatou-se a frequência das práticas de enfermagem, da equipa EESMO do CHBM, EPE, no 2º estadio do TP, com vista à proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico e, a frequência dos níveis de importância, das medidas apresentadas com vista à proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP, atribuídos pelos EESMO's, representados graficamente no Apêndice I. Segue-se a análise dos resultados obtidos da primeira parte da secção quatro.

Ao encontro do que foi referido anteriormente, relativamente aos posicionamentos não supinos/verticalizados, a literatura destaca os seus benefícios com vista à proteção do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico. De acordo com Frye (2010), posições que acentuam a curva do canal de parto ou que não maximizam o efeito da gravidade, isto é, posições supinas/não verticalizadas, requerem o alongamento excessivo do corpo perineal, submetendo-o a uma pressão acrescida e, por conseguinte, potenciando o risco de laceração.

Constata-se que o incentivo de posições verticalizadas, no 2º estadio do TP, é efetuado por esta equipa. A maior parte dos inquiridos refere incentivar frequentemente (46,4%) este tipo de posicionamentos e, igualmente, permite sempre (46,4%) à parturiente a liberdade de movimentos e de posições verticalizadas neste mesmo estadio. Questionados sobre a utilização efetiva de posições não supinas/verticalizadas no 2º estadio do TP, referiram utilizá-las frequentemente (39,3%) contudo, uma menor percentagem afirma utilizá-las sempre (28,6%).

Neste sentido, considerando os benefícios das posturas verticalizadas no 2º estadio do TP, na proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, identificou-se a necessidade de trabalhar com a equipa EESMO do CHBM, EPE a adoção, mais efetiva, deste tipo de posicionamentos, na sua prática diária de cuidados.

No que respeita aos esforços expulsivos procurou-se identificar as práticas da equipa de EESMO relativamente ao incentivo da realização de esforços expulsivos espontâneos

versus dirigidos. As recomendações da OMS (1996) para a assistência ao parto normal apontam os esforços expulsivos prolongados e dirigidos, no 2º estadio do TP, como uma conduta claramente prejudicial ou ineficaz, pelo que deveriam ser eliminadas. De acordo com Frye (2010) e Hamilton (2016), esforços expulsivos espontâneos estão associados a melhores resultados ao nível de integridade perineal, menores taxas de episiotomia e de lacerações de 2º grau e menor probabilidade de parto instrumentalizado. Esforços expulsivos dirigidos estão fortemente associados a disfunção do pavimento pélvico a longo prazo (incontinência urinária de esforço), maior probabilidade de trauma perineal grave e parto instrumental. Neste sentido, os esforços expulsivos espontâneos destacam-se como uma medida bastante importante na proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico.

Os resultados obtidos, com vista a compreender o tipo de esforços expulsivos que a equipa de EESMO do CHBM, EPE, habitualmente, incentiva na sua prática de cuidados, revelaram que a maioria refere incentivar frequentemente (67,9%) a realização de esforços expulsivos espontâneos. Contudo, a maior parte respondeu incentivar frequentemente (42,9%) a realização de esforços expulsivos dirigidos.

Consideraram-se esforços expulsivos espontâneos quando iniciados após dilatação completa, com necessidade espontânea da mulher em efetuá-los, evitando o uso de puxos prolongados em apneia e a indicação de direcioná-los para o triângulo posterior do períneo, sem qualquer manipulação do prestador de cuidados (Frye, 2010). Desta forma, os esforços expulsivos, dirigidos ou espontâneos, diferenciaram-se quanto: 1) ao momento em que são iniciados e, a necessidade da mulher em realizá-los; 2) como são realizados, isto é, o tipo de respiração utilizado pela mulher e a orientação dos esforços; 3) manipulação do períneo por parte do prestador de cuidados.

Por conseguinte, segue-se, especificamente, a análise descritiva das práticas da equipa EESMO do CHBM, EPE no incentivo à realização de esforços expulsivos espontâneos *versus* dirigidos. A maior parte, nunca (39,3%) e raramente (46,4%), refere incentivar a realização de esforços expulsivos imediatamente após dilatação completa, se a mulher não sente necessidade de efetuá-los. Esta é uma prática positiva da equipa de EESMO do CHBM, EPE, numa perspetiva de proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, indo ao encontro dos resultados obtidos quando questionados sobre o incentivo de esforços expulsivos após dilatação completa e, se o fazem apenas quando a mulher sente vontade urgente de puxar. Relativamente a esta última prática, os

inquiridos referiram efetuá-lo frequentemente (42,9%). Ainda assim, uma percentagem significativa referiu somente o efetuar às vezes (39,3%).

De acordo com Frye (2010) é recomendado o atraso do início dos esforços expulsivos se a mulher, mesmo com dilatação completa, não sentir necessidade de efetuá-los. Deve-se incentivar a realização de esforços expulsivos espontâneos tardios, se necessário, com vista à obtenção de melhores *outcomes* materno, nomeadamente, na preservação da integridade perineal. Esta medida permite o feto progredir passivamente pelo canal do parto, sendo uma forma segura e eficaz de aumentar os partos vaginais espontâneos e, conseqüentemente, minimizar o risco de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico. A descida passiva do feto pelo canal vaginal é referida na literatura, de extrema relevância, na proteção do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico.

De acordo com a mesma autora, o 2º estadio do TP tem início quando o colo do útero atinge os 10 cm dilatação. Atingida esta meta inicia-se a descida fetal, uma etapa que se caracteriza pela passagem do feto pela cavidade pélvica, atravessando e distendendo as diferentes camadas tecidulares. A mesma autora sugere, tal como no primeiro estadio, a divisão do 2º estadio do TP em fase latente e fase ativa. A fase latente corresponde ao período que vai desde a dilatação completa até ao início da necessidade de realização de esforços expulsivos, isto é, esforços expulsivos espontâneos. Durante este período, o útero contrai de forma contínua, empurrando a apresentação fetal, reduzindo cada vez mais o espaço entre esta e o colo uterino, até ficarem totalmente em contacto. A necessidade de realização de esforços expulsivos decorre deste contacto, podendo ser a sua duração condicionada por diferentes fatores, tais como, a variedade fetal, peso do feto, bacia materna e analgesia loco-regional.

A fase ativa do 2º estadio do TP caracteriza-se pela continuação da descida da apresentação fetal, até atravessar totalmente o colo e o canal vaginal. Neste período, a mulher poderá sentir necessidade de realizar esforços expulsivos, independentemente de estar com ou sem contração, embora, geralmente, esta necessidade seja mais urgente no momento da contração devido ao aumento de pressão provocada por esta. Destacam-se duas forças: atividade involuntária uterina e atividade voluntária da mulher.

Em suma, alerta que respeitar estas fases, evitando a realização de esforços expulsivos dirigidos, é primordial para a proteção de traumatismos dos vários tecidos (musculares, conjuntivos e nervosos), conseqüentemente de disfunções do pavimento pélvico.

Em relação à forma como os esforços expulsivos são incentivados a ser efetuados

pela equipa de EESMO do CHBM, EPE, embora a maior parte refere raramente (39,3%) incentivar a realização de esforços expulsivos prolongados em apneia, por outro lado, às vezes (21,4%) e frequentemente (10,7%), perfazendo um total de 32,1%, referem efetuá-lo.

Para além disso às vezes (50%) e frequentemente (32,1%), referem incentivar a realização de esforços expulsivos direcionados para o triângulo posterior do períneo. De acordo com Ashton-Miller & De Lancey (2007), Mascarenhas (2012) e Milsom (2015), uma das estruturas fortemente distendida durante a descida fetal, é o músculo elevador do ânus, situado no triângulo posterior do períneo. Esforços expulsivos dirigidos potenciam o risco de traumatismo deste músculo, fortemente associado ao desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico.

No que respeita à manipulação do períneo raramente (28,6%) refere dirigir os esforços expulsivos através da distensão/manipulação do períneo. Por outro lado, tanto às vezes (28,6%) como frequentemente (28,6%), perfazendo um total de 57,2%, dos inquiridos referem adotar esta prática. Desta forma, constata-se existir uma tendência em dirigir a realização de esforços expulsivos. A manipulação dos tecidos, de acordo com Frye (2010), fragiliza e potencia o risco de traumatismos dos tecidos, potenciando o desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico.

Relativamente à técnica de suporte perineal, de forma a controlar a saída do pólo cefálico no período expulsivo, protegendo o períneo de traumatismos e, conseqüentemente o risco de desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico, destacam-se duas técnicas: a técnica “*hands-off*” e a técnica “*hands-on*”. De acordo com a revisão da literatura efetuada não existe consenso relativamente à técnica mais eficaz e eficiente, com vista à proteção de traumatismos do períneo. Os resultados obtidos relativamente à prática da equipa de EESMO do CHBM, EPE no que concerne à técnica de suporte perineal, revelam que a técnica “*hands on*” é, preferencialmente, utilizada. Frequentemente (39,3%) e sempre (28,6%), perfazendo um total de 67,9%, dos inquiridos mencionaram adotar a técnica “*hands on*”. Quanto à técnica “*hands off*”, se por um lado, nunca (25%) e raramente (25%) é utilizada por esta equipa, às vezes (21,4%) e frequentemente (28,6%) dos inquiridos afirmam utilizá-la para proteger o períneo e controlar a saída do pólo cefálico no período expulsivo.

Seguem-se os resultados obtidos relativamente à realização da técnica de episiotomia. A episiotomia é um traumatismo do períneo associado ao risco de

desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico (Jiang et al., 2017). De acordo com os mesmos autores, implica a incisão da pele, da mucosa e secção dos músculos transversos superficial do períneo e bulbocavernoso. Neste sentido, o risco de desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico é superior, comparativamente, com a ocorrência de lacerações de grau um ou dois. Para além disso, a realização de episiotomia numa nulípara aumenta a probabilidade de realização deste procedimento no parto seguinte, potenciando o risco de desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico. Mesmo não envolvendo esfíncter anal, a episiotomia está na origem de dor perineal e incontinência após o parto, disfunção sexual e infecção, comparada com a laceração espontânea, tendo impacto negativo na saúde da mulher no pós-parto. Neste sentido, é um procedimento que deve ser usado de forma seletiva. É recomendada a sua realização perante situações de sofrimento fetal, 2º estadio TP prolongado, risco iminente de laceração de grau três e quatro.

No SUOG do CHBM, EPE, constata-se que a realização de episiotomia é efetuada pela maioria dos EESMO's do CHBM, EPE, frequentemente (75%). A elevada frequência na realização desta técnica é um aspeto menos positivo na assistência à mulher durante o parto. Neste sentido, promover a realização de episiotomia seletiva com vista à proteção de traumatismo e disfunção do pavimento pélvico foi, claramente, uma necessidade específica identificada na equipa de EESMO do CHBM, EPE. A elevada percentagem da realização desta técnica não está em consonância com as recomendações da OE e da OMS. A episiotomia deve realizar-se de forma seletiva e não se justifica taxas superiores a 30% na prática obstétrica (OE, 2013). A OMS (1996) indica cerca de 10% e classifica o seu uso rotineiro como uma prática inadequada e prejudicial à saúde da mulher.

Para além da episiotomia rotineira, a literatura e a OMS aponta ainda a manobra de *Kristeller* como prejudicial e, totalmente desaconselhada. Os resultados obtidos quanto à realização desta manobra na equipa de EESMO do CHBM, EPE, revelam que a maior parte raramente (42,9%) e nunca (32,1%) a utiliza. Ainda assim, às vezes (21,4%) é uma prática à qual recorrem os inquiridos.

Por último, no que respeita à aplicação de água morna/calor no períneo, constata-se que não é uma prática comum na equipa de EESMO do CHBM, EPE. Os resultados obtidos quanto à implementação desta medida revelaram que os inquiridos referem nunca (32,1%), raramente (25%) e às vezes (28,6%) adotar esta medida.

A aplicação de calor no períneo, no 2º estadio do TP, parece ser uma medida extremamente eficaz na diminuição da percepção de sensação dolorosa (Terré et al., 2014). Ao encontro destes autores, uma revisão da literatura da Cochrane, a propósito das medidas proteção do trauma perineal no 2º estadio do TP, confirma os benefícios da aplicação de calor como medida protetora do trauma perineal. É um método possível de ser aplicado em qualquer parto, não invasivo, de baixo custo, sem consequências negativas maternas ou neonatais e, bastante eficaz como método não farmacológico de alívio da dor (Aasheim et al., 2012). Neste sentido, a promoção da implementação medida, na equipa de EESMO do CHBM, EPE, foi outro importante foco de atenção deste projeto.

Prosseguindo para a segunda parte da secção quatro, segue-se a análise descritiva da frequência dos níveis de importância, das medidas apresentadas com vista à proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP, atribuídos pelos EESMO's. No Apêndice I são apresentados graficamente os resultados obtidos.

A maioria (85,7%) dos enfermeiros desta equipa considera, muito importante, a adoção de posições não supinas/verticais bem como a realização de esforços expulsivos espontâneos (67,9%). Especificamente, consideram importante evitar a realização de esforços expulsivos prolongados e em apneia (50%) e evitar a manipulação do períneo (57,1%). Contudo apenas 28,6% referem ser importante evitar a realização de esforços expulsivos direcionados para o triângulo posterior do períneo, sendo que 35,7% consideram mesmo ser irrelevante. Entre a técnica de proteção perineal “hands on” e “hands off”, a primeira é considerada pelos inquiridos como importante (42,9%) e muito importante (35,7%), ao passo que a segunda é considerada apenas importante para 25% e muito importante para 21,4% dos inquiridos. No que respeita à realização seletiva da técnica de episiotomia, 50%, consideram esta medida irrelevante na proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico. Relativamente à aplicação de calor, uma medida pouco utilizada nesta equipa, é avaliada como sendo irrelevante por 32,1% dos inquiridos. Ainda assim, metade da equipa (50%) destaca-a como importante. Evitar a realização da manobra de *Kristeller* parece ser de grande relevância como medida protetora de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, uma vez que 46,4% e 35,7% consideram ser, respetivamente, uma medida importante e muito importante.

Para finalizar este sub-capítulo, referente à identificação das necessidades específicas da população-alvo de enfermeiros, segue-se a análise descritiva dos resultados obtidos na secção cinco. Esta secção pretendeu identificar os principais limitadores e/ou

inibidores no SUOG do CHBM, EPE, na implementação de medidas protetoras do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP referidos pelos EESMO's. Para melhor visualização, a frequência dos resultados obtidos para os diferentes limitadores/inibidores apresentados encontram-se compilados numa tabela no Apêndice J.

Constatou-se que todos os enfermeiros consideram que, a estrutura do serviço e a dimensão das salas de parto, não são condicionadores da implementação de medidas protetoras de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico. Por outro lado, a maioria de inquiridos, destaca como principais limitadores ou inibidores destas medidas, a falta/défice de conhecimentos da parturiente (57,1%), bem como a recusa ou resistência da equipa de obstetras (64,3%). Os resultados obtidos permitiram identificar necessidades, não só formativas como práticas na equipa de EESMO do CHBM, EPE, com vista à proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico.

6.3.2. Necessidades Específicas da População-Alvo de Parturientes

A identificação das necessidades específicas da população-alvo de parturientes foi possível analisando os dados obtidos às perguntas apresentadas nas secções três, quatro e cinco do questionário dirigidos às parturientes (Apêndice C).

A secção três centrou-se nas intervenções de enfermagem, no 2º estadio do TP, com vista à proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico. Após a mulher identificar os cuidados que lhe foram prestados neste âmbito, pretendeu-se que a parturiente os avaliasse quanto ao seu nível de importância.

Para tal elaboraram-se dois construtos. O primeiro foi constituído por 11 ítems, correspondendo a medidas protetoras de traumatismo e disfunção do pavimento pélvico, com uma das seguintes opções de resposta: Não e Sim. O segundo construto foi constituído por 8 ítems e, a cada um deles, foi dada uma opção de resposta numa escala tipo likert, com cinco níveis de importância: 1) Não importante, 2) Pouco importante, 3) Irrelevante, 4) Importante e 5) Muito Importante.

Os resultados foram tratados por análise descritiva, através do *software IBM®SPSS®*, versão 22. Primeiramente, procurou-se constatar, na perspetiva das parturientes, a frequência de implementação das diferentes medidas pelos EESMO's, pelo que se segue a análise descritiva dos resultados obtidos no ponto 3.1. da secção

três, representados graficamente no Apêndice J.

Relativamente à medida protetora posição vertical, a maioria das parturientes referiram que, não só foram incentivadas a adotar posições não supinas/verticalizadas no 2º estadio do TP (75%), como também, lhes foi permitido a liberdade de movimentos e de posições aquando da realização de esforços expulsivos (89,5%). Da consulta do processo clínico, e, em consonância com o referido pelas parturientes, todas as mulheres adotaram a posição de sentada no momento do parto.

No que respeita aos esforços expulsivos, a maioria das inquiridas referiram que: a enfermeira incentivou à sua realização apenas quando sentiram necessidade de efetuá-los (77,6%); sentir necessidade urgente de puxar quando foram incentivadas a efetuá-los (71,1%); não lhes ter sido pedido a realização destes esforços de forma prolongados em apneia (50%); ter-lhes sido pedido efetuá-los, como se estivessem a evacuar, isto é, dirigidos para o triângulo posterior do períneo (75%). Aquando da realização dos esforços expulsivos, a maioria (67,1%) das parturientes referiu que a enfermeira pressionava, persistentemente, o seu períneo.

A proteção do períneo/controlo da saída do pólo cefálico, foi identificado pela maioria (92,1%) das inquiridas através da colocação da mão no períneo de forma mantida. Para o controlo da saída do corpo fetal, após a saída da cabeça fetal, foi pedido especificamente à maioria das parturientes (94,7%) para suspenderem a realização de esforços expulsivos, tendo sido esta exteriorização efetuada pelo EESMO.

A manobra de *Kristeller* foi identificada apenas por 25% das inquiridas e, a aplicação de calor no períneo foi referida pela maioria (68%) das parturientes.

Os resultados relativamente à ocorrência de traumatismos perineais (episiotomia e laceração) obtiveram-se através da consulta do processo clínico da parturiente inquirida. A maior parte (48,7%) das parturientes sofreram laceração do períneo, especificamente lacerações de grau 1 (30%) e lacerações de grau 2 (18,7%) e, 39,5% foram submetidas a episiotomia. Nas restantes (11,8%) não foi identificado traumatismo do períneo.

Após a identificação das intervenções de enfermagem, procurou-se avaliar a importância, das medidas protetoras apresentadas, do ponto de vista das parturientes, na proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico,

O tipo de posição, especificamente, a posição verticalizada embora tenha sido importante para 39,5% das parturientes, a maioria (53,9%) considerou esta medida irrelevante. O incentivo à realização de esforços expulsivos espontâneos,

nomeadamente, apenas quando a mulher sente vontade de urgente de puxar foi considerado irrelevante para 82,9% das inquiridas, bem como o incentivo à realização de esforços expulsivos prolongados e em apneia (82,9%). No que respeita à manipulação persistente do períneo, metade das parturientes consideram esta intervenção irrelevante, contudo, 34,2% apontam-na como importante. Relativamente à técnica de proteção do períneo e controlo da saída da cabeça fetal, a maioria (81,6%) das inquiridas consideram importante, a pessoa que assiste o parto manter a mão no períneo, ao passo que não colocar a mão é perspetivada de forma irrelevante (84,2%). Não realizar manobra de *Kristeller* é uma medida referida pela maioria das parturientes (88,2%) importante, existindo, portanto, unanimidade em evitá-la. Por último, a aplicação de calor parece ser uma medida importante (30,3%) e, igualmente, muito importante (30,3%) para este grupo de parturientes.

As secções três e quatro pretenderam avaliar o nível da satisfação da parturiente em duas perspetivas. A primeira, quanto aos cuidados de enfermagem prestados durante o parto, especificamente com vista à proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico e, a segunda, quanto à experiência do parto, de uma forma geral. Os resultados obtidos nestas secções foram bastante positivos. Revelam uma prestação de cuidados de qualidade crescente, por parte da equipa de EESMO do CHBM, EPE, nomeadamente, com vista à implementação de medidas promotoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico. Esta evolução por um lado vai ao encontro do objetivo geral delineada para este projeto de intervenção e, por outro lado, reflete-se nos elevados níveis de satisfação das parturientes. A maioria avaliou, muito satisfatoriamente, não só os cuidados de enfermagem prestados (61,8%), como a experiência de parto (65,8%).

As parturientes identificaram, a implementação, no 2º estadio do TP pela equipa de EESMO, de todas as medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico apresentadas e, revelaram, na sua maioria, uma elevada frequência da implementação das mesmas. Contudo, constata-se que nem todas as medidas são consideradas, de igual forma, importantes por este grupo de parturientes, sendo algumas avaliadas mesmo como irrelevantes. Neste sentido, constata-se que parece existir uma falta de conhecimento e/ou esclarecimento sobre a importância destas medidas com vista à proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, sendo esta a necessidade específica da população-alvo parturientes, identificada.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Entende-se por intervenções, as atividades desenvolvidas no decorrer do projeto com vista a cumprir os objetivos delineados e, por conseguinte, as necessidades identificadas em cada uma das populações-alvo. Serve o presente capítulo, descrever e justificar as diferentes atividades realizadas, as metodologias adotadas e, os recursos mobilizados para a sua concretização.

7.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

As atividades desenvolvidas no decorrer da implementação deste projeto procuraram dar resposta aos objetivos delineados e às necessidades identificadas em cada uma das populações-alvo, centrando-se na sua grande finalidade.

Com vista ao cumprimento do objetivo específico I, primeiramente, foi apresentada à equipa EESMO a proposta do projeto pretendido implementar, através da realização de uma sessão informativa. Para além de informar a equipa e apresentar/divulgar este projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, no 2º estadio do TP, em mulheres com baixo risco obstétrico, esta intervenção pretendeu apresentar os objetivos e atividades inerentes e obter a colaboração/envolvimento da equipa EESMO. No Apêndice K é apresentado o plano da sessão e os slides que serviram de apoio. Seguidamente, procedeu-se à recolha dos dados através de aplicação de um questionário (Apêndice B). Esta intervenção pretendeu analisar as práticas de enfermagem, da equipa EESMO do CHBM, EPE, na implementação de medidas protetoras do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico, no 2º estadio do TP em mulheres de baixo risco obstétrico e, identificar necessidades, dificuldades e constrangimentos na implementação das mesmas. Por último, foram divulgados à equipa EESMO do CHBM, EPE, os resultados obtidos da aplicação dos questionários. Para tal foi realizada uma sessão informativa, encontrando-se no Apêndice L o plano desta sessão e os respetivos slides que lhe serviram de apoio. Esta intervenção teve como finalidade reforçar a colaboração e o envolvimento da equipa EESMO do CHBM, EPE, em busca da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Para além disso, procurou promover a

reflexão sobre esta temática e, a necessidade de modificar algumas das práticas na assistência à mulher no 2º estadio do TP.

Relativamente às intervenções desenvolvidas para o cumprimento do objetivo específico II, a estratégia implementada com vista à sua concretização centrou-se na realização de uma sessão formativa. A concretização desta estratégia requereu, primeiramente, a realização de uma revisão da literatura sobre a temática, buscando evidência científica atualizada. Os conhecimentos daí adquiridos serviram de base, tendo sido fulcrais para a realização desta sessão de formação. De um modo geral, pretendeu-se atualizar a equipa EESMO do CHBM, EPE sobre esta temática e, motivá-los e capacitá-los para a implementação de medidas protetoras de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP. Especificamente, esta sessão de formação pretendeu: rever conhecimentos sobre anatomia, funcionalidade do pavimento pélvico e disfunções do pavimento pélvico; identificar os fatores de risco associados ao desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico; compreender o impacto do parto vaginal no desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico; identificar as medidas protetoras do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP; apresentar evidência científica sobre os benefícios das medidas protetoras do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico, no 2º estadio TP, nomeadamente na preservação da integridade perineal; promover o debate e a partilha de experiências entre a equipa EESMO do CHBM, EPE. No Apêndice M é apresentado o plano desta sessão e os respetivos slides que serviram de apoio à sua apresentação.

Para a concretização do objetivo específico III, as estratégias delineadas foram: a realização de um estudo de investigação não-experimental, quantitativo e descritivo; a elaboração de uma matriz para registo de dados/intervenções; a avaliação do tónus muscular do períneo, antes e até 48h após o parto, através de um perineómetro. Considerando que os traumatismos do períneo, especificamente as lacerações graves e a episiotomia, estão associadas ao desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico a curto e/ou longo prazo, a realização deste estudo de investigação pretendeu a obtenção de resultados que demonstrassem melhorias na preservação da integridade perineal com a implementação das medidas protetoras no 2º estadio do TP. Centrou-se na busca dos melhores resultados, especificamente, na preservação da integridade perineal por ser um dado observável, imediatamente após o parto. Desta forma, a observação e constatação de bons resultados na preservação da integridade perineal após a implementação das medi-

das protetoras apresentadas, pretendeu ser uma forma de motivar a equipa EESMO do CHBM, EPE na implementação das mesmas, na sua prática diária de cuidados, melhorando a qualidade dos seus cuidados à parturiente. Os resultados obtidos com este estudo foram divulgados à equipa de EESMO do CHBM, EPE através de uma sessão informativa. No Apêndice N é apresentado o plano desta sessão e os respetivos slides que serviram de apoio à sua apresentação.

Ao invés da realização de uma matriz para registo de dados/intervenções para a colheita de dados, estratégia inicialmente delineada, optou-se pela aplicação de um questionário dirigido às parturientes (Apêndice C). Foi elaborada uma matriz de registo de dados, exclusivamente, para registo organizado dos dados relacionados com a história obstétrica, da gravidez e do parto. A avaliação do tónus muscular do períneo, antes e até 48h após o parto, através de um perineómetro foi uma estratégia não concretizada. Apesar de a mestranda ter conseguido a aquisição de um perineómetro, constatou-se que a medida do valor de tónus muscular atribuído pelo mesmo, “Lv”, é uma medida sem valor científico descrito na literatura. Em todos os estudos encontrados na revisão da literatura relacionados com esta temática, a medida de valor para avaliação do tónus muscular referida é o “mmHg”. Ainda assim procurou-se a obtenção de equivalência entre estas duas medidas, contudo, sem sucesso.

Por último, no que respeita à estratégia delineada para a concretização do objetivo específico IV, optou-se pela elaboração de um folheto informativo dirigido à população-alvo de parturientes (Apêndice O). Esta estratégia pretendeu, especificamente, alertar a mulher para as disfunções do pavimento pélvico como problema de saúde pública com impacto na qualidade de vida, divulgar a relação positiva entre um pavimento pélvico fortalecido e a minimização do risco de traumatismo perineal e de disfunções do pavimento pélvico, que podem decorrer do parto, informar a mulher sobre medidas preventivas, no pré-natal, de traumatismos do períneo e disfunções do pavimento pélvico, nomeadamente, os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico e a massagem perineal e, informar sobre as medidas protetoras, no parto.

Concluída a fundamentação das intervenções desenvolvidas para concretização dos objetivos delineados, segue-se a análise reflexiva sobre as estratégias acionadas.

7.2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

Uma estratégia consiste num plano que deve considerar todas as situações às quais se pode chegar e, nas respetivas decisões que lhe estão associadas (Ferrão & Rodrigues, 2000). No decorrer da implementação do projeto, as estratégias definidas foram executadas em concordância com os objetivos delineados. Desta forma, foi possível orientar o trabalho na execução do planeado, com vista ao cumprimento dos objetivos.

A realização da revisão da literatura pretendeu rever e conhecer, com base em evidência científica atual, o impacto do parto vaginal enquanto fator de risco para o desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico e, especificamente, as medidas protetoras no 2º estadio do TP. Esta estratégia foi fulcral para o arranque do planeamento do projeto. Contudo, não basta ser detentor de conhecimentos e pretender implementá-los na prática de uma equipa se não forem ao encontro das suas necessidades.

Neste sentido, foi fundamental numa fase inicial aplicar os questionários aos elementos que constituem a equipa EESMO do CHBM, EPE. Esta estratégia foi fundamental para identificar as práticas desta equipa, na implementação de medidas protetoras do traumatismo e disfunção do pavimento pélvico, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o 2º estadio do TP, bem como as dificuldades, limitações e fatores inibidores, na implementação das mesmas. Além disso, impulsionou a outra estratégia, promover o envolvimento do EESMO, fundamental para o sucesso da implementação deste projeto. De acordo com Ott et al. (2015) o EESMO, na sua individualidade, é um fator independente que pode influenciar, de uma forma geral, a ocorrência de laceração perineal.

O envolvimento do EESMO foi uma estratégia adotada na fase de diagnóstico da situação e na fase de implementação. Especificamente na fase de implementação, o envolvimento do EESMO foi incentivado nas sessões informativas e formativas, através da troca de conhecimentos, saberes e experiências e, ainda, na sua parceria para a realização do estudo de investigação. O impacto de uma intervenção educativa sobre práticas obstétricas e desfechos perineais demonstrou ser significativamente propícia à obtenção de melhores resultados neste âmbito (Santos, 2017). Considera-se que a ação de formação conseguiu, de forma bastante positiva, sensibilizar e motivar os EESMO's.

No que respeita às estratégias acionadas dirigidas à população-alvo parturientes des-tacam-se, a distribuição dos questionários às parturientes com vista à obtenção de dados para a realização do estudo e, elaboração e, a distribuição de material informativo. Este,

foi um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados e, a mulher, especificamente, a parturiente, foi o elemento central recetor de cuidados. A aplicação dos questionários permitiu avaliar as suas necessidades de cuidados no âmbito da proteção do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico, no 2º estadio do TP e, compreender a sua perceção e avaliação da qualidade dos mesmos.

O desenvolvimento de material informativo foi uma estratégia desenvolvida no âmbito da educação para a saúde. A gravidez é um período da vida da mulher caracterizado por uma elevadíssima necessidade informativa. Contudo verifica-se que esta necessidade de informação se centra, maioritariamente, em aspetos relacionados com a gravidez, parto e cuidados ao recém-nascido. As mulheres precisam ser alertadas para o impacto da gravidez e do parto como fatores de risco para o desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico, para as consequências a curto e/ou longo prazo e, por conseguinte, para as formas de prevenção na gravidez e, de proteção no 2º estadio do TP.

Nesta perspetiva, o desenvolvimento de material informativo procurou criar e aproveitar oportunidades para promover estilos de vida saudáveis, promover o potencial de saúde da mulher, a partilha de informação com a mulher e, criar novas capacidades de auto-cuidados, auto-determinação e participação ativa no seu plano de cuidados. É dever do EESMO auxiliar a utente a maximizar o seu potencial de saúde, no decorrer de todo o ciclo de vida da mulher (OE, 2010b).

Constatou-se existir um desconhecimento não só sobre a importância de um pavimento pélvico fortalecido na prevenção do desenvolvimento de disfunções, como também sobre as estratégias preventivas que podem e devem ser implementadas no pré-natal e, sobre as medidas protetoras do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico, específicas do 2º estadio do TP. Este desconhecimento refletiu-se na recetividade de muitas mulheres aquando da distribuição do folheto informativo e, pela colocação de diversas questões. A elaboração de um panfleto informativo, contendo informação escrita, para que a mulher pudesse ler em sua casa de forma privada, foi uma estratégia considerada positiva para a concretização do objetivo delineado.

7.3. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

Distinguem-se três tipos de recursos envolvidos na implementação deste projeto: os recursos materiais, os recursos humanos e os recursos físicos. No que respeita aos recursos

humanos foram imprescindíveis, o orientador pedagógico, a enfermeira coordenadora do SUOG, todos os EESMO's do CHBM, EPE, a orientadora pedagógica da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus e, a Mestranda. Os recursos materiais envolvidos passaram pelo computador, *Data-Show*, impressora, internet, material de escritório. Destaque ainda para a importância dos recursos físicos, nomeadamente, o SUOG do CHBM, EPE e a sala de Preparação para o Parto situada no serviço de Obstetrícia.

7.4. CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Os contatos desenvolvidos foram, na íntegra, com o CHBM, EPE, entidade destinatária da implementação do projeto. Após ter sido entregue e, autorizada, a proposta de projeto do Estágio Final à Comissão de Ética da Universidade de Évora (Anexo A), foram efetuados os pedidos de autorização às diferentes entidades que constituem a hierarquia institucional e à Comissão de Ética do CHBM, EPE (Anexo B). Obtidas estas autorizações, foi crucial, desde logo na primeira sessão informativa, o envolvimento e pedido de colaboração, nas diferentes atividades delineadas, de toda a equipa EESMO.

7.5. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Os custos relacionados com o projeto desenvolvido, principalmente, materiais e humanos, foram totalmente assegurados pela mestranda. Destacam-se as deslocações à escola em transporte próprio, a impressão dos questionários e da matriz, do folheto informativo, a aplicação dos questionários, o tratamento de dados e, as formações elaboradas e apresentadas. Estima-se um custo total de 400 euros.

7.6. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

O cronograma de atividades relativo ao projeto de intervenção, explanado ao longo deste documento (Apêndice P), para além de ter sido um importante instrumento de planeamento de atividades foi, ainda uma fonte de orientação fundamental para a concretização/execução do mesmo. Apesar de pontuais dificuldades de logística organizacional, as ações delineadas foram devidamente cumpridas de acordo com a calendarização prevista, isto é, o cronograma foi cumprido.

8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação constitui-se um momento, mediador e fundamental, integrante do processo de aprendizagem. Consiste em atribuir um juízo de valor para a aferição da qualidade dos resultados obtidos, com base nos resultados inicialmente esperados. É uma forma de constatar os progressos, as dificuldades e, se necessário, re-orientar as atividades/intervenções delineadas (Barbosa & Martins, 2011).

O capítulo que se segue refere-se à avaliação dos objetivos, avaliação da implementação do programa e, descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas.

8.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

De uma forma global, considera-se que os objetivos específicos traçados para a implementação do projeto foram cumpridos satisfatoriamente. Segue-se a avaliação individual de cada objetivo específico delineado.

- Objectivo Específico I: Avaliar os cuidados prestados, pela equipa EESMO do CHBM, EPE, na implementação de medidas protetoras do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o 2º estadio do TP.

Este objetivo permitiu identificar não só os conhecimentos da equipa de EESMO do CHBM, EPE sobre as medidas protetoras do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o 2º estadio do TP, como também as que já são implementadas e a frequência com que são implementadas. Para além disso permitiu avaliar o nível de importância atribuído por esta equipa às medidas protetoras propostas, com vista à proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico e, ainda, às necessidades sentidas na sua implementação, especificamente, no SUOG do CHBM, EPE.

Sendo o primeiro contacto da mestrandia com a instituição onde o projeto foi desenvolvido e, portanto, desconhecendo a dinâmica deste SUOG bem como desta equipa de

EESMO no que respeita à implementação de medidas protetoras do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP, este objetivo foi fundamental não só para compreender a pertinência do projeto como para adequar o mesmo à realidade encontrada, de forma a contribuir, efetivamente, para a melhoria da prática de cuidados.

Dos 28 questionários entregues todos foram respondidos. A adesão da equipa de EESMO's na sessão informativa com vista à divulgação dos resultados atingiu uma taxa de 90% e, a satisfação face ao conteúdo e metodologias apresentadas, os recursos disponíveis e o desempenho da formadora foram de 4,5%, um valor próximo do *Muito Satisfeito* na escala de satisfação aplicada para avaliação da sessão.

Considera-se que este objetivo foi atingido de forma positiva.

- Objectivo Específico II: Sensibilizar a equipa EESMO do CHBM, EPE para o impacto do parto vaginal no desenvolvimento de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico e, medidas protetoras no 2º estadio do TP

Este objetivo foi atingido de forma bastante satisfatória.

Esta avaliação resulta do fato de constatar-se no decorrer da implementação deste projeto, uma adesão e, a adoção progressivamente crescente das medidas protetoras divulgadas na sessão de formação. Os resultados obtidos da aplicação dos questionários revelam um aumento da frequência da implementação das várias medidas protetoras propostas. Esta adesão reflete uma preocupação e um cuidado por parte dos EESMO's desta equipa, demonstrando a sua sensibilização face ao impacto do parto vaginal no desenvolvimento de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico e, por conseguinte, face à importância da implementação das medidas protetoras.

Verificou-se uma excelente adesão desta equipa na implementação de posições verticalizadas. Contudo, constatou-se a adoção exclusiva da posição sentada, no período expulsivo. Tendo em consideração os resultados apresentados de estudos efetuados sobre esta temática seria importante a adoção de outras posições verticalizadas, tais como a posição lateral.

Relativamente à realização de esforços expulsivos, constatou-se, de forma bastante positiva, o cuidado desta equipa no incentivo à realização destes esforços apenas quando a parturiente referia necessidade/vontade em efetuá-los. Esta é das medidas referidas com maior poder protetor de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, no 2º estadio do TP. Para além disso, esta sensibilização verificou-se também no cuidado crescente desta equipa, no modo como instruíam as parturientes a realizar os esforços

expulsivos, evitando períodos prolongados em apneia. A orientação dos esforços para o triângulo posterior e a manipulação do perineal são medidas que necessitam ainda de algum melhoramento.

No que respeita à técnica de proteção perineal constatou-se que a técnica “*hands-on*” continuou a ser a técnica de eleição desta equipa. Contudo, muitos elementos revelaram motivação na adoção da técnica “*hands-off*” e, curiosidade, sobre a eficiência desta última técnica na proteção efetiva de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico.

Ambas são técnicas referidas na literatura como protetoras de traumatismo do períneo não existindo, contudo, consenso sobre qual das duas é mais eficaz e eficiente. A opção por uma destas técnicas parece estar muito relacionada com a formação base e nível de confiança do EESMO (Ampt, Vroome & Ford, 2015).

A realização de episiotomia seletiva e a aplicação de calor foram as medidas protetoras em que se obteve melhores resultados de adesão da equipa EESMO do CHBM, EPE.

Em suma, constatou-se pela adesão crescente e positiva na implementação das medidas protetoras de traumatismo e disfunção do pavimento pélvico propostas, depreendendo-se, uma sensibilização efetiva da equipa de EESMO do CHBM, EPE.

- Objectivo Específico III: identificar os resultados na preservação da integridade perineal obtidos com a implementação de medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, pela equipa EESMO do CHBM, EPE, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o 2º estadio do TP;

Ao encontro do que já foi referido anteriormente, a literatura aponta para uma multifatoriedade de fatores de risco associados ao desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico. De entre eles, destacam-se, associado ao parto vaginal, os traumatismos do períneo, especificamente as lacerações graves e a episiotomia, muitas vezes, consequência de eventos e procedimentos obstétricos desnecessários, traumáticos e rotineiros.

Adesão e adoção às diferentes medidas protetoras propostas, conseguida no decorrer da implementação deste projeto, refletiu-se em resultados positivos na preservação da integridade perineal. Destaca-se uma diminuição significativa da frequência de realização de episiotomia e, a frequência de lacerações foi, maioritariamente, de grau 1, isto é, de gravidade *minor*, sem compromisso para o desenvolvimento de disfunções pélvicas.

Não descurando o contributo de todas as medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, com a implementação deste projeto, constatou-se uma melhoria da preservação de integridade perineal associada, principalmente, à redução significativa da frequência da realização de episiotomia. No questionário dirigido à equipa de EESMO, com vista à avaliação de necessidades, a realização de episiotomia foi assumida ser efetuada por 75% dos inquiridos, sendo que no final da implementação deste projeto, os resultados relacionados com traumatismos perineais, isto é, episiotomia e ocorrência de laceração revelaram que, a maior parte (48,7%) das parturientes sofreram laceração do períneo, especificamente, lacerações de grau 1 (30%) e lacerações de grau 2 (18,7%). Apenas 39,5% foram submetidas a episiotomia e, nas restantes (11,8%) não foi identificado traumatismo do períneo. A adesão na realização de episiotomia seletiva, uma medida protetora implementada pela equipa EESMO do CHBM, EPE, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o 2º estadio do TP, com resultados significativamente positivos na preservação da integridade perineal.

Para além disso, a grande adesão a todas as outras medidas parece ter contribuído, significativamente, para os bons resultados obtidos quanto à minimização da gravidade das lacerações ocorridas. Constatou-se que, na sua maioria, foram lacerações de grau um sendo que, de acordo com a literatura estas lacerações parecem ter pouco significado no desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico.

Considera-se que não é possível afirmar, pela realização deste estudo, que uma medida específica apresenta maior poder protetor de preservação na integridade perineal. Ao encontro dos estudos sobre programas de intervenção neste âmbito, o sucesso da preservação da integridade perineal está associado à adoção, conjunta, de várias medidas e não de uma medida, exclusivamente (Baba et al. 2016; Basu et al., 2016; Edqvist et al., 2017; Smith et al., 2013; Walker et al., 2012).

Para além disso, ao encontro do referido na literatura, é importante ter presente que muitos são os fatores que parecem condicionar/potenciar a ocorrência de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico. Destacam-se a constituição dos seus tecidos, nomeadamente deficiências de colagénio, a nutrição da mulher, idade, raça, o peso do feto, a variedade/posição fetal, a bacia da mulher e, intervenções desnecessárias e rotineiras durante o TP (Frye, 2010; Hornemann et al., 2010; Kettle & Tohill, 2010). De acordo com Riesco, Caroci, Oliveira e Lopes (2010) são fatores que, só por si, podem levar à perda ou diminuição do tónus muscular perineal, conseqüentemente ao desenvolvimen-

to de disfunções do pavimento pélvico. Quando presentes, associados ao parto vaginal, este risco é fortemente potenciado. Neste sentido torna-se crucial a implementação de medidas protetoras no 2º estadio de TP.

- Objectivo Específico IV: Sensibilizar a mulher para as medidas preventivas e protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico na gravidez e no parto.

A avaliação deste objetivo baseou-se no *feedback* das mulheres, aquando da entrega do folheto informativo. Para além disso, constatou-se uma solicitação crescente nos planos de parto que posteriormente surgiram, na implementação de várias das medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico apresentadas, revelando uma sensibilização efetiva das mulheres neste âmbito.

O desejo em adotar posturas verticalizadas/ ser permitido a liberdade de movimentos, não só no 1º como no 2º estadio do TP, em ser realizada episiotomia apenas se necessário, em não ser realizada pressão no abdómen durante a realização de esforços expulsivos e, a aplicação de água aquecida/morna no períneo foram as medidas solicitadas, com maior frequência, pelas mulheres.

8.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

O SUOG do CHBM, EPE, é um serviço reconhecido de excelência na assistência à parturiente em TP e no parto. Neste sentido, inicialmente, suscitaram alguns receios à mestranda relativamente à pertinência do seu projeto, pretendido ser de melhoria de cuidados.

O tema escolhido, é uma preocupação constante da mesma e, muitas vezes um desafio na sua prática de cuidados, contudo, faria sentido neste SUOG e para esta equipa de EESMO's? Beneficiariam as parturientes que aqui são assistidas?

Os resultados obtidos e explanados ao longo deste relatório evidenciam-no positivamente. Verificou-se existirem efetivamente necessidades específicas tanto nos EESMO's como nas parturientes, no que respeita à implementação de medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico.

A implementação deste projeto procurou, assim, dar resposta a estas necessidades e, os resultados obtidos revelaram que contribuiu, efetivamente, para a melhoria da qualidade dos cuidados.

No final da sua implementação, constatam-se modificações em diferentes práticas de cuidados com vista à proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, refletindo-se em elevados níveis de satisfação por parte das parturientes. A maioria das parturientes avalia, muito satisfatoriamente, não só os cuidados de enfermagem prestados com vista à proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, como a experiência de parto de uma forma global.

Considera-se, desta forma, que a implementação deste projeto foi cumprida de forma muito satisfatória.

8.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS

A realização de momentos de avaliação intermédia foi de extrema importância na introdução de medidas corretivas com vista ao cumprimento dos objetivos delineados e, maior valorização deste projeto de intervenção de melhoria de cuidados.

Destaca-se a alteração relacionada com a seleção da amostra. Inicialmente, planeou-se a população-alvo de EESMO's ser a única e exclusiva do estudo, perspetivando-se apenas a identificação das necessidades dos EESMO's. Contudo, com o apoio da Professora Doutora Otília Zangão, percebeu-se que seria uma mais-valia intervir também na perspetiva das necessidades das parturientes. Desta forma, este viria a ser um projeto de intervenção mais rico e completo.

Todas estas alterações foram efetuadas em reuniões presenciais na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, no CHBM, EPE, através de contato telefónico e/ou por correio eletrónico.

9. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

No decorrer do TP, o EESMO assume um papel de extrema relevância, pautado por diferentes competências de que é detentor, sendo por isso o profissional de eleição para a prestação de cuidados diferenciados. É da sua competência cuidar a mulher e família “(...) durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina (OE, 2010b). A assistência na gravidez e no parto pressupõe que o nascimento é um processo fisiológico, no qual só se deverá intervir para corrigir desvios da normalidade e, que os profissionais de saúde que nela participam são o garante de um ambiente de confiança, segurança e privacidade, que respeita o direito à informação e decisão esclarecida, à individualidade, dignidade e confidencialidade das mulheres (OE, 2012). Neste sentido, desde logo, foi pretensão da mestranda ao longo deste percurso, desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente, feto/recém-nascido e família durante os diferentes estadios do TP, com vista a um cuidar especializado e autónomo.

A avaliação do desenvolvimento de competências mobilizadas e adquiridas centrou-se na elaboração e aplicação de um projeto de intervenção que pretendeu promover a implementação de medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o 2º estadio do TP.

Subjacente a este projeto esteve a realização de um trabalho de investigação que proporcionou a aquisição de competências investigativas. Considera-se que a realização deste trabalho constitui-se como um verdadeiro desafio para a mestranda. Neste sentido, foi fundamental o apoio e orientação recebidos nas diferentes atividades desenvolvidas, com vista à aquisição destas competências, desde a justificação da problemática a abordar, passando pela definição e aplicação dos instrumentos de colheita de dados, seleção da amostra, tratamento, análise e discussão dos resultados obtidos.

Destaque importante para o desenvolvimento de competências técnico-científicas, especificamente direcionada para as medidas protetoras de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP. Para a aquisição desta competência considera-se que foi fundamental a revisão da literatura efetuada sobre esta temática, com a

preocupação constante na busca de evidência científica atualizada. Sustentada por esta evidência, em busca dos benefícios descritos na literatura, procurou-se encontrar a sua aplicabilidade e viabilidade na prática de cuidados bem como adaptar a um contexto, a uma equipa de EESMO e a uma população de grávidas desconhecidos à mestranda.

Consequentemente e, inevitavelmente, foram adquiridas competências de análise crítica, tendo sido fundamental a partilha de opiniões e experiência não só da orientadora pedagógica como do orientador do local de estágio e de toda a equipa de EESMO. Todos os momentos de partilha foram momentos de aprendizagem extremamente positivos. Todos, a autonomia, a responsabilidade, a tomada de decisão foram, igualmente, influenciados por estes momentos. Todos os momentos de análise e reflexão propiciaram o desenvolvimento de um pensamento crítico, contribuindo para o crescimento pessoal e profissional da mestranda, aprofundando conhecimentos e desenvolvendo competências com a finalidade última, a humanização dos cuidados e um cuidar especializado

Para além de tudo isto, considera-se o desenvolvimento de competências relacionais, fulcral na obtenção da colaboração das duas populações-alvo destinatárias deste projeto. É de realçar a importância da sensibilização para esta temática, motivando os profissionais numa equipa multidisciplinar onde o EESMO faz a diferença.

Desenvolver competências no âmbito da temática desenvolvida, assegurando os aspetos éticos e deontológicos, foi fundamental para a mestranda e constituiu-se como um objetivo que foi atingido muito em parte pelo enorme apoio do percetor deste estágio.

Considera-se que o percurso efetuado constituiu-se como uma forma de promoção de desenvolvimento do processo de aprendizagem e formação contínua da mestranda, visando responder de forma mais eficaz e eficiente às solicitações e necessidades da mulher, com vista ao seu bem-estar e segurança durante o TP e parto (OE, 2010b).

O EESMO deve desenvolver conhecimentos e competências de forma a manter-se atualizado na sua profissão (ICM, 2013), sendo este um desafio constante para a mestranda. O EESMO tem um papel fundamental a este nível, motivando, produzindo conhecimento, fundamentando a sua prática e promovendo a sua autonomia.

10. CONCLUSÃO

O presente relatório reflete um percurso de aprendizagem desenvolvido principalmente ao longo da Unidade Curricular Estágio Final e, o seu contributo para o aperfeiçoamento de competências da mestranda, enquanto EESMO. Centra-se na implementação de um projeto de melhoria da qualidade de cuidados direcionado para implementação de medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, em mulheres de baixo risco obstétrico, no 2º estadio do TP, desenvolvido no SUOG do CHBM, EPE.

O risco de traumatismos durante o parto vaginal, nomeadamente, o risco de traumatismo perineal resultante de lacerações graves e/ou episiotomia, pode incorrer no desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico e, por conseguinte, num impacto negativo na qualidade de vida da mulher. Após o parto, a curto prazo, pode condicionar a sua adaptação à parentalidade, bem como a longo prazo, os seus relacionamentos sociais, sexuais/conjugais e as diversas actividades da vida diária. Esta preocupação justifica o investimento nesta temática e a importância do contributo deste projeto.

Com base em evidência científica e, ao encontro das recomendações da OMS (1996) na assistência ao parto normal, consideraram-se como medidas protetoras de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP: as posições verticalizadas, os esforços expulsivos espontâneos, a técnica de suporte perineal (“*hands-off*”/“*hands-on*”), a episiotomia seletiva, a não realização da manobra de *Kristeller* e, a aplicação de calor. A implementação destas medidas constitui uma área de intervenção autónoma e da responsabilidade do EESMO, sendo o sucesso da sua implementação, a preservação da integridade das estruturas que constituem o pavimento pélvico, nomeadamente a preservação da integridade perineal, intimamente ligado ao papel do EESMO.

Este projeto incidiu primordialmente no 2º estadio do TP contudo, o papel do EESMO junto da mulher na abordagem das disfunções do pavimento pélvico deve cursar a vigilância pré-natal, pós-natal, pré-concepcional e o climatério. Deve integrar programas de preparação para o parto e ser um foco de atenção, nas consultas de enfermagem, ao longo de todo o ciclo de vida da mulher.

Especificamente na preparação para o parto, abordar as medidas preventivas de

disfunção do pavimento pélvico e as medidas protetoras que podem ser implementadas no 2º estadio do TP é uma forma de informar a mulher, de empoderá-la e esclarecê-la para que possa tomar decisões e efetuar escolhas conscientes e informadas.

A evidência científica comprova que o sucesso da preservação da integridade das estruturas que constituem o pavimento pélvico resulta da combinação entre medidas preventivas iniciadas no pré-natal, como por exemplo, os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico e a massagem perineal, e implementação de medidas protetoras durante assistência à mulher no 2º estadio do TP, como as referidas anteriormente.

Neste sentido, no parto, o EESMO tem um papel fundamental, informando, sugerindo e implementando medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico. A sua aplicabilidade deverá ser sempre em função de cada situação, do conforto da mulher e da sua vontade, garantindo o bem-estar materno-fetal, em busca dos melhores *outcomes* não só fetais, como maternos. Embora estejam descritos uma diversidade de fatores que podem condicionar estes *outcomes*, a evidência científica comprova as vantagens e benefícios destas medidas protetoras, nomeadamente, na preservação da integridade perineal e, conseqüentemente, na minimização do risco de desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico.

O desenvolvimento deste projeto constitui-se um verdadeiro desafio para a mestranda, não só a nível pessoal como profissional. Para além de ter sido implementado num local inicialmente desconhecido e, direcionado para populações-alvo igualmente desconhecidas, a temática exigiu da equipa EESMO reflexão e reapreciação dos seus cuidados na assistência à mulher no 2º estadio do TP, especificamente, no que respeita à proteção perineal. Neste sentido, primeiramente, foi imprescindível efetivar uma avaliação das necessidades de ambas as populações-alvo neste âmbito. Não fazia para a mestranda qualquer sentido implementar o projeto que não fosse ao encontro das necessidades das populações-alvo.

Posteriormente, com base nos conhecimentos adquiridos da revisão da literatura efetuada, procedeu-se à sensibilização da equipa EESMO para a temática. Nesta etapa, para além de partilhar conhecimentos enfatizando evidência científica atualizada, foi fulcral incentivar a partilha de experiências e de opiniões. O sucesso da implementação deste projeto esteve em grande parte relacionado com uma busca constante em envolver e motivar a equipa. Uma forma de o conseguir foi procurar a sua participação ativa na implementação de medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento

pélvico no 2º estadio do TP. Para além de constatar-se que efetivamente são medidas possíveis de ser aplicadas na sua prática diária de cuidados, permitiu identificar os seus benefícios na preservação da integridade perineal, refletindo-se nos resultados do estudo de investigação realizado.

O objetivo deste estudo foi identificar os resultados na preservação da integridade perineal, com a implementação medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP. A amostra foi constituída por 76 parturientes tendo, a sua seleção, seguido critérios de inclusão e exclusão. Os dados foram colhidos no período de Março a Junho de 2017 e resultaram da aplicação de um questionário e da consulta do processo clínico. Foi efetuada uma análise descritiva, através do *software IBM® SPSS®*, versão 22.

Os resultados relacionados com traumatismos perineais, isto é, episiotomia e ocorrência de laceração revelaram que a maior parte (48,7%) das parturientes sofreram laceração do períneo, especificamente, lacerações de grau 1 (30%) e lacerações de grau 2 (18,7%). Apenas 39,5% foram submetidas a episiotomia e, nas restantes (11,8%) não foi identificado traumatismo do períneo. A adesão na realização de episiotomia seletiva, bem como a todas as outras medidas protetoras, parece ter contribuído para os resultados obtidos. Constatou-se uma adesão crescente na implementação das medidas protetoras, uma diminuição significativa da frequência de realização de episiotomia e, a frequência de lacerações foi, maioritariamente, de grau 1, isto é, de gravidade *minor*, sem compromisso para o desenvolvimento de disfunções pélvicas. Não é possível afirmar, pela realização deste estudo, que uma medida específica apresenta maior poder protetor de preservação na integridade perineal. Futuramente, seria pertinente a realização de um estudo com vista a comparar os resultados na preservação da integridade perineal, conforme a implementação de cada uma das medidas protetoras apresentadas.

Por último, a implementação deste projeto procurou sensibilizar a mulher para as medidas preventivas e protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, na gravidez e parto, tendo sido elaborado um folheto informativo.

Este foi um projeto de intervenção com vista à melhoria da qualidade dos cuidados que, tendo cumprido o seu objetivo geral, promover a implementação de medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, ambiciona ser um contributo para uma assistência mais humanizada à mulher no 2º estadio do TP, enquadrando-se numa filosofia que perspetiva a mulher no centro dos cuidados.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A., Lukasse, M. & Reinar, L. (2012). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (review). *The Cochrane Collaboration*. 12. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.
- Ahmadi, Z., TorKzahrani, S., Roosta, F., Shakeri, N. & Mhmoodi, Z. (2017). Effect of Breathing Technique of Blowing on the Extent of Damage to the Perineum at the Moment of Delivery: A Randomized Clinical Trial. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 22 (1), 62-66. DOI: 10.4103/1735-9066.202071.
- Aiken, C., Aiken, A. & Prentice, A. (2015). Influence of the duration of the second stage of labor on the likelihood of obstetris anal sphincter injury. *Birth*. 42(1), 86-93. DOI: 10.1111/birt.12137.
- Amorim, M., Coutinho, I., Melo, I., & Katz, L. (2017). Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reproductive Health*. 14(1), 55-65. DOI: 10.1186/s12978-017-0315-4.
- Ampt, A., Vroome, M. & Ford, J. (2015). Perineal management techniques among midwives at five hospitals in New South Wales – A cross-sectional survey. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 55, 251–256. DOI: 10.1111/ajo.12330.
- Andreucci, C., Bussadori, J., Pacagnella, R., Chou, D., Filippi, V., Say, L. & Ceccatti, J. (2015). Sexual life and dysfunction after maternal morbidity: a sistematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 15, 307-320. DOI: 10.1186/s12884-015-0742-6.
- Ashton-Miller, J.A. & Delancey, J.O. (2007). Functional anatomy of the female pelvic floor. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1101, 266–296. DOI: 10.1196/annals.1389.034.
- Baba, K., Kataoka, Y., Nakayama, K., Yaju, Y., Horiuchi, S. & Eto, H. (2016). A cross-sectional survey of policies guiding second stage labor in urban Japanese hospitals, clinics and midwifery birth centers. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 16 (37). DOI 10.1186/s12884-016-0814-2.
- Baracho, S., Figueiredo, E., Silva, L., Cangussu, I., Pinto, D., Souza, E. & Filho, A. (2009). Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 9(4), 409-

414. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n4/a04v9n4.pdf>.
- Barasinski, C. & Vendittelli, F. (2016). Effect of the type of maternal pushing during the second stage of labour on obstetric and neonatal outcome: a multicentre randomised trial – the EOLE study protocol. *BMJ Open*. 6. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012290.
- Barbosa, M. & Martins, A. (2011). Avaliação: Uma prática constante no processo de ensino e aprendizagem. *Revista da Católica*. 3(5). ISSN: 2175-876X. Recuperado de: <http://catolicaonline.com.br/revistadacatolica2/artigosv3n5/artigo27.pdf>.
- Basu, M., Smith, D. & Edwards, R. (2016). Can the incidence of obstetrics anal sphincter injury be reduced?. *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology*. 202, 55-59. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2016.04.033.
- Bertozzi, S., Londero, A., Fruscalzo, A., Driul, L., Delneri, C., Calcagno, A., ... Marchesoni, D. (2011). Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum: a retrospective study. *BMC Women's Health*. 11(12). DOI: 10.1186/1472-6874-11-12.
- Bortolini, M.A., Drutz, H., Lovatsis D. & Alrab, M. (2010). Vaginal delivery and pelvic floor dysfunction: current evidence and implications for future research. *International Urogynecology Journal*. 21 (8), 1025-1030. Recuperado de EBSCOhost. DOI: 10.1007/s00192-010-1146-9.
- Boyle, R., Hay-Smith, E., Cody, J. & Mørkved, S. (2014). Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and fecal incontinence in antenatal and postnatal women: a short version Cochrane review. *Neurourol Urodyn*. 33(3), 269-76. DOI: 10.1002/nau.22402.
- Bozkurt, M., Yumru, A.E. & Sahin, L. (2015). Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*. 53 (4), 452-8. DOI: 10.1016/j.tjog.2014.08.001.
- Braga, G., Clementino, S., Luz, P., Scavuzzi, A., Neto, C. & Amorim, M. (2014). Risk factors for episiotomy: a case-control study. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 60(5), 465-472. DOI: org/10.1590/1806-9282.60.05.015.
- Bulchandani, S., Watts, E., Sucharitha, A., Yates, D. & Ismail, K. (2015). Manual perineal support at the time of childbirth: a systematic review and meta-

- analysis. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/ BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1157-1165. DOI: 10.1111/1471-0528.13431.
- Calais-Germain, B. & Parés, N.V. (2010). *Parir en movimiento*. Barcelona: La Liebre de marzo. ISBN: 978-84-92470-12-9.
- Caroci, A., Riesco, M., Leite, J., Araújo, N., Scarabotto, L. & Oliveira, S. (2014). Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. *Revista Enfermagem Uerj*. 22(3). Recuperado de: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5415/10510>.
- Carvalho, M., Araújo, T., Santos, C., Sousa, A. & Mora, M. (2014). Infecções Hospitalares em unidade de terapia intensiva neonatal: construção e validação de instrumento. *Rev Esc Enferm USP*. 49(6), 890-898. Recuperado de: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/539>.
- Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE (2012a). *Guia de Integração para Enfermeiros. Barreiro/Montijo: Direção de Enfermagem*. Barreiro/Montijo.
- Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE (2012b). *Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno. Barreiro/Montijo: Comissão de Aleitamento Materno*. Barreiro/Montijo.
- Dahlen, H., Homer, C., Cooke, M., Upton, A., Nunn, R., & Brodrick, B. (2009). 'Soothing the ring of fire': Australian women's and midwives' experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. *Midwifery*.25(2), 39-48. DOI: [10.1016/j.midw.2007.08.002](https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.08.002).
- De Lancey, J., Kearney, R., Chou, Q., Speighs, S., & Binno, S. (2003). The appearance of levator ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 101 (1), 46-53. ISSN: 0029-7844. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1226664/pdf/nihms3929.pdf>.
- Dietz, H. & Schierlitz, L. (2005). Pelvic floor trauma in childbirth– Myth or reality? *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 45(1), 3-11. DOI: 10.1111/j.1479-828X.2005.00363.x.
- Direção Geral de Saúde (2015). Trabalho de parto estacionário. Orientação nº 001/2015 de 19/01/2015. Recuperado de: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/My%20Documents/D>

ownloads/i020947%20(6).pdf.

- Drake, R., Vogl, A. & Mitchell, A. (2015). *Grey's Anatomia Clínica para Estudantes*. 3th Edição. Rio de Janeiro: Elsevier. ISBN: 978-85-352-7902-3.
- East, C. & Lau, R. (2015). Midwives' and doctors' perceptions of their preparation for and practice in managing the perineum in the second stage of labour: A cross-sectional survey. *Midwifery*. 31, 122-131. DOI: 10.1016/j.midw.2014.07.002.
- Edqvist, M., Blix, E., Hegaars, H., Olafsdottir, O., Hildingsson, I., Ingversen, M. & Lindgren, H. (2016). Perineal injuries and birth positions among 2992 women with low risk pregnancy who opted for a homebirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 16(196). DOI: [10.1186/s12884-016-0990-0](https://doi.org/10.1186/s12884-016-0990-0).
- Edqvist, M., Hildingsson, I., Mollberg, M., I. Lundgren & Lindgren, H. (2017). Midwives' Management during the Second Stage of Labor in Relation to Second-Degree Tears—An Experimental Study. *Birth*. 44(1), 86-94. DOI: 10.1111/birt.12267.
- Edqvist, M., Lindgren, H. & Lundgren, I. (2014). Midwives' lived experience of a birth where the woman suffers na obstetric anal sphincter injury – a phenomenological study. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 14(258). DOI: [10.1186/1471-2393-14-258](https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-258).
- Elvander, C., Ahlberg, M., Thies-Lagergren, L., Cnattingius, S. & Stephansson, O. (2015). Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population-based study of 113 000 spontaneous births. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 15, 252-261. DOI 10.1186/s12884-015-0689-7.
- Escola Nacional de Administração Pública (2015). *Gestão de Materiais*. Brasília. Recuperado de: <http://www.enap.gov.br/documents/52930/707328/Enap+Did%C3%A1ticos+-+Gest%C3%A3o+de+Materiais.pdf/76d26d48-37af-4b40-baf1-072a8c31236a>.
- Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (2012). Guidelines safe motherhood and newborn health committee – Management of the second stage of labor. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 119, 111-116. DOI: 10.1016/j.ijgo.2012.08.002.
- Ferrão, L. & Rodrigues, M. (2000): *Formação Pedagógica de Formadores*. Lousã: Lidel –Edições Técnicas.
- Ferreira, V. (2014). Um percurso em análise retrospectiva: Os esforços expulsivos

- maternos – Quando e como puxar?. (Tese de Mestrado publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Recuperado de: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9471/1/Um%20Percurso%20em%20An%C3%A1lise%20Retrospectiva%20os%20esfor%C3%A7os%20expulsivos%20maternos%20-%20quando%20e%20como%20puxar.pdf>.
- Fitzgerald, M. & Graziano, S. (2007). Anatomic and functional changes of the lower urinary tract during pregnancy. *The Urologic Clinics of North America*. 34(1), 7-12. DOI: [10.1016/j.ucl.2006.10.007](https://doi.org/10.1016/j.ucl.2006.10.007)
- Fodstad, K., Staff, A. & Laine, K. (2016). Episiotomy preferences, indication, and classification – a survey among Nordic doctors. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 95(5), 587-95. DOI: [10.1111/aogs.12856](https://doi.org/10.1111/aogs.12856).
- Fortin, M.F., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Freeman, RM. (2013). Can we prevent childbirth-related pelvic floor dysfunction? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 120, 137-140. DOI: [10.1111/1471-0528.12092](https://doi.org/10.1111/1471-0528.12092).
- Fretheim, A., Tanbo, T., Vangen, S., Reinar, L. & Rottingen, JA. (2011). Use of manual techniques for perineal support in Norwegian maternity departments. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 131(23), 2352-4. DOI: [10.4045/tidsskr.11.0643](https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.0643).
- Frye, A. (2010). *Healing Passage – A Midwife`s Guide to the Care and Repair of the Tissues Involved in Birth*. 6th Edição. Portland, Oregon: Labrys Press. ISBN: 978-1-891145-58-2.
- Gyhagen, M., Bullarbo, M., Nielsen, T., Milsom, I. (2013). Prevalence and risk factors for pelvic organ prolaps 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOGAnInternationalJournalofObstetricsandGynaecology*. 152-160. DOI: [10.1111/1471-0528.12020](https://doi.org/10.1111/1471-0528.12020).
- Hamilton, C. (2016). Using the Valsalva technique during the second stage of labour. *Br J Midwifery* 24(2), 90-94. DOI: [10.12968/bjom.2016.24.2.90](https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.2.90).
- Handa, V., Blomquist, J., Knoepp, L., Hoskey, K., McDermott, K. & Munoz, A. (2011). Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or cesarean childbirth. *Obstet Gynecol*. 118(4), 777-84. DOI: [10.1097/AOG.0b013e3182267f2f](https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182267f2f).
- Hauck, Y., Lewis, L., Nathan, E., White, C. & Doherty, D. (2015). Risk factors for

- severe perineal trauma during vaginal childbirth: a Western Australian retrospective cohort study. *Women and Birth*. 28, 16-20. DOI: 10.1016/j.wombi.2014.10.007.
- Hensrud, D. (2000). Clinical Preventive Medicine in Primary Care: Background and Practice: 1. Rationale and Current Preventive Practices. *Mayo Clin Proc*. 75, 165-172. Recuperado de: [http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(11\)64189-X/pdf](http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(11)64189-X/pdf).
- Hilde, G. & Bo, K. (2015). The pelvic floor during pregnancy and after childbirth, and the effect of pelvic floor muscle training on urinary incontinence: a literature review. *Current Women's Health Reviews*. 11, 19-30. DOI: 10.2174/157340481101150914201055.
- Hildingsson, I., Hegaard, H., Huitfeldt, A., Ingversen, K., Olafsdottir, O. & Lindgren, H. (2015). How long is a normal labor? Contemporary Patterns of labor and birth in a low-risk sample of 1612 women from four nordic countries. *Birth*. 42(4), 346-353. DOI: [10.1111/birt.12191](https://doi.org/10.1111/birt.12191).
- Hornemann, A., Kamischke, A., Luedders, D., Beyer, D., Diedrich, K. & Bohlmann, M. (2010). Advanced age is a risk factor for higher grade perineal lacerations during delivery in nulliparous women. *Arch Gynecol Obstet*. 281, 59–64. DOI: 10.1007/s00404-009-1063-7.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011: Resultados definitivos – Portugal*. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística, I. P. Acedido a 17/06/2017, recuperado de: <http://www.censos.ine.pt>.
- International Confederation of Midwives (2013). *Essential Competences for Basic Midwifery Practice*. Recuperado de: <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>.
- International Council of Nurses (2007). *Ambientes Favoráveis à Prática Clínica: Condições no Trabalho = Cuidados de Qualidade*. Genebra. Recuperado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf.
- Jacobson, P. & Turner, L. (2008). Management of the Second Stage of Labor in Women with Epidural Analgesia. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 53(1), 82-85. DOI: 10.1016/j.jmwh.2006.08.013.

- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G. & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2. DOI: 10.1002/14651858.
- Joanna Briggs Institute (2011). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. University of Adelaide. Australia. Recuperado de: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2011.pdf>.
- Jonge, A., Diem, M., Scheepers, P., Buitendijk, S. & Lagro-Janssen, A. (2010). Risk of perineal damage is not a reason to discourage a sitting birthing position: a secondary analysis. *The International Journal of Clinical Practice*. 64(5), 611-618. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2009.02316.x.
- Junqueira, S., Oliveira, S. & Miquilini, E. (2005). Frequência e critérios para indicar episiotomia. *Rev. Esc. Enferm.* 39(3). DOI: org/10.1590/S0080-62342005000300006.
- Karaçam, Z., Ekmen, H., Cahsir, H. & Seker, S. (2013). Prevalence of episiotomy in primíparas, related conditions, and effects of episiotmy on suture materials used, perineal pain, wound healing 3 weeks postpartum, in Turkey: A prospective follow-up study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 18(3), 237-45. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748545/>.
- Kettle, C. & Tohill, S. (2010). *Clinical Evidence – Perineal Care*. Recuperado de: <http://clinicalevidence.bmj.com/x/pdf/clinical-evidence/en-gb/systematic-review/1401.pdf>.
- King, T. & Pinger, W. (2014). Evidence-Based Practice for Intrapartum Care: The pearls of midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 59(6), 572-585. DOI: 10.1111/jmwh.12261.
- Lane, L., Chung, C., Yandell, P., Kuehl, T. & Larsen, W. (2017). Perineal bodt legth and perineal lacerations during delivery in primigravid patients. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 30(2), 151–153. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5349809/pdf/bumc0030-0151.pdf>.
- Leanza, V., Stefania, V., Leanza, G. & Pafumi, C. (2011). Delivery mode and pelvic floor disfunction. *J Cell Sci Ther*. 2(4). DOI: 10.4172/2157-7013.1000111.
- Leeman, L., Fullilove, A., Borders, N., Manocchio, R., Albers, L. & Rogers, R. (2009). Postpartum Perineal Pain in a low episiotomy setting: association with severity

- of genital trauma, labor care, and birth variables. *Birth*. 36(4), 283-288. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2009.00355.x.
- Leeman, L., Rogers, R., Borders, N., Teaf, D. & Qualls, C. (2016). The effect of perineal lacerations on pelvic floor function and anatomy at 6 months postpartum in a prospective cohort of nulliparous women. *Birth*. 43(4), 293-302. DOI: 10.1111/birt.12258.
- Leenskjold, S., Høj, L. & Pirhonen, J. (2015). Manual protection of the perineum reduces the risk of obstetric anal sphincter ruptures. *Dan Med J*. 62 (5). Recuperado de: http://www.danmedj.dk/portal/page/portal/danmedj.dk/dmj_forside/PAST_ISSUE/2015/DMJ_2015_05/A5075
- Lemos, A., Amorim, M., Dornelas, A., de Souza, A., Cabral, J. & Correia, J. (2015). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour (review). DOI: 10.1002/14651858.CD009124.pub2.
- Lien, K., Mooney, B., DeLancey, J. & Ashton-Miller, J. (2004). Levator ani muscle stretch induced by simulated vaginal birth. *Obstet Gynecol*. 103 (1), 31-40. Doi:[10.1097/01.AOG.0000109207.22354.65](https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000109207.22354.65).
- Lindberg, I., Mella, E. & Johansson, J. (2013). Midwives' experiences os sphincter tears. *British Journal of Midwifery*. 21(1), 7-14. DOI: [10.12968/bjom.2013.21.1.7](https://doi.org/10.12968/bjom.2013.21.1.7).
- Lindgren, H., Brink, A. & Klinberg-Allvin, M. (2011). Fear causes tears – Perineal injuries in home birth settings. A swedish interview study. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 11(6). DOI: [10.1186/1471-2393-11-6](https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-6).
- Lorenzo-Pliego, M. & Villanueva-Egan, L. (2013). Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinárias. *Rev Conamed*. 18(3), 111-116. ISSN: 1405-6704.
- Mannella, P., Palla, G. Bellini, M. & Simoncini, T. (2013). The female pelvic floor through midlife and aging. *Maturitas*. 76 (3), 230-4. DOI: 10.1016/j.maturitas.2013.08.008.
- Manzanares, S., Cobo, D., Moreno-Martinez, M., Sánchez-Gila, M. & Pineda, A. (2013). Risk of episiotomy and perineal lacerations recurring after first delivery. *Birth*. 40(4), 307-311. DOI: 10.1111/birt.12077.
- Marinho, B. (2012). Práticas de Gestão de Recursos Humanos e Satisfação Profissional: Estudo de Caso numa Organização do Sector das Novas Tecnologias. (Tese de

- Mestrado publicada). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Recuperado de: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7802/1/ulfpie043037_tm.pdf.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6. Ed.). Pêro Pinheiro: Report Number. ISBN: 978-989-96763-4-3.
- Marshall, K., Walsh, D. & Baxter, G. (2002). The effect of a first vaginal delivery on the integrity of the pelvic floor musculature. *Clinical Rehabilitation*. 16(7), 795-799. DOI: 10.1191/0269215502cr556oa.
- Martins, G., Soler, Z., Cordeiro, J., Amaro, J. & Moore, K. (2010). Prevalence and risk factors for urinary incontinence in healthy pregnant Brazilian women. *Int Urogynecol J*. 21(10), 1271-7. DOI: 10.1007/s00192-010-1185-2.
- Mascarenhas, A. (2012). Parto Vaginal e Disfunções do Pavimento Pélvico – Novas Perspectivas. (Tese de Mestrado publicada). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Recuperado de [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/My%20Documents/Downloads/1.Monografia%20\(7\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/My%20Documents/Downloads/1.Monografia%20(7).pdf).
- Memon, H.U. & Handa, V.L. (2013). Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. *Womens Health*. 9 (3), 265-77. DOI: 10.2217/whe.13.17.
- Meriwether, K., Rogers, R., Dunivan, G., Alldredge, J., Qualls, C., Migliaccio, L. & Leeman, L. (2016). Perineal body stretch during labor not predict perineal laceration, postpartum incontinence, or postpartum sexual function: a cohort study. *Int. Urogynecol J*. 27, 1193-1200. DOI: 10.1007/s00192-016-2959-y.
- Milsom, I. (2015). Can we predict and prevent pelvic floor dysfunction? *Int Urogynecol J*. 26, 1719-1723. DOI: 10.1007/s00192-015-2868-5.
- Moore, E. & Moorhead, C. (2013). Promoting normality in the management of the perineum during the second stage of labour. *British Journal of Midwifery*. 21(9), 616-620. DOI: 10.12968/bjom.2013.21.9.616.
- Naidu, M., Sultan, A. & Thakar, R. (2017). Reducing obstetric anal sphincter injuries using perineal support: our preliminary experience. *Int Urogynecol J*. 28,381–389. DOI 10.1007/s00192-016-3176-4.
- Nascimento, A. & Menandro, P. (2006). Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2, 72-88. Recuperado de: <http://www.revispsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a07.pdf>.

- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentocompetencias_comuns_enfermeiro.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada*. Lisboa: OE & APEO. Recuperado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro_Partto_Normal.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Projecto Maternidade com Qualidade*. Recuperado de: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o Cálculo das Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Recuperado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf.
- Organização Mundial de Saúde. (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Número de referência who/frh/msm 96.24. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
- Osborne, K. & Hanson, L. (2011). Directive Versus Supportive Approaches Used by Midwives When Providing Care During the Second Stage of Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 57(1), 3-11. DOI: 10.1111/j.1542-2011.00074.x.
- Ott, J., Gritsh, E., Pils, S., Kratschmar, S., Promberger, R., Seemann, R.... Hauser-Auzinger, C. (2015). A retrospective study on perineal lacerations in vaginal delivery and the individual performance of experienced midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 15, 270-275. DOI: 10.1186/s1288-015-0703-0.
- Petrocnik, P. & Marshall, J. (2015). Hands-poised technique: The future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic

- literature review. *Midwifery*. 31, 274-279. DOI.org/10.1016/j.midw.2014.10.004.
- PORDATA (2015) – Base de Dados Portugal Contemporâneo. Recuperado de: <http://www.pordata.pt>.
- Portugal (2006). Despacho nº 7495/2006. Diário da República 2º série, nº 67 de 4 de Abril, 5037-5039.
- Prager, M., Andersson, K., Stephansson, O., Marchionni, M. & Marions, L. (2008). The incidence of obstetric anal sphincter rupture in primiparous women: a comparison between two European delivery settings. *Acta Obstetricia et Gynecologica*. 87, 209-215. DOI: 10.1080/00016340701832661.
- Priddis, H., Schmied, V. & Dahlen, H. (2014). Women`s experiences following severe perineal trauma: a qualitative study. *BMC Women`s Health*. 14, 32-50. DOI: 10.1186/1472-6874-14-32.
- Prins, M., Boxem, J. & Hutton, E. (2011). Effect of spontaneous pushing versus valsava pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials. *BJOG*. 118(6), 662-70. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2011.02910.x.
- Progianti, J., Porfírio, A., Vargens, O. & Lorenzoni, D. (2006). A preservação perineal como prática de enfermeiras obstétricas. *Esc Anna Nery R Enferm*. 10 (2), 266-72. DOI: 10.1590/S1414-81452006000200014.
- Queensland Clinical Guidelines (2017). *Perineal Care*. Recuperado de: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0022/142384/g_pericare.pdf.
- Raisanen, S., Vehvilainen-Julkunen, K. & Heinonen, S. (2010). Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery*. 26, 348-356. DOI: 10.1016/j.midw.2008.07.007.
- Riesco, M., Caroci, A., Oliveira, S. & Lopes, M. (2010). Avaliação da força muscular perineal durante a gestação e pós-parto: correlação entre perineometria e palpação digital vaginal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 18(6). Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_14.pdf.
- Rikard-Bell, J, Iyer, J. & Rane, A. (2014). Perineal outcome and the risk of pelvic floor dysfunction: a cohort study of primiparous women. *ANZJOG*. 54, 371-276. DOI: 10.1111/ajo.1222.

- Roberts, J., González, C. & Sampsel, C. (2007). Why do supportive birth attendants become directive of maternal bearing-down efforts in second-stage labor? *J Midwifery Womens Health*. 52(2), 134-41. DOI: [10.1016/j.jmwh.2006.11.005](https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.11.005).
- Rogers, R., Leeman, L., Borders, N., Qualls, C., Fullilove, A., Teaf, D., ... Albers, L. (2014). Contribution of the second stage of labour to pelvic floor dysfunction: a prospective cohort comparison of nulliparous women. *BJOG*. 121, 1145-1154. DOI: 10.1111/1471-0528.12571.
- Roldão, M. (2003). *Gestão de Currículo e Avaliação de Competência*. Lisboa: Editorial Presença.
- Rosa-Várez, Z., Rivas-Castillo, M., Sánchez, M. (2013). Maniobras de protección perineal: manejo expectante frente a manejo activo. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 14(1), 19-23. Recuperado de: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/My%20Documents/Downloads/revision-maniobras-14-1%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/My%20Documents/Downloads/revision-maniobras-14-1%20(1).pdf).
- Royal Colledge of Midwives (2012a). *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour – Care of the Perineum*. Recuperado de: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Care%20of%20the%20Perineum.pdf>.
- Royal Colledge of Midwives (2012b). *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour – Suturing the Perineum*. Recuperado de: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Suturing%20the%20Perineum.pdf>.
- Royal Colledge of Obstetricians & Gynaecologists (2015). *The management of third and fourth degree perineal tears*. Recuperado de: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>.
- Royal Colledge of Obstetricians & Gynaecologists (2016). Prevention and Management of Obstetric Laceration at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol*. 128(1), e1-e15. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001523.
- Santos, R. (2017). Implementação de evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo longitudinal. *Enferm. Foco*. 8(1), 27-31. Recuperado de: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/My%20Documents/Downloads/880-3164-1-PB.PDF>
- Sartore, A., Seta, F., Maso, G., Ricci, G., Alberico, S., Borelli, M. & Guaschino, S. (2012). The effects of uterine fundal pressure (*Kristeller* maneuver) on pelvic

- floor function after vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet.* 286, 1135-1139. DOI 10.1007/s00404-012-2444-x.
- Seijmonsbergen-Schermer, A., Geerts, C., Prins, M., Diem, M., Klomp, T., Lagro-Janssen, A. & Jonge, A. (2013). The use of episiotomy in a low-risk population in The Netherlands: A secondary Analysis. *Birth.* 40(4), 247-55. DOI: 10.1111/birt.12060.
- Serati, M., Rizk, D. & Salvatore, S. (2015). Vaginal birth and pelvic floor dysfunction revisited: Can cesarean delivery be protective? *Int Urogynecol J.* 27, 1-2. DOI: 10.1007/s0019-015-2899-y.
- Shi, M., Shang, S., Xie, B., Wang, J., Hu, B., Sun, X., ... Hong, N. (2016). MRI changes of pelvic floor and pubic bone observed in primiparous women after childbirth by normal vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet.* 294, 285-289. DOI: 10.1007/s00404-016-4023-z.
- Silva, F., Oliveira, S., Bick, D., Osava, R., Tuesta, E. & Riesco, M. (2012). Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in birth centre. *Journal of Clinical Nursing.* 21, 2209-2218. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04133.x.
- Silva, N., Oliveira, S., Silva, F. & Santos, J. (2013). Dispareunia, dor perineal e cicatrização após episiotomia. *Rev. Enferm.* 21(2), 216-220. Recuperado de: <http://www.facenf.uerj.br/v21n2/v21n2a13.pdf>.
- Smith, L., Price, N., Simonite, V. & Burns, E. (2013). Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy & Childbirth.* 13(59). DOI: [10.1186/1471-2393-13-59](https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-59).
- Sprague, A., Oppenheimer, L., McCabe, L., Brownlee, J. Graham, I. & Davies, B. (2006). The Ottawa Hospital's Clinical Practice Guideline for the second stage of labour. *Journal Obstetrics and Gynaecology Canada.* 28(9), 769-779. DOI: [10.1016/S1701-2163\(16\)32257-5](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)32257-5).
- Stedenfeldt, M., Pirhonen, J., Blix, E., Wilsgaard, T., Vonen, B. & Oian, P. (2014). Anal incontinence, urinary incontinence and sexual problems in primiparous women – a comparison between women with episiotomy only and women with episiotomy and obstetric anal sphincter injury. *BMC Women's Health.* 14, 157. DOI: 10.1186/s12905-014-0157-y.
- Streiner, D. (2003). Being Inconsistent About Consistency: When Coefficient Alpha

- Does and Doesn't Matter. *Journal of Personality Assessment*. 80(3), 217–222. DOI: 10.1207/S15327752JPA8003_01.
- Takehara, M., Misago, C. & Matsui, M. (2015). Prevalence of perineal lacerations in women giving birth at midwife-led birth centers in Japan: a retrospective descriptive study. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 60(4), 419-427. DOI: 10.1111/jmwh.12324.
- Terré, C., Beneit, J., Gol, R., Garriga, N., Salgado, I. & Ferrer, A. (2014). Aplicación de termoterapia en el periné para reducir el dolor perineal durante el parto: ensayo clínico aleatorizado. *Matronas Profesion*. 15(4), 122-129. ISSN: 1578-0740.
- Torrise, G., Minini, G., Bernasconi, F., Perrone, A., Trezza, G., Guardabasso, V. & Ettore, G. (2011). A prospective study of pelvic floor dysfunction related to delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 160, 110-115. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2011.10.010.
- Trinh, A., Roberts, C. & Ampt, A. (2015). Knowledge, attitude and experience of episiotomy use among obstetricians and midwives in Viet Nam. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 15(101). DOI: 10.1186/s12884-015-0531-2
- Verghese, T., Champaneria, R., Kapoor, D. & Latthe, P. (2016). Obstetrics anal sphincter injuries after episiotomy: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 27, 1459-1467. DOI: 10.1007/s00192-016-2956-1.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. 1ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN: 978-972-618-557-4.
- Volloyhaug, I., Morkved, S., Salvesen, O. & Salvesen, K.A. (2015). Pelvic organ prolapse and incontinence 15-23 years after first delivery: a cross-sectional study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 122 (7), 964-71. Recuperado de EBSCOhost. DOI: 10.1111/1471-0528.13322.
- Walker, C., Rodríguez, T., Herranz, A., Espinosa J, Sánchez, E. & Espuña-Pons, M. (2012). Alternative model of birth to reduce the risk of assisted vaginal delivery and perineal trauma. *Int Urogynecol J*. 23, 1249–1256. DOI: 10.1007/s00192-012-1675-5.
- Wang, H., Jayasekara, R. & Warland, J. (2015). The effect of “hands on” techniques on obstetric perineal laceration: A structured review of the literature. *Women Birth*. 28 (3), 194-8. DOI:10.1016/j.wombi.2015.02.006.
- Wilson, D., Dornan, J., Milsom, I. & Freeman, R. (2014). UR-CHOICE: can we provide

mother-to-be with information about the risk of future pelvic floor dysfunction?.*Int Urogynecol J.* 25, 1449-1452. DOI: 10.1007/s00192-014-2376-z.

Zhang, H., Huang, S., Guo, X., Zhao, N., Lu, Y., Chen, M., ... Cai, W. (2012). A randomised controlled trial in comparing maternal and neonatal *outcomes* between hands-and-Knees delivery position and supine position in China. *Midwifery.* 50, 117-124. DOI: 10.1016/j.midw.2017.03.022.

APÊNDICES

Apêndice A: Proposta de Projeto do Estágio Final

 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado	MODELO T-005
	PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	Ano Letivo: 2016 / 2017
[[IMPRIMIR EM FRENTE E VERSO]]	1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA	
	<input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Não aprovado	
	Fundamentação da não aprovação (Esta fundamentação será utilizada para notificação ao estudante):	
	Data: _____ Assinatura: _____	
	2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido antes da entrega do projeto nos SAC)	
	Nada a opor. Data: 28/12/2016 Assinatura: M. O. Bangão	
3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE		
Nome Completo: <u>Carina Gomes de Sousa</u>		
Curso: <u>Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia</u>		
Especialidade: <u>Saúde Materna e Obstetrícia</u> Número: <u>37131</u>		
Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado		
4. CONTACTOS DO ESTUDANTE		
Telef.: <u>963289763</u> E-mail: <u>carinadsousa@gmail.com</u>		
5. PROPOSTA		
<input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso		
<input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto		
Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)		
<input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.		
6. TÍTULO DO TRABALHO		
Título em Português: <u>Medidas Protetoras de Traumatismo e Disfunção do Pavimento Pélvico no 2º Estadio do Trabalho de Parto.</u>		
Título em Inglês: <u>Protective Measures of Trauma and Dysfunction of the Pelvic Floor in the 2nd Stage of Labor.</u>		

<p>7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)</p> <p>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO</p> <p><input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados, obras ou realizações artísticas com explicação escrita <input type="checkbox"/> Outros produtos da investigação realizada com memória justificativa e descritiva</p> <p>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</p> <p><input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto</p>	<p>8. LÍNGUA DE REDAÇÃO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____</p>			
<p>9. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração de aceitação)</p> <p>Nome: <u>Prof.ª Doutora Maria Otilia Brites Zangão</u></p> <p>Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u></p> <p>Telef.: <u>266730300 / 963543933</u> E-mail: <u>otilizaz@uevora.pt</u></p> <p>Nome: _____</p> <p>Universidade/Instituição: _____</p> <p>Telef.: _____ E-mail: _____</p>				
<p>10. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE</p> <p>Área Disciplinar do Trabalho: <u>Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria</u></p> <p>Palavras-chave (5 palavras): <u>Parto Normal; Enfermeiras Obstétricas; Trabalho de Parto; Asoalho Pélvico</u></p>				
<p>11. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA</p> <p><u>Alterações pavimento pélvico no 2ºestadio do trabalho de parto/Assistência do Enf.Obst no 2ºestadio trabalho de parto/Relação entre posição da mulher, respiração, esforços expulsivos, manipulação perineo, aplicação de calor/frio e atitude passiva do Enf Obstetra na prevenção do traumatismo e disfunções pavimento pelvico.</u></p>				
<p>12. RESUMO</p> <p><i>Em anexo.</i></p>				
<p>13. PLANO E CRONOGRAMA</p> <p><i>Em anexo.</i></p>				
<p>14. JUSTIFICAÇÃO DA ALTERAÇÃO PROPOSTA (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)</p> <p>_____</p>				
<p>15. DOCUMENTOS ANEXOS</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Plano de Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input checked="" type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento (Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipe de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo) <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>Requerimento de Pedido de Parecer</u></p>	<p>16. DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO ESTUDANTE</p> <p>Nos termos do Regulamento conducente ao Grau de Doutor ou Grau de Mestre em vigor (de acordo com o meu ciclo de estudos), entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora. Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, entregando projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP.</p> <p>Data: <u>28/12/2016</u> Assinatura: <u>Carina de Sousa</u></p>			
<p>17. RESERVADO AOS SERVIÇOS</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="300 1816 651 1930">Receção (Data e Assinatura)</td> <td data-bbox="651 1816 1034 1930">Registo (Data e Assinatura)</td> <td data-bbox="1034 1816 1401 1930">Observações:</td> </tr> </table>		Receção (Data e Assinatura)	Registo (Data e Assinatura)	Observações:
Receção (Data e Assinatura)	Registo (Data e Assinatura)	Observações:		

12. Resumo

O parto vaginal, a passagem do feto através do canal vaginal e/ou os esforços expulsivos maternos, são duas das causas da distensão do pavimento pélvico com eventual traumatismo e disfunções do mesmo. As suas consequências passam por alterações funcionais ou anatómicas dos músculos, nervos e/ou do tecido conjuntivo. Na maioria das vezes, estas lesões são subclínicas, no entanto, algumas mulheres desenvolvem consequências a longo prazo (Handa, Harris&Ostergard, 1996). A curto prazo destacam-se a dor perineal no puerpério, por vezes, difícil de gerir pela mulher, dificultando a sua autonomia na prestação de cuidados ao recém-nascido e, conseqüentemente, comprometendo todo o processo de transição para a parentalidade. Neste sentido, a assistência do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) no Bloco de Partos (BP) assume uma importância fundamental, nomeadamente, a forma como “conduz” o trabalho de parto e, especificamente, o 2º estadio do Trabalho de Parto (TP). De acordo com Mascarenhas (2006) e Maglinte, Kelvin, Fitzgerald, Hale&Benson (1999) as principais consequências da distensão dos músculos do pavimento pélvico são a incontinência urinária, incontinência anal, prolapso dos órgãos pélvicos e, a disfunção sexual. O impacto na qualidade de vida das mulheres com disfunção do pavimento pélvico é um problema de saúde interferindo, nomeadamente, no seu bem-estar individual, relacionamentos sociais e sexuais ou mesmo, nas actividades da vida diária (Fritel, Varnoux, Zins, Breart&Ringa, 2009; Handa, Zyczynski, Burgio, Fitzgerald, Borello-France, Janz, Fine, Whitehead, Brown & Weber, 2007)

A assistência ao parto tem sofrido modificações significativas nos últimos anos. A evolução tecnológica permitiu alcançar excelentes resultados perinatais ao nível do Plano Nacional de Saúde materna, neonatal e infantil, no entanto, a Ordem dos Enfermeiros (OE) alerta que prosperou uma assistência no parto intervencionista e rotineira, independentemente do nível de risco obstétrico (OE, 2012) com consequências, nomeadamente no aumento do risco do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico.

Uma forma de minimizar as lesões do pavimento pélvico, segundo Handa, Harris&Ostergard (1996) é a diminuição dos partos instrumentalizados, episiotomias e, permitir uma descida passiva no 2º estadio do TP, respeitando assim o parto normal, como um processo fisiológico. Apesar de ser uma temática debatida desde há 20 anos por diferentes organizações, internacionais e nacionais, governamentais e não governamentais, com vantagens e benefícios, baseados em evidência científica, com *outcomes* maternos e neonatais positivos, nomeadamente na prevenção do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico, parece haver uma tendência persistente em fazer-se um uso inadequado/desnecessário dos recursos tecnológicos. Em 2012 OE ratificou um documento de Consenso intitulado “Pelo Direito ao Parto Normal – Uma visão partilhada”. A assistência na gravidez e no parto pressupõe que o nascimento é um processo fisiológico, no qual só se deverá intervir para corrigir desvios da normalidade e, que os profissionais de saúde que nela participam são o garante de um ambiente de confiança, segurança e privacidade, que respeita o direito à informação e decisão esclarecida, à individualidade, dignidade e confidencialidade das mulheres. Os princípios que defendem o parto normal visam promover a saúde e bem-estar da mulher/casal e recém-nascido durante a gravidez, o parto e a amamentação (OE, 2012). Este documento de consenso tem por base as boas práticas para assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento, emanadas pela OMS, em 1996, das quais resultaram uma série de recomendações. Da leitura destas recomendações destacam-se, claramente, diferentes medidas que visam a prevenção do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico. Com vista à melhoria das práticas na assistência ao parto normal a OE (2013) está a desenvolver desde 2013 o “Projecto Maternidade com Qualidade” com o objectivo de influenciar os indicadores da prática clínica, nomeadamente a redução do número de cesarianas em pelo menos 2%. Foi definido como indicador de evidência e de medida do projecto, entre outros, a episiotomia/a utilização na prática clínica, sendo a episiotomia um traumatismo do períneo, músculo que integra o pavimento pélvico.

Segundo OE (2010, p. 5) “cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina” é uma das competências específicas do EESMO. É urgente que o EESMO mude a sua prática na assistência ao parto, respeitando a fisiologia do parto com vista a reduzir problemas, tais como o traumatismo e disfunções do pavimento pélvico, promovendo uma contínua qualidade de vida das mulheres, nos relacionamentos sociais e sexuais ou mesmo, nas suas actividades da vida diária. Para além disso, pretende-se ainda reduzir o medo, o sentimento de angústia e, conseqüentemente, proporcionar maiores níveis de satisfação e uma vivência do trabalho de parto e parto saudável, consciente e informada. Um parto minimamente interventivo, quanto necessário, que tire, simultaneamente, partido dos benefícios dos avanços tecnológicos. O meu interesse na abordagem da problemática do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico e a implementação pelo EESMO de medidas preventivas, no 2º estadio do TP, relaciona-se com o facto de ser uma área de intervenção autónoma do EESMO e, de nos últimos anos, na minha prática de cuidados, no BP do Hospital Garcia de Orta (HGO) local onde exerço funções, termos vindo a implementar algumas das medidas recomendadas pela OMS para o parto normal com vista, nomeadamente à diminuição de situações de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico ou, pelo menos à diminuição da sua gravidade. A minha experiência leva-me a pensar que, efectivamente, a implementação de medidas preventivas do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico em contexto hospitalar é possível e que deve ser um cuidado do EESMO. No entanto muito ainda há a fazer com vista a alcançarmos níveis de excelência neste âmbito. Na sequência do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus e enquanto EESMO com funções no BP do HGO proponho a realização de um estudo inerente à temática: Prevenção do Traumatismo e Disfunções do Pavimento Pélvico, uma estratégia de promoção de boas práticas na assistência à mulher em trabalho de parto e parto, com base nas recomendações da OMS para o parto normal. Conseqüentemente pretendo desenvolver e implementar o Projecto de intervenção: Intervenções do EESMO durante o 2º estadio de TP na Prevenção do Traumatismo e Disfunções do Pavimento Pélvico, aguardando-se avaliação do mesmo pela Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem-Estar da UE.

Medidas Protetoras de Traumatismos e Disfunção do Pavimento Pélvico no 2º Estádio do Trabalho de Parto - Relatório Final

1 3	Plano e Cronograma										
Plano de Actividades – Preparação do Projecto											
Actividades de Preparação do Projecto		Recursos									
-Reuniões com a Enf. Coordenadora do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) do Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM), EPE -Reuniões com o orientador pedagógico do Projecto -Definição dos objectivos do projecto -Elaboração escrita do projecto -Entrega do impresso de proposta de projecto e do formulário de avaliação de projecto pela Comissão de Ética, nos Serviços Académicos da Universidade de Évora		Recursos Físicos: Salas de reunião dos diferentes serviços/departamentos das Instituições. Recursos Materiais: Computador e impressora. Recursos Humanos: Enfermeira Coordenadora e Orientador Pedagógico Recursos Temporais: Cronograma de actividades.									
Plano de Actividades – Implementação do Projecto											
Nota: Consideraram-se medidas protetoras do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico no 2º estágio do TP: as posições verticalizadas, os esforços expulsivos espontâneos, a técnica de suporte perineal ("hands-off"/"hands-on"), a episiotomia seletiva, a não realização da manobra de Kristler e, a aplicação de calor.											
Objectivo Geral: Promover a implementação de medidas protetoras do traumatismo e disfunção do pavimento pélvico, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o segundo estágio do trabalho de parto.											
Objectivo Específico I: Avaliar os cuidados prestados, pela equipa EESMO do CHBM, EPE na implementação de medidas protetoras do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o 2º estágio do TP.											
Actividades Planeadas		Resultados Esperados		Recursos							
-Elaboração de um questionário; - Aplicação do questionário à equipa EESMO do SUOG do CHBM, EPE. - Divulgação dos resultados obtidos.		-Identificar as práticas do EESMO na implementação de medidas protetoras do traumatismo e disfunção do pavimento pélvico, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o 2º estágio do TP. -Identificar as dificuldades (limitações/fatores inibidores) na implementação dessas medidas.		-Recursos Materiais, Físicos e Humanos: Computador, impressora e internet, Questionários, Docente Orientadora Equipa EESMO -Recursos Temporais: Ver cronograma							
Objectivo Específico II: Sensibilizar a equipa EESMO do CHBM, EPE para o impacto do parto vaginal no desenvolvimento de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico e para as medidas protetoras no 2º estágio do TP.											
Actividades Planeadas		Resultados Esperados		Recursos							
-Revisão da literatura/pesquisa de evidência científica sobre a temática. -Realização de uma sessão de formação à equipa EESMO do SUOG do CHBM, EPE.		-Melhorar os conhecimentos, com base em evidência científica atualizada, sobre pavimento pélvico e prevenção do desenvolvimento de disfunções/diminuição do risco de traumatismo perineal no parto, através de medidas protetoras no 2º estágio do TP. -Destacar as competências do EESMO no cuidar a mulher/grávida/puérpera com vista à prevenção de disfunções do pavimento pélvico, nomeadamente, na implementação de medidas protetoras do traumatismo perineal no 2º estágio do TP. -Promover momentos de discussão e partilha de ideias/experiências entre os profissionais.		-Recursos Materiais, Físicos e Humanos: Sala de formação Projector Computador Impressora Literatura Docente Orientador Equipa Multidisciplinar -Recursos Temporais: Ver cronograma							
Objectivo Específico III: Identificar os resultados na preservação da integridade perineal obtidos com a implementação de medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, pela equipa EESMO do CHBM, EPE, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o 2º estágio do TP;											
Actividades Planeadas		Resultados Esperados		Recursos							
-Realização de um estudo de investigação não-experimental, quantitativo e descritivo. -Elaboração de uma matriz para registo de dados/intervenções. - Avaliação do tónus muscular do períneo antes e até 48h após o parto através de um perineómetro.		-Apresentar resultados que comprovem os benefícios das medidas protetoras do traumatismo e disfunção do pavimento pélvico na preservação da integridade perineal. - Avaliar se existem alterações no tónus muscular perineal antes e após o parto. - Destacar as competências do EESMO no cuidar a mulher no 2º estágio de TP, nomeadamente, com vista à proteção do traumatismo e disfunção do pavimento pélvico.		-Recursos Materiais, Físicos e Humanos: Computador Impressora, <i>Software IBM® SPSS® Statistic</i> Questionário, Matriz Docente Orientadora EESMO's Processos clínicos -Recursos Temporais: Ver cronograma							
Objectivo Específico IV: Sensibilizar a mulher para as medidas preventivas e protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, na gravidez e parto											
Actividades Planeadas		Resultados Esperados		Recursos							
-Realização de um folheto informativo		- Informar a mulher sobre os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico. - Divulgar a relação positiva entre um pavimento pélvico fortalecido e a diminuição do risco de traumatismo perineal no parto e, na prevenção do desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico de uma forma geral. - Alertar a mulher para as disfunções do pavimento pélvico como problema de saúde pública com impacto na qualidade de vida. - Informar sobre as medidas protetoras de traumatismo no parto		-Recursos Materiais, Físicos e Humanos: Mulheres Internet Computador Impressora Docente orientadora -Recursos Temporais: Ver cronograma							
Cronograma de Actividades											
Acções	Mês										
	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai o	Junho	Julh o	Agosto	Set
Realização de reuniões											
Elaboração do Projecto											
Preparação dos instrumentos de colheita de dados											
Diagnóstico da problemática											
Realização das actividades planeadas											
Elaboração do Relatório Final											
Pesquisa Bibliográfica											

Medidas Protetoras de Traumatismos e Disfunção do Pavimento Pélvico no 2º Estadio do Trabalho de Parto - Relatório Final

Referências Bibliográficas:

- Fritel, X; Varnoux, N; Zins, M; Breart, G & Ringa, V. (2009). Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors. *Obstetrics&Gynecology*, 113(3), 609-616. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2850374/>
- Frye, A. (2010). *Healing Passage - A Midwife's Guide to the Care and Repair of the Tissues Involved in Birth*. 6th Edition. Portland, Oregon: Labrys Press.
- Handa, VL; Harris, TA & Ostergard, DR. (1996). Protecting the Pelvic Floor: Obstetric Management to Prevent Incontinence and Pelvic Organ Prolapse. *Obstetrics&Gynecology*, 88(3),470-478.
Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029784496001512>
- Handa, VL; Zyczynski, HM; Burgio, KL; Fitzgerald, MP; Borello-France, D; Janz, NK; Fine, PM; Whitehead, W; Brown, MB & Weber AM. (2007). The impact of fecal and urinary incontinence on quality of life 6 months after childbirth. *AmericanJournalofObstetrics&Gynecology*, 197-636.e1-636.e6. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3076510/>
- Mascarenhas, T. (2006). Traumatismo obstétrico do pavimento pélvico - Implicações urinárias. (Tese de Doutoramento publicada). Faculdade de Medicina da Universidade, Porto.
Recuperado de [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/My%20Documents/Downloads/1.Monografia%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/My%20Documents/Downloads/1.Monografia%20(1).pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Número de referência who/frh/msm 96.24. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Pelo direito ao parto normal - uma visão partilhada*. Lisboa. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro_Partto_Normal.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Projecto Maternidade com Qualidade*. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>
- Plano Nacional de Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Direção Geral de Saúde. Lisboa. Recuperado de <http://pns.dgs.pt/pns-versao-resumo/>

Apêndice B: Questionário Aplicado à Equipa de EESMO do CHBM, EPE



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Questionário dirigido à equipa de Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológico Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE

Questionário nº _____

Secção 1: Caracterização sociodemográfica da equipa de EESMO

Por favor assinale com X ao que lhe é perguntado

1. Idade:

- 1) 25-30 anos 2) 31-35 anos 3) 36-40 anos 4) 41-45 anos
5) 46-50 anos 6) 51-55 anos 7) 56-60 anos

2. Sexo: 1) Feminino 2) Masculino

3. Habilitações Literárias (além da Pós-Licenciatura):

- 1) Nenhuma 2) Pós-Graduação 3) Mestrado 4) Doutoramento

Secção 2: Experiência profissional da equipa de EESMO

Por favor **responda por escrito** ao que lhe é perguntado

1. Tempo de exercício profissional como EESMO: _____ anos
2. Tempo de exercício profissional como EESMO no BP do CHBM: _____ anos

Secção 3: Conhecimentos da equipa de EESMO sobre as medidas protetoras de traumatismo do períneo/ pavimento pélvico no 2º estadio de trabalho de parto

3.1. De acordo com os seus conhecimentos teórico-práticos enumere, **no máximo 3**, medidas protetoras do traumatismo do períneo/disfunções pavimento pélvico no 2º estadio do trabalho de parto

1 _____

2 _____

3 _____

Secção 4:Intervenção de enfermagem durante o 2º estadio do trabalho de parto

4.1. Atendendo às intervenções de enfermagem que assegura no **2º estadio do trabalho de parto**, no que se refere à implementação de medidas protetoras de traumatismos do períneo/ disfunções do pavimento pélvico, responda às questões que se encontram no quadro abaixo, considerando apenas, situações de gravidez de baixo risco obstétrico sem sinais e/ou complicações no trabalho de parto e parto.

Dê resposta às seguintes afirmações utilizando a escala de Likert apresentada e, assinale com X, a opção que melhor se adequa à sua prática de cuidados

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

A1	Incentiva a adopção de posições não supinas/ verticais, no 2º estadio TP	1	2	3	4	5
A2	Permite a liberdade de movimentos e de posições, no 2º estadio TP	1	2	3	4	5
A3	Utiliza posições não supinas/verticais, no 2º estadio TP	1	2	3	4	5
A4	Incentiva a realização de esforços expulsivos dirigidos	1	2	3	4	5
A5	Incentiva a realização de esforços expulsivos espontâneos	1	2	3	4	5
A6	Incentiva a realização de esforços expulsivos imediatamente após dilatação completa, independentemente da mulher sentir vontade de puxar	1	2	3	4	5
A7	Incentiva a realização de esforços expulsivos prolongados em apneia	1	2	3	4	5
A8	Dirige esforços expulsivos através da distensão/manipulação do períneo	1	2	3	4	5
A9	Incentiva a realização de esforços expulsivos após dilatação completa e apenas quando a mulher sente vontade urgente de puxar	1	2	3	4	5
A10	Incentiva a realização de esforços expulsivos direcionados para o triângulo posterior do períneo	1	2	3	4	5
A11	Efectua aplicação de água morna no períneo	1	2	3	4	5
A12	Utiliza a manobra de <i>Kristeller</i> (pressão manual no fundo uterino)	1	2	3	4	5
A13	Utiliza a técnica de episiotomia	1	2	3	4	5
A14	Utiliza a manobra “ <i>hands-on</i> ” para proteger o períneo e controlar a saída do pólo cefálico no período expulsivo	1	2	3	4	5
A15	Utiliza a manobra “ <i>hands-off</i> ” para proteger o períneo e controlar a saída do pólo cefálico no período expulsivo	1	2	3	4	5

4.2. Atendendo às intervenções de enfermagem que assegura no **2º estadio do trabalho de parto**, no que se refere à implementação de medidas protetoras de traumatismos do períneo/ disfunções do pavimento pélvico, responda às questões que se encontram no quadro abaixo, considerando apenas, situações de gravidez de baixo risco obstétrico sem sinais e/ou complicações no trabalho de parto e parto.

Dê resposta às seguintes afirmações utilizando a escala de Likert apresentada e, assinale com X, a opção que melhor se adequa à sua prática de cuidados

1	2	3	4	5
Não importante	Pouco importante	Irrelevante	Importante	Muito importante

A16	Adoção de posições não supina/ verticais	1	2	3	4	5
A17	Realização de esforços expulsivos espontâneos	1	2	3	4	5
A18	Evitar a indicação de realização de esforços expulsivos prolongados e em apneia	1	2	3	4	5
A19	Evitar a manipulação do períneo	1	2	3	4	5
A20	Evitar a indicação de esforços expulsivos direcionados para o triângulo posterior do períneo	1	2	3	4	5
A21	Aplicação de calor	1	2	3	4	5
A22	Manobra “ <i>hands on</i> ” para proteger o períneo e controlar a saída do pólo cefálico no período expulsivo	1	2	3	4	5
A23	Manobra “ <i>hands off</i> ” para proteger o períneo e controlar a saída do pólo cefálico no período expulsivo	1	2	3	4	5
A24	Evitar a realização da manobra de <i>Kristeller</i>	1	2	3	4	5

Secção 5: Limitadores e/ou Inibidores da implementação de medidas protetoras de traumatismos do períneo/ disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do trabalho de parto

5.1. De acordo com a sua opinião e atendendo à sua prática de cuidados, indique com **X**, apenas 3 das seguintes opções, que considere como principais limitadores e/ou inibidores na implementação de medidas protetoras de traumatismos do períneo/ disfunções do pavimento pélvico, no 2º estadio do trabalho de parto, no SUOG do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE.

		Não	Sim
B1	Estrutura do serviço	0	1
B2	Dimensões das salas de parto	0	1
B3	Recusa da parturiente	0	1
B4	Falta/défice de conhecimentos da parturiente	0	1
B5	Recusa/resistência da equipa de enfermagem	0	1
B6	Falta de formação/treino da equipa de enfermagem	0	1
B7	Inexperiência/falta de segurança da equipa de enfermagem	0	1
B8	Falta de recursos humanos/défice de dotação segura	0	1
B9	Recusa/resistência da equipa de obstetras	0	1
B10	Falta/défice de conhecimentos da equipa de obstetras	0	1
B11	Inexperiência/falta de segurança da equipa de obstetras	0	1
B12	Analgesia loco-regional	0	1

Por favor, certifique-se que respondeu a TODAS as questões.

Muito Obrigado pela sua disponibilidade

Apêndice C: Questionário Aplicado às Parturientes do SUOG do CHBM, EPE



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Questionário dirigido às Parturientes
Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológico
Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE

Questionário nº _____

Secção 1: Dados sociodemográficos

4. Idade (anos):

1) 19-23 2) 24-28 3) 29-33 4) 34-38 5) 39-43

5. Raça:

1) Caucasiana 2) Negra 3) Outra

6. Nacionalidade:

1) Portuguesa 2) Outra

7. Estado civil:

1) Solteira 2) Casada 3) União de Facto 4) Divorciada 5) Viúva

8. Agregado familiar:

1) Só com marido/companheiro 2) Sem o marido/companheiro

3) Com o marido/companheiro e filho(s) 4) Outro

9. Filhos: 1) Sim 2) Não

10. Habilitações literárias:

1) Sabe ler ou escrever 2) 1º Ciclo (4ª Classe) 3) 2º Ciclo (6º ano)

4) 3º Ciclo (9º ano) 5) Ensino Secundário (12º ano)

6) Curso Técnico-Profissional 7) Ensino Superior (Bacharelato ou Licenciatura) 8) Ensino Pós-Graduado (Mestrado ou Doutoramento)

11. Estatuto ocupacional:

1) Empregada 2) Empregada com licença por maternidade

3) Doméstica 4) Desempregada 5) Rendimento Social de Inserção

6) Estudante

Secção 2: Dados sobre história de Disfunções do Pavimento Pélvico

O pavimento pélvico é um conjunto de músculos que auxiliam e suportam alguns órgãos como a bexiga, o útero, o intestino e, na gravidez, o bebé. Por vezes, podem enfraquecer dando origem a disfunções do pavimento pélvico, como por exemplo, a incontinência urinária, incontinência de fezes, bexiga e útero descaídos.

Por favor responda às seguintes questões:

1. Sofreu alguma disfunção do pavimento pélvico antes da gravidez:

1) Sim Se sim, Qual: _____

2) Não

2. Sofreu alguma disfunção do pavimento pélvico durante a gravidez:

1) Sim Se sim, Qual: _____

2) Não

Secção 3: Intervenções de Enfermagem no Parto com vista à proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico

3.1. Recordando a sua experiência de parto no quadro seguinte assinale com X no número 0 (não) ou no número 1 (sim), o que correspondeu aos cuidados que lhe foram prestados

		Não	Sim
A1	A enfermeira incentivou à adopção de posições não supinas/verticais no parto	0	1
A2	A enfermeira permitiu-lhe liberdade de movimentos e de posições enquanto efetuava esforços expulsivos	0	1
A3	Quando a enfermeira lhe disse que podia fazer força sentia vontade urgente de puxar	0	1
A4	A enfermeira pediu-lhe para fazer puxos prolongados e em apneia (encher o peito de ar, reter o ar no pulmão e fazer força seguida na contração)	0	1
A5	A enfermeira pediu-lhe para fazer força como se estivesse a evacuar	0	1
A6	A enfermeira incentivou-a a empurrar apenas à medida que sentisse vontade de o fazer	0	1
A7	Quando estava a realizar os esforços expulsivos sentiu que a enfermeira pressionava persistentemente o seu períneo	0	1
A8	Quando estava a realizar os esforços expulsivos efetuaram pressão abdominal para ajudar o bebé a nascer	0	1
A9	Quando o bebé estava a nascer sentiu que a enfermeira tivesse colocado a mão no períneo de forma mantida	0	1
A10	Após saída da cabeça do bebé a enfermeira pediu-lhe para não fazer mais força, e exteriorizou o bebé completamente	0	1
A11	A enfermeira aplicou água morna no períneo	0	1

3.2. Considere a importância que atribui aos cuidados de enfermagem que lhe foram prestados durante o parto, com vista à proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico e, de acordo com a sua opinião, assinale com X utilizando a correspondência da escala:

1	2	3	4	5
Não importante	Pouco importante	Irrelevante	Importante	Muito importante

A12	Posição vericalizada no momento do parto (sentada, de lado, de cócoras, de gatas, de pé)	1	2	3	4	5
A13	Fazer força apenas quando se sente vontade urgente de puxar	1	2	3	4	5
A14	Evitar fazer esforços prolongados e em apneia	1	2	3	4	5
A15	Evitar a manipulação persistente do períneo	1	2	3	4	5
A16	Manter a mão no períneo e controlar a saída da cabeça do bebé	1	2	3	4	5
A17	Evitar colocar a mão no períneo e controlar a saída da cabeça do bebé	1	2	3	4	5
A18	Evitar a realização de pressão no abdómen durante a realização dos esforços expulsivos	1	2	3	4	5
A19	Aplicar água morna no períneo	1	2	3	4	5

Secção 4: Satisfação relativa aos cuidados de enfermagem durante o parto

3.1. Para avaliar a sua satisfação com os cuidados de enfermagem durante o parto, com vista à proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, utilize a seguinte escala e assinale com X a opção que representa a sua opinião

1	2	3	4	5
Nada Satisfeita	Pouco Satisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita	Extremamente Satisfeita

Secção 5: Satisfação relativa à Experiência do Parto

4.1. Para classificar a sua satisfação relativamente à experiência vivida durante o Parto, utilize a seguinte escala e assinale com X a opção que representa a sua opinião

1	2	3	4	5
Nada Satisfeita	Pouco Satisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita	Extremamente Satisfeita

Por favor, certifique-se que respondeu a TODAS as questões.
Muito Obrigado pela sua disponibilidade.

Apêndice D: Matriz para registo de dados obtidos da consulta do processo clínico da parturiente



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Matriz para registo de dados da consulta do processo clínico da parturiente

Matriz nº _____

Secção 1: Dados da história obstétrica, da gravidez e do parto

1. Gravidez vigiada: 1) Sim 2) Não

2. Local de vigilância:

1) Centro de Saúde 2) Hospital Público 3) Hospital Privado

4) Centro de Saúde e Hospital Público 5) Centro de Saúde e Hospital Privado 6) Médico Privado

3. Número de consultas realizadas na gravidez: ____

4. Risco Obstétrico: 1) Baixo 2) Médio 3) Alto

5. Realização do curso de preparação para o parto:

1) Sim 2) Não

Se Sim, local:

1) Centro de Saúde 2) Hospital Público 3) Centro Privado 4) Outro

6. Trouxe plano de parto para a maternidade

1) Sim 2) Não

7. Idade gestacional no momento de admissão no bloco de parto:

1) 37-37+6 2) 38-38+6 3) 39-39+6 4) 40-40+6 5) 41-42

8. Trabalho de parto espontâneo? 1) Sim 2) Não

9. 1º Parto: 1) Sim 2) Não

10. Parto eutócico: 1) Sim 2) Não

11. Duração do 1º estadio do trabalho de parto (horas):

1) Inferior a 3h 2) 3-6h 3) 6-9h 4) 9-12h 5) superior a 12h

12. Método de analgesia utilizado:

12.1) Não farmacológico 1) Sim 2) Não

12.2) Farmacológico 1) Sim 2) Não

Se sim, qual (ais)? _____

13.Duração do 2º estadio do trabalho de parto (horas):

1)<1 2)1-2 3)2-3 4)3-4 5)>4

14.Duração dos esforços expulsivos (horas):

1)<1 2)1-2 3)2-3 4)3-4 5)>4

15.Posição de Parto:

1)Litotomia 2)De pé 3)De cócoras 4)De lado 5)De gatas

6)De joelhos 7)Sentada

16.Realização de episiotomia: 1)Sim 2)Não

17.Ocorrência de laceração do períneo: 1)Sim 2)Não

18.Se ocorrência de laceração do períneo, qual o grau?

1)Grau 1 2)Grau 2 3)Grau 3 4)Grau 4

19.Variedade na expulsão:

1)OIEA 2)OIDA 3)OIET 4)OIDT 5)OP 6)OS

7)OIEP 8)OIDP

20.Peso do RN: _____ gramas

Apêndice E: Revisão de aspetos anatómicos e funcionais do pavimento pélvico

O pavimento pélvico situa-se no limite inferior da cavidade pélvica, estendendo-se do púbis ao cóccix. Estruturalmente, consiste num conjunto complexo de músculos (tecido muscular), ligamentos e fâscias (tecido conjuntivo), organizados de forma a sustentarem os órgãos abdominais e pélvicos, empurrando-os em direção contrária à própria força da gravidade ou a uma pressão intra-abdominal que possa surgir, como por exemplo, tosse e espirros. Na gravidez, sustenta ainda os anexos embrionários e o feto. Para além disso, destaca-se ainda pela sua importante função na sexualidade, no parto vaginal e, na continência urinária e fecal (Drake, Vogl & Mitchell, 2015; Frye, 2010).

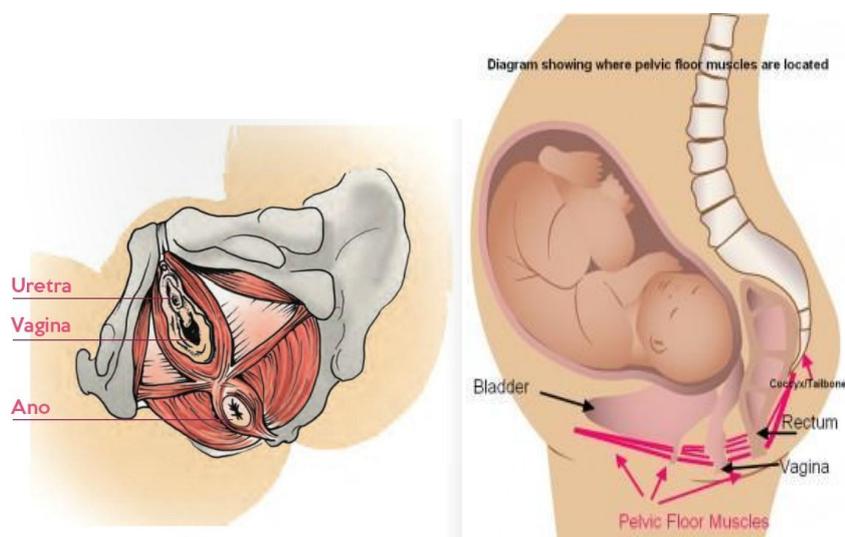


Figura nº1: Pavimento Pélvico – Perspetiva inferior (Fonte: <http://www.ostetricheitaliane.it/trova-ostetrica/riabilitazione-pavimento-pelvico/>) e Perspetiva lateral (Fonte: <https://maismaismedicina.wordpress.com/tag/assolho-pelvico/>).

De acordo com Drake, Vogl & Mitchell (2015), dois tipos de **estruturas musculares** dividem o pavimento pélvico: o diafragma pélvico e o diafragma urogenital ou membrana perineal.

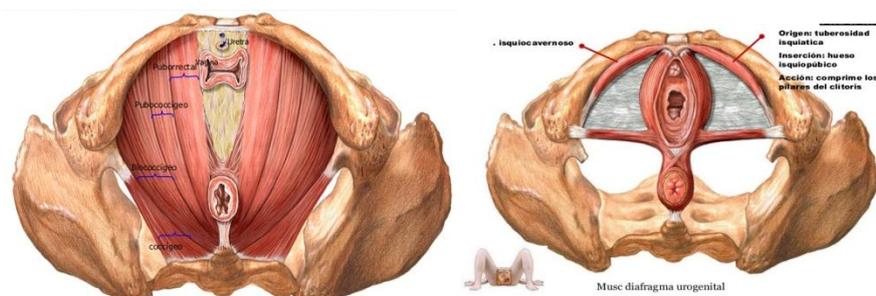


Figura nº 2: Diafragma Pélvico e Diafragma Urogenital ou Membrana Perineal (Fonte: <https://pt.slideshare.net/tamaduarte/anatoma-del-piso-plvico/16?smtNoRedir=1>)

O diafragma pélvico, consiste na camada muscular mais profunda que cobre

inferiormente a pélvis, estendendo-se do púbis ao cóccix. É constituído pelo **músculo elevador do ânus** e pelo **músculo coccígeo**.

O **elevador do ânus**, permite que o hiato urogenital permaneça fechado e desenvolve uma resposta reflexa de contração ao aumento da pressão intra-abdominal. Apresenta uma simetria bilateral e, uma abertura oval na região mediana, por onde passam a vagina, a uretra e o canal anal. Por ser um músculo estriado, quando sujeito a um alongamento forçado, por exemplo, num parto vaginal, é mais suscetível de sofrer uma lesão (Mascarenhas, 2012).

É constituído pelo músculo **puborretal**, o **pubococcígeo** e o **iliococcígeo**, apresentando locais de inserção e funções diferentes (Calais-Germain & Parés, 2010; Drake, Vogl & Mitchell, 2015; Frye, 2010).

Os **músculos puborretal e pubococcígeo** formam uma banda em forma de U que envolvem o recto. Conjuntamente formam um eficiente anel muscular que suporta os órgãos pélvicos na sua posição normal. São os músculos que promovem maior resistência de sustentação dos órgãos da cavidade pélvica ao aumento da pressão intra-abdominal, assumindo uma importante função na continência fecal e urinária. O **músculo ileococcígeo** constitui a parte posterior do elevador do ânus (Ashton-Miller & Delancey, 2007; Calais-Germain & Parés, 2010; Drake, Vogl & Mitchell, 2015; Frye, 2010).

De acordo com os mesmos autores, o **músculo coccígeo**, o segundo músculo que constitui o diafragma pélvico, insere-se na extremidade inferior do sacro e na parte superior do cóccix. Intervém na flexão do cóccix, empurrando-o para a frente, por exemplo, após a defecação ou no parto. Para além disso, apoia o músculo elevador do ânus na sustentação dos órgãos pélvicos.

Relativamente ao **diafragma urogenital ou membrana perineal**, consiste na camada mais superficial e distal do pavimento pélvico. É constituída, inferiormente, pela camada superficial do **músculo isquiocavernoso** e **bulbocavernoso** e, superiormente, pelo **músculo transverso superficial** do períneo (Drake, Vogl & Mitchell, 2015, Frye, 2010). Segundo Ashton-Miller & Delancey (2007), esta estrutura está envolvida na sustentação da região mais distal da vagina e da uretra, através da fixação destas à pélvis, contribuindo para a continência destas regiões.

O **músculo isquiocavernoso** reveste o ramo do clitóris contribuindo na ereção deste, quando se contrai. O **músculo bulbocavernoso** contorna o intróito vaginal e o

bulbo do vestíbulo. Ao contrair, apresenta também um importante papel a nível sexual. Para além disso, de acordo com Frye (2010), a contração destes dois músculos, resultante da distensão do canal vaginal no parto, auxilia e suporta a apresentação fetal, prevenindo lesões vaginais e perineais. O **músculo transverso superficial** do períneo situa-se na parte posterior do diafragma urogenital, sendo a sua principal função fixar o corpo perineal no centro do períneo.

O **corpo perineal** consiste na área interna entre o esfíncter anal externo e a entrada vaginal. É suportado pelo músculo transverso do períneo e pelas regiões inferiores do bulbocavernoso (Drake, Vogl & Mitchell, 2015).

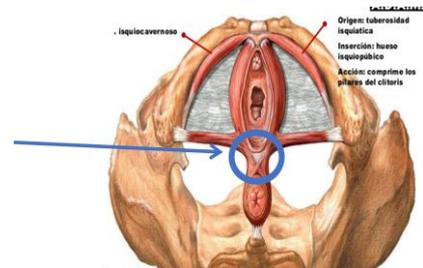


Figura nº 3: Corpo Perineal (Fonte: <https://pt.slideshare.net/tamaduarte/anatoma-del-piso-plvico/16?smtNoRedir=1>)

Consiste num nódulo compacto fibromuscular onde se cruzam o músculo bulbocavernoso, o esfíncter externo do ânus, o transverso superficial do períneo, o transverso profundo do períneo e os elevadores do ânus. No período expulsivo é uma área submetida a uma grande pressão, sendo elevado o risco de alterações na sua estrutura e funcionalidade (Frye, 2010). Neste sentido, a sua proteção deve ser uma preocupação constante do EESMO.

A área de superfície externa, abaixo do diafragma pélvico e do diafragma urogenital, é denominada de **períneo**. É uma área que apresenta a forma de um losango, limitado anteriormente pela margem inferior da sínfise púbica, posteriormente pela extremidade do cóccix e, lateralmente pelas tuberosidades isquiáticas.

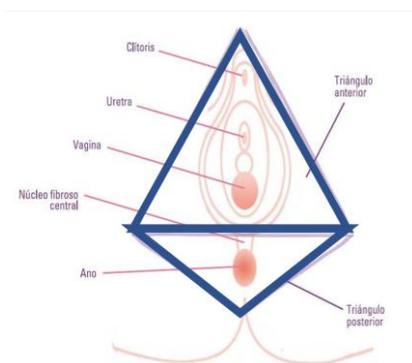


Figura nº4: Períneo (Fonte: <https://blogmaternoinfantil.wordpress.com/2015/02/24/masaje-perineal-durante-el-embarazo/>)

Didaticamente é dividido em dois triângulos, por uma linha transversa imaginária, que une as tuberosidades isquiáticas. O **triângulo urogenital anterior** consiste na região superficial externa no diafragma genital. O **triângulo anal posterior** possui como estrutura central o canal anal, envolvido pelo músculo esfíncter do ânus. Este último divide-se pelo músculo anal interno, de musculatura lisa circular, logo

involuntária e, pelo músculo anal externo, um músculo-esquelético em forma de anel, de contração voluntária (Calais-Germain & Parés, 2010; Drake, Vogl & Mitchell, 2015; Frye, 2010). Os esfíncteres, interno e externo do ânus, são músculos que, no parto vaginal, podem sofrer laceração, ou serem seccionados quando realizada uma episiotomia, potenciando o risco de disfunções do pavimento pélvico, especificamente, a incontinência anal (Frye, 2010).

Para além deste conjunto complexo de músculos, o pavimento pélvico é ainda constituído por ligamentos e fâscias, estruturas que fazem parte integrante de um **conjunto complexo de tecidos conjuntivos**. Segundo Ashton-Miller & Delancey (2007) os tecidos conjuntivos são responsáveis pela estabilidade do pavimento pélvico. A fâscia endopélvica é constituída por colagénio, elastina e músculo liso. As diferenças das propriedades próprias de cada um destes componentes estão na origem de fenómenos patofisiológicos das disfunções pélvicas.

O **colagénio**, caracterizado por ser inelástico, garante resistência à fâscia endopélvica. Já a **elastina**, pelas suas propriedades elásticas confere elasticidade. As células de **músculo liso** contribuem para a manutenção do tónus muscular, respondendo eficazmente a diferenças de tensões. São enervadas pelo sistema nervoso autónomo, o que faz com que tenham uma contractilidade involuntária, intervindo no suporte ao movimento dos órgãos pélvicos. Os ligamentos são estruturas resultantes de condensações da fâscia endopélvica, compostos por nervos, vasos sanguíneos e músculo liso. A sua composição indica que são estruturas contrácteis, com um papel importante no suporte dos órgãos pélvicos. A falta de integridade deste conjunto complexo de tecidos conjuntivos está na origem de algumas disfunções do pavimento pélvico. São traumatismos pouco visíveis, bem mais difíceis de diagnosticar e, tendencialmente, com consequências a longo prazo (Ashton-Miller & Delancey, 2007; Frye, 2010).

Para finalizar esta revisão relativa a aspetos anatómicos e funcionais do pavimento pélvico, não menos importante, destaca-se um **conjunto complexo de nervos** que enervam todo o pavimento pélvico, nomeadamente o **nervo pudendo**, do qual se originam as terminações labiais, perineais e clitorianas (Drake, Vogl & Mitchell, 2015; Frye, 2010). Traumatismos/lesões do nervo pudendo, tal como do tecido muscular e conjuntivo, podem ocorrer no parto vaginal e, conseqüentemente estar na origem de disfunções do pavimento pélvico.

Apêndice F: Consentimento Informado Livre e Esclarecido – EESMO



CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Exma. Sr. Enfermeira(o) Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO)

No âmbito do Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, encontro-me a realizar um estudo intitulado: *“Medidas Protetoras de Traumatismo e Disfunções do Pavimento Pélvico no 2º estadio do Trabalho de Parto”*.

Durante o parto vaginal as diferentes estruturas que constituem o pavimento pélvico (músculos, nervos, tecido conjuntivo) são submetidas a uma forte distensão e risco de traumatismo/lesões, com potencial consequência, o desenvolvimento de Disfunções do Pavimento Pélvico.

Apesar de o parto vaginal não ser um fator de risco isolado, uma vez que na origem das Disfunções do Pavimento Pélvico estão associadas uma multiplicidade de fatores, enquanto EESMO, a nossa intervenção no 2º estadio do trabalho de parto, através da implementação de medidas protetoras específicas, poderá ter impacto na prevenção dos traumatismos/lesões referidos e, conseqüentemente, no desenvolvimento de Disfunções do Pavimento Pélvico.

A assistência ao parto tem sofrido modificações significativas nos últimos anos. A evolução tecnológica permitiu alcançar excelentes resultados perinatais ao nível do Plano Nacional de Saúde materna, neonatal e infantil, no entanto, a Ordem dos Enfermeiros alerta que prosperou uma assistência no parto intervencionista e rotineira, independentemente do nível de risco obstétrico e, com conseqüências no aumento do risco do traumatismo e, conseqüentemente, no desenvolvimento de Disfunções do Pavimento Pélvico. Uma forma de minimizar estes danos no parto vaginal é a diminuição de partos instrumentalizados, episiotomias e, permitir uma descida passiva no 2º estadio do trabalho de parto, respeitando o parto normal como um processo fisiológico.

O objectivo geral deste trabalho é promover as medidas protetoras de traumatismo e, conseqüente disfunção do pavimento pélvico, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o 2º estadio do trabalho de parto, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência do EESMO.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a sua participação, a qual desde agradeço, através do preenchimento do seguinte questionário, elaborado com base nas boas práticas recomendadas pela OMS (1996) na assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento.

O objetivo deste questionário é avaliar as boas práticas, já desenvolvidas pela equipa de EESMO do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológico do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, na assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto, nomeadamente, na implementação de medidas protetoras de traumatismo do pavimento pélvico.

O estudo em causa decorre sob orientação da Sra. Professora Dra. Maria Otília Brites Zangão, docente da Universidade de Évora.

Considera-se que, a sua participação, bem como a divulgação dos resultados desta pesquisa possa contribuir para a melhoria da continuidade dos cuidados, bem como das práticas profissionais. O seu consentimento é indispensável podendo, no entanto, ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender. Informo ainda que estarei disponível para qualquer esclarecimento necessário, durante todo o período de realização do estudo, através do seguinte contacto: carinadsousa@gmail.com/ 963289763.

Na esperança de poder contar com a sua colaboração, reforço desde já o meu agradecimento.

Carina Gomes de Sousa

Assinatura da Investigadora

Este consentimento será assinado por mim em duplicado e eu fico com um dos exemplares.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantido a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária, forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora. Assim, estou disponível e aceito dar o meu testemunho, no âmbito do estudo intitulado "*Medidas Protetoras de Traumatismo e Disfunções do Pavimento Pélvico no 2º estadio do Trabalho de Parto*".

Nome _____

Assinatura _____

Barreiro _____

Apêndice G: Consentimento Informado Livre e Esclarecido – Parturientes



CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Exma. Senhora:

Convido-a a participar numa investigação desenvolvida no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus que tem como objectivo geral promover a implementação de medidas protetoras de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico, durante o parto, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia.

A assistência ao parto tem sofrido modificações significativas nos últimos anos. A evolução tecnológica permitiu alcançar excelentes resultados perinatais ao nível do Plano Nacional de Saúde materna, neonatal e infantil, no entanto, a Ordem dos Enfermeiros alerta que prosperou uma assistência no parto intervencionista e rotineira, independentemente do nível de risco obstétrico e, com consequências no aumento do risco do Traumatismo e Disfunções do Pavimento Pélvico. Uma forma de minimizar estes danos no pavimento pélvico é a diminuição de partos instrumentalizados, episiotomias e, permitir uma descida passiva no 2º estadio do trabalho de parto respeitando o parto normal, como um processo fisiológico. A assistência do EESMO no 2º estadio do trabalho de parto assume uma importância fundamental, nomeadamente, a forma como faz a condução do parto.

O estudo em causa decorre sob orientação da Sra. Professora Dra. Maria Otília Brites Zangão, docente da Universidade de Évora. Considera-se que, a sua participação, bem como a divulgação dos resultados desta pesquisa possa contribuir para a melhoria dos cuidados prestados durante o trabalho de parto e parto com base nas medidas preconizadas pela OMS para a assistência ao parto normal em gravidezes de baixo risco obstétrico

O seu consentimento é indispensável para a realização desta pesquisa, no entanto, ele pode ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal associado.

Informo ainda que estarei disponível para qualquer esclarecimento necessário, durante todo o período de realização do estudo, através do seguinte contacto: carinadsousa@gmail.com/ 963289763.

Sendo o que tinha a tratar no momento e na esperança de poder contar com a sua colaboração, agradeço desde já a mesma

Grata pela atenção, Carina Gomes de Sousa

Assinatura da Investigadora: _____

Este consentimento será assinado por mim em duplicado e eu fico com um dos exemplares.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantido a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora. Assim, estou disponível e aceito dar o meu testemunho, no âmbito da pesquisa intitulada “Medidas Protetoras de Traumatismo e Disfunção do Pavimento Pélvico no 2º estadio de Trabalho de Parto”.

Nome _____

Assinatura _____

Barreiro _____

Apêndice H: Representação gráfica (1) análise de similitude entre palavras e (2) nuvem de palavras

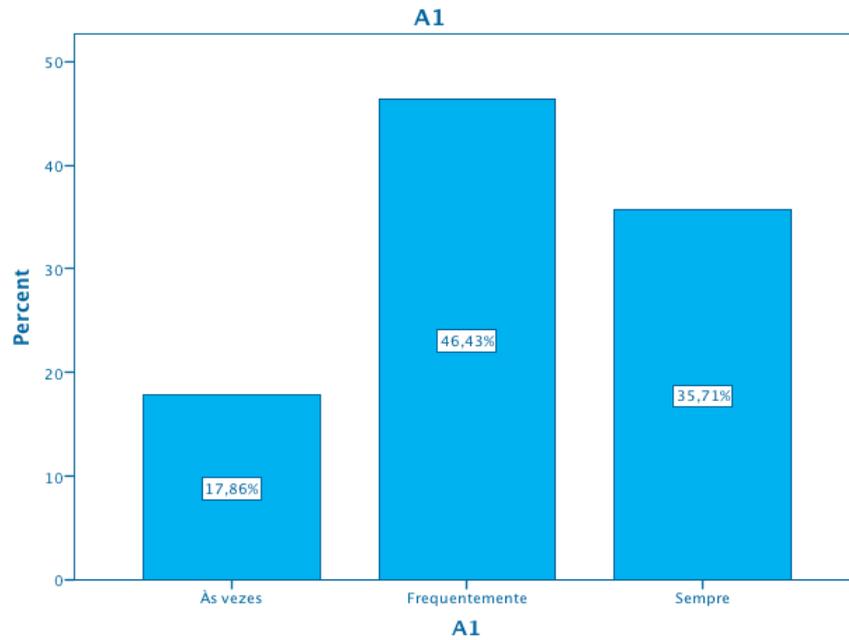
Apêndice I: Resultados da análise estatística dos dados obtidos da aplicação do
questionário à equipa de EESMO do CHBM, EPE

Frequência das práticas de enfermagem, da equipa EESMO do CHBM, EPE, no 2º estadio do TP, com vista à proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico

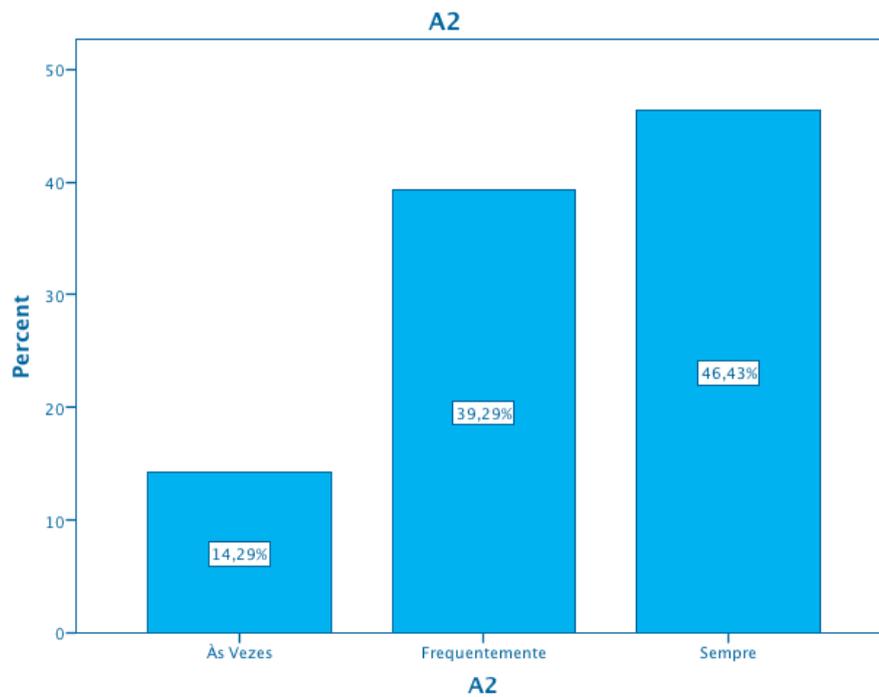
1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

		1	2	3	4	5
A1	Incentiva a adopção de posições não supinas/ verticais, no 2º estadio TP			17,9	46,4	35,7
A2	Permite a liberdade de movimentos e de posições, no 2º estadio TP			14,3	39,3	46,4
A3	Utiliza posições não supinas/verticais, no 2º estadio TP		7,1	25	39,3	28,6
A4	Incentiva a realização de esforços expulsivos dirigidos	3,6	7,1	39,3	42,9	7,1
A5	Incentiva a realização de esforços expulsivos espontâneos			10,7	67,9	21,4
A6	Incentiva a realização de esforços expulsivos imediatamente após dilatação completa, independentemente da mulher sentir vontade de puxar	39,3	46,4	10,7		3,6
A7	Incentiva a realização de esforços expulsivos prolongados em apneia	28,6	39,3	21,4	10,7	
A8	Dirige esforços expulsivos através da distensão/manipulação do períneo	14,3	28,6	28,6	28,6	
A9	Incentiva a realização de esforços expulsivos após dilatação completa e apenas quando a mulher sente vontade urgente de puxar	7,1	3,6	39,3	42,9	7,1
A10	Incentiva a realização de esforços expulsivos direcionados para o triângulo posterior do períneo	3,6	7,1	50	32,1	7,1
A11	Efectua aplicação de água morna no períneo	32,1	25	28,6	14,3	
A12	Utiliza a manobra de <i>Kristeller</i> (pressão manual no fundo uterino)	32,1	42,9	21,4	3,6	
A13	Utiliza a técnica de episiotomia		17,9	75	7,1	
A14	Utiliza a manobra “hands-on” para proteger o períneo e controlar a saída do pólo cefálico no período expulsivo		17,9	14,3	39,3	28,6
A15	Utiliza a manobra “hands-off” para proteger o períneo e controlar a saída do pólo cefálico no período expulsivo	25	25	21,4	28,6	

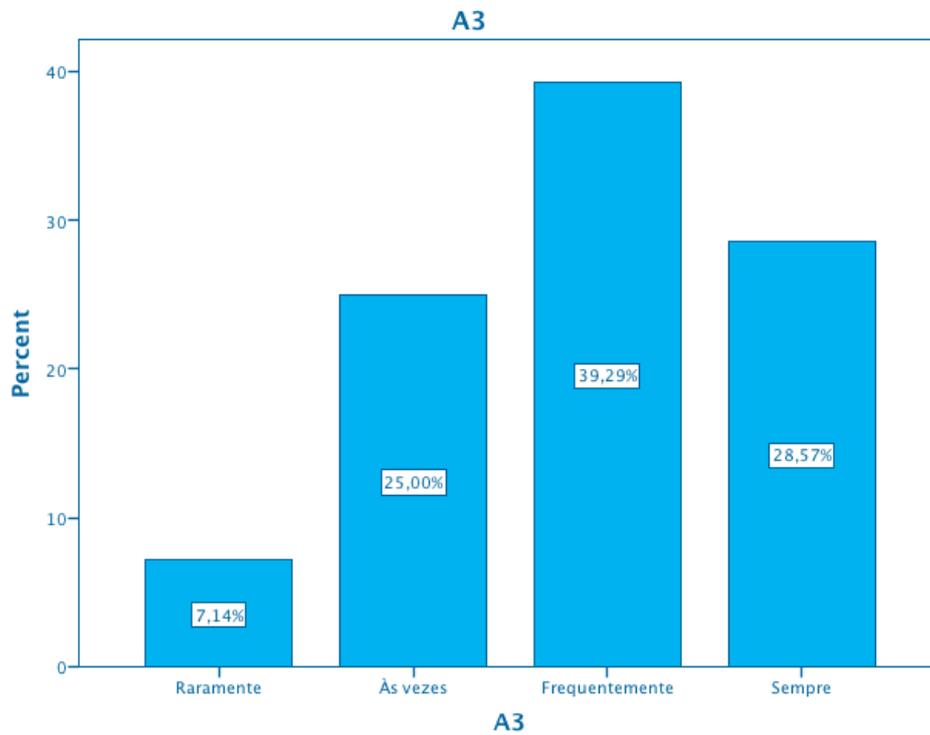
A1: Incentiva a adoção de posições não supinas/ verticais, no 2º estadio TP



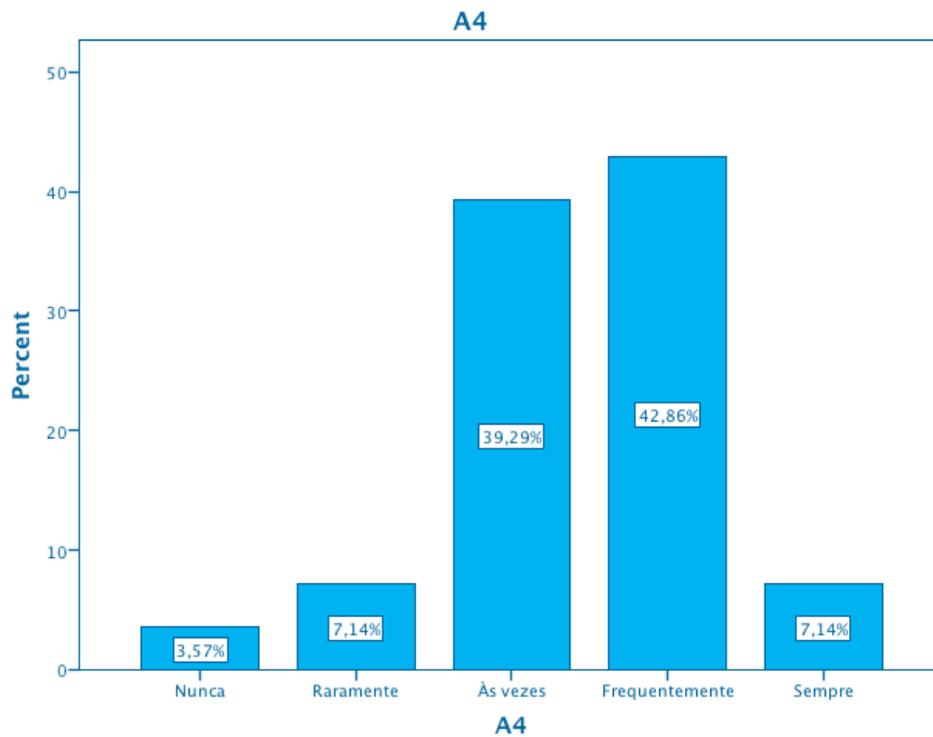
A2: Permite a liberdade de movimentos e de posições, no 2º estadio TP



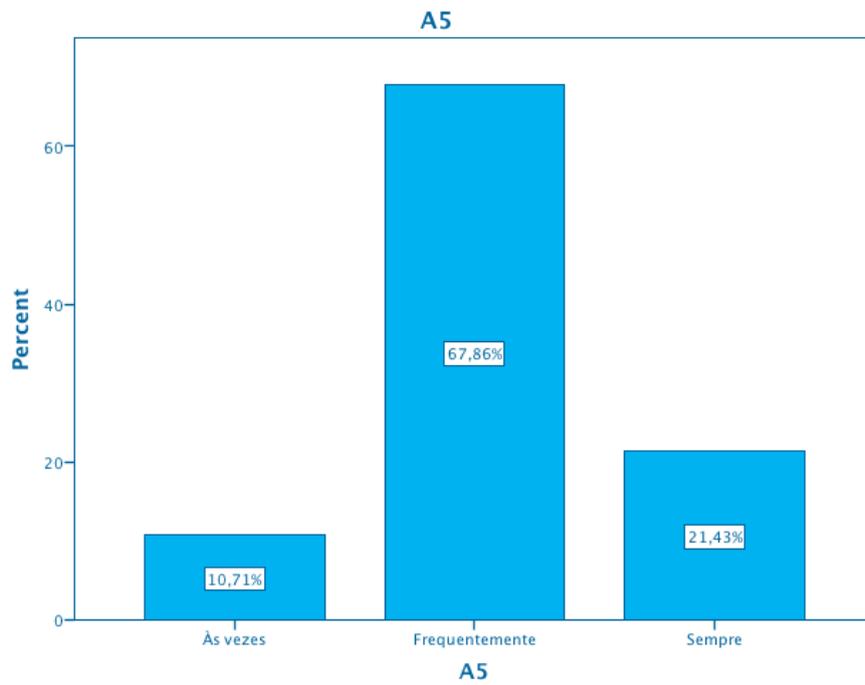
A3: Utiliza posições não supinas/verticais, no 2º estadio TP



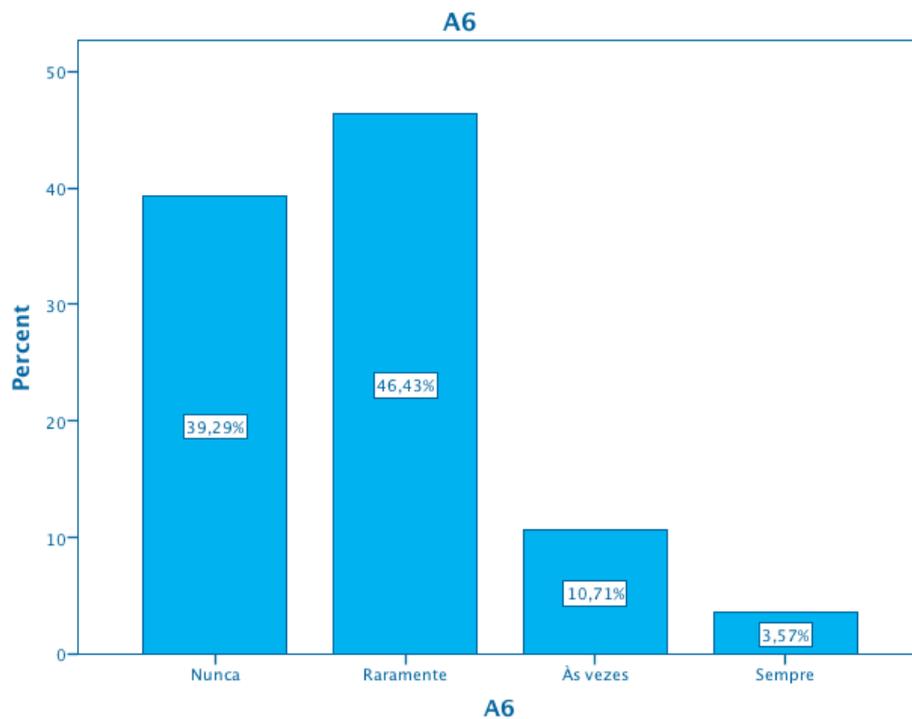
A4: Incentiva a realização de esforços expulsivos dirigidos



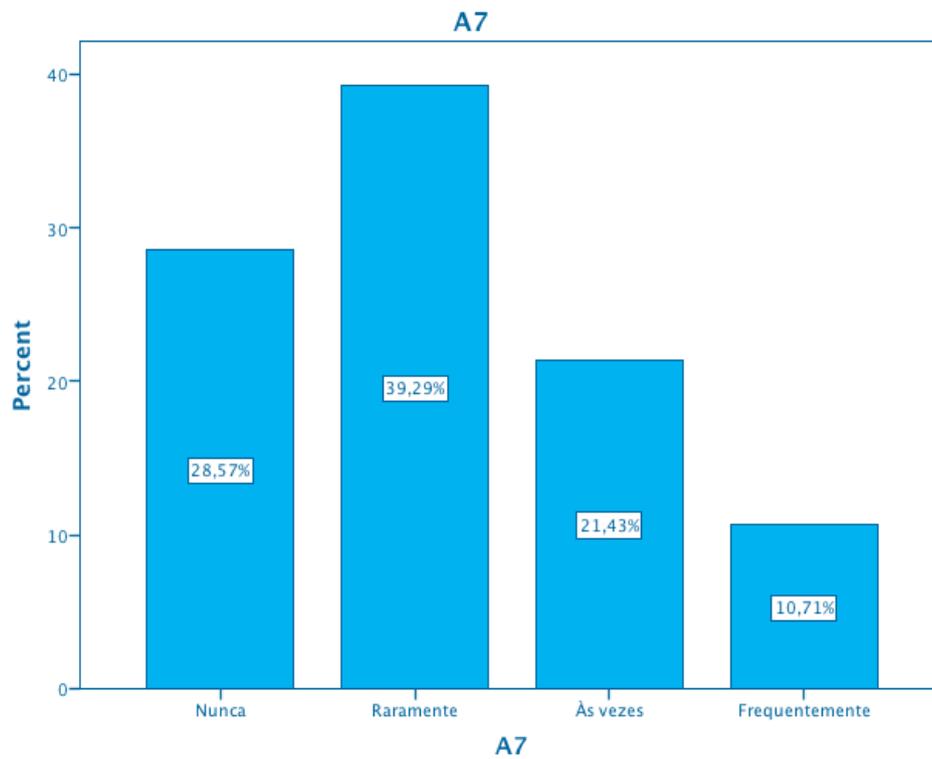
A5: Incentiva a realização de esforços expulsivos espontâneos



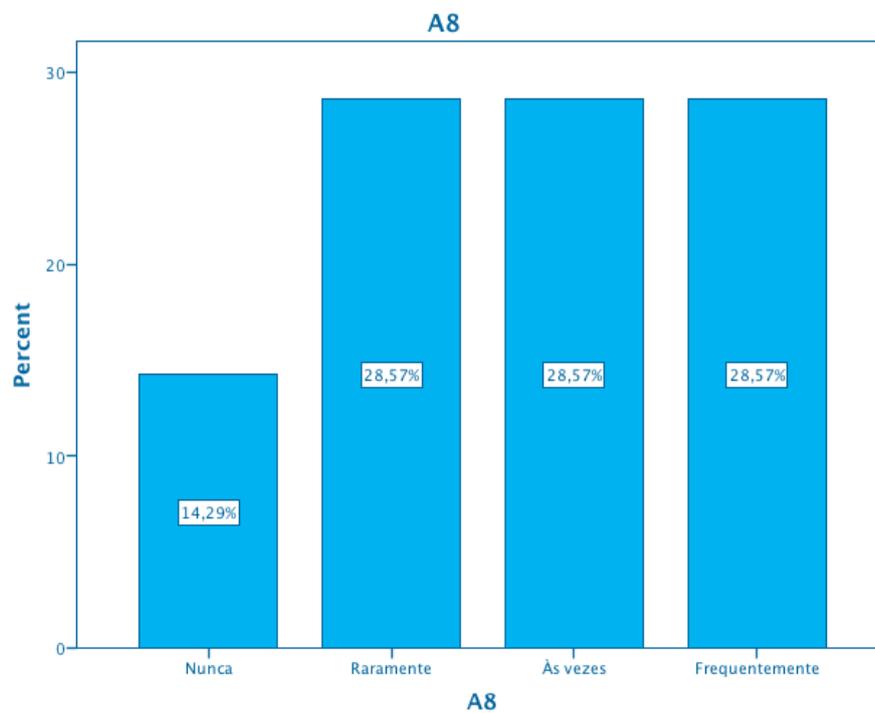
A6: Incentiva a realização de esforços expulsivos imediatamente após dilatação completa, independentemente da mulher sentir vontade de puxar



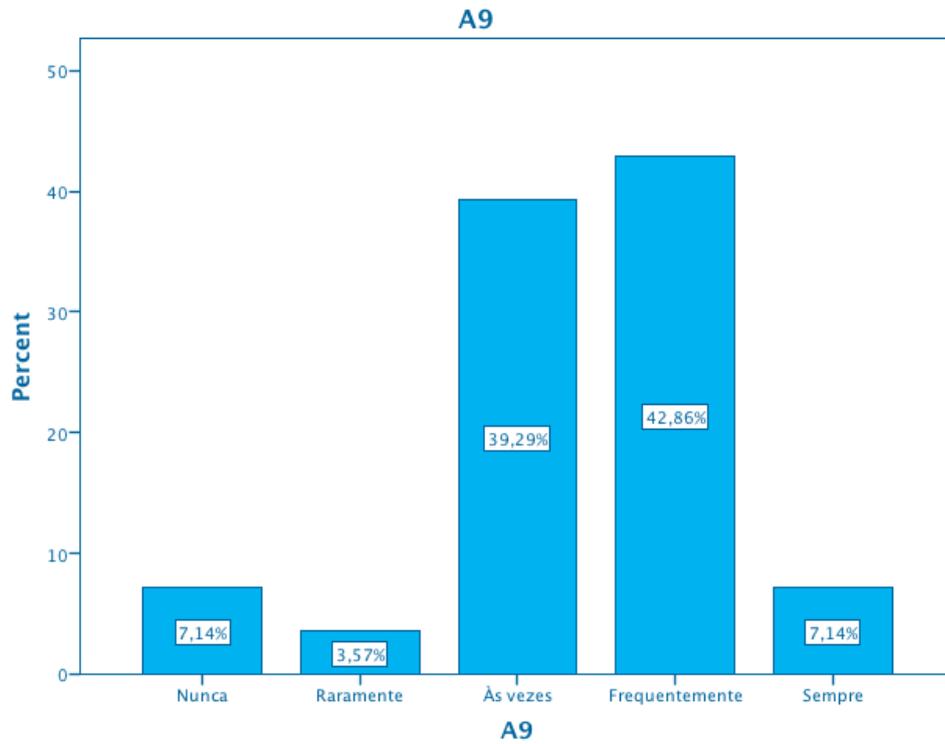
A7: Incentiva a realização de esforços expulsivos prolongados em apneia



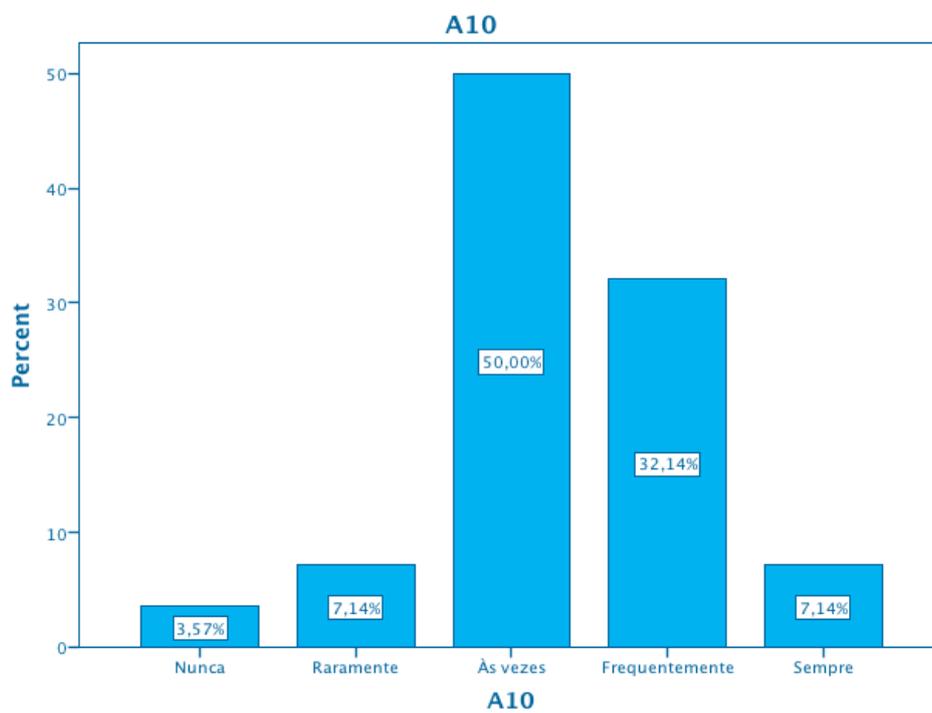
A8: Dirige esforços expulsivos através da distensão/manipulação do períneo



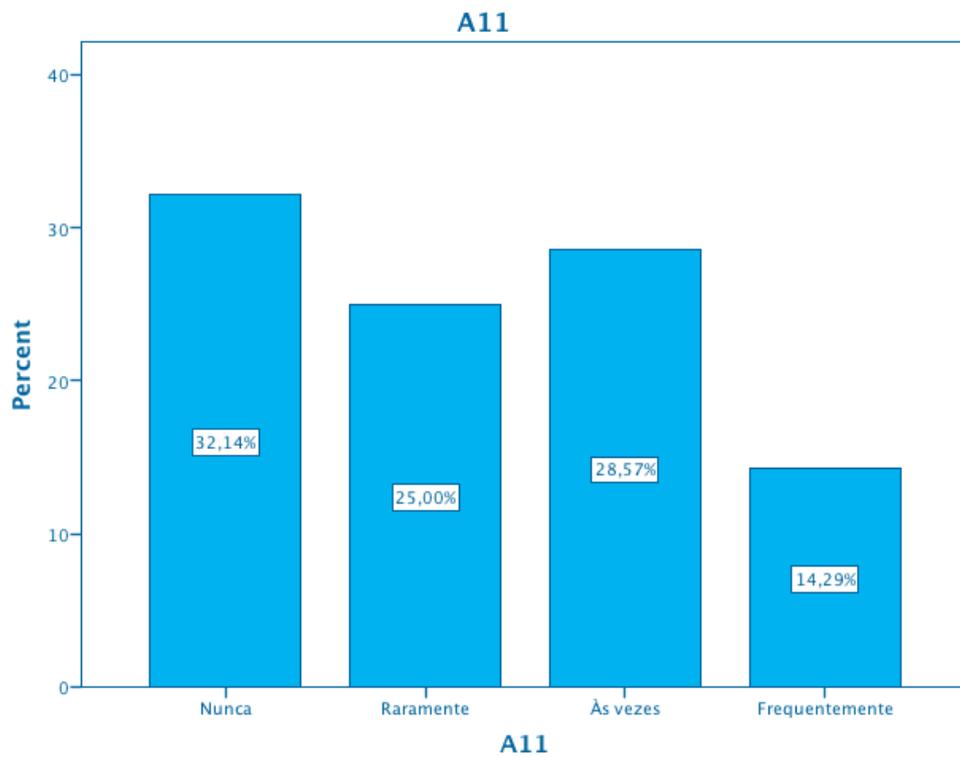
A9: Incentiva a realização de esforços expulsivos após dilatação completa e apenas quando a mulher sente vontade urgente de puxar



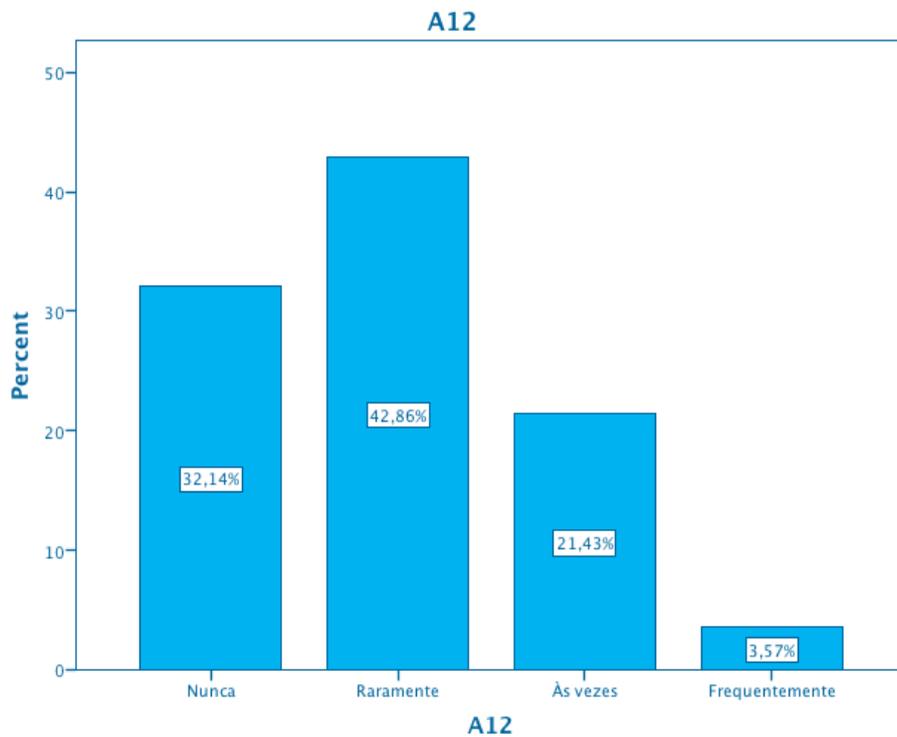
A10: Incentiva a realização de esforços expulsivos direcionados para o triângulo posterior do períneo



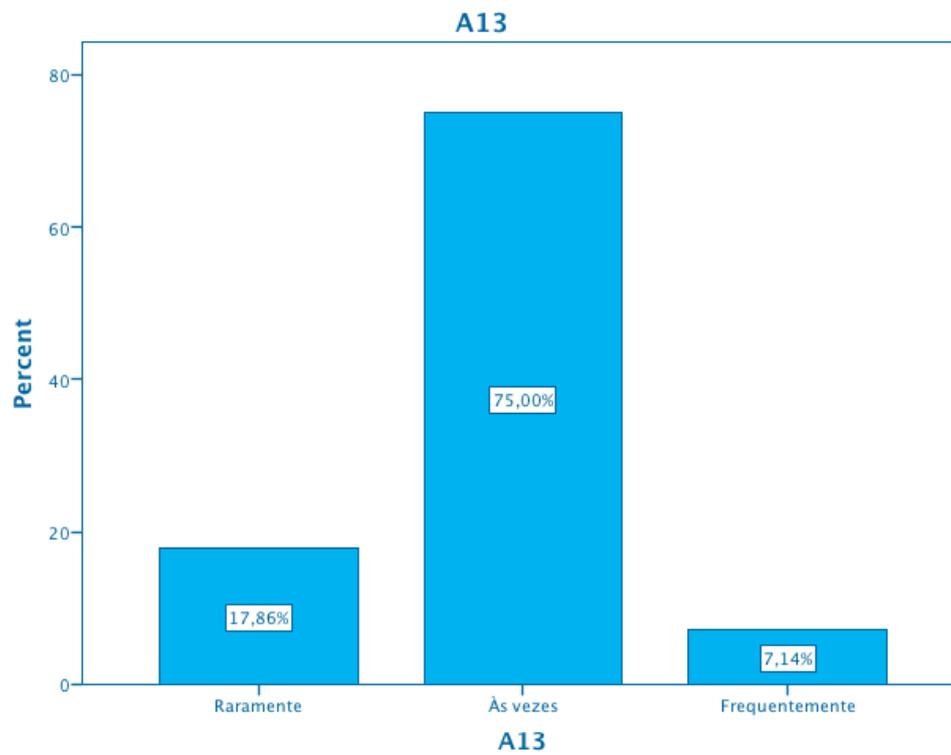
A11: Efectua aplicação de água morna no períneo



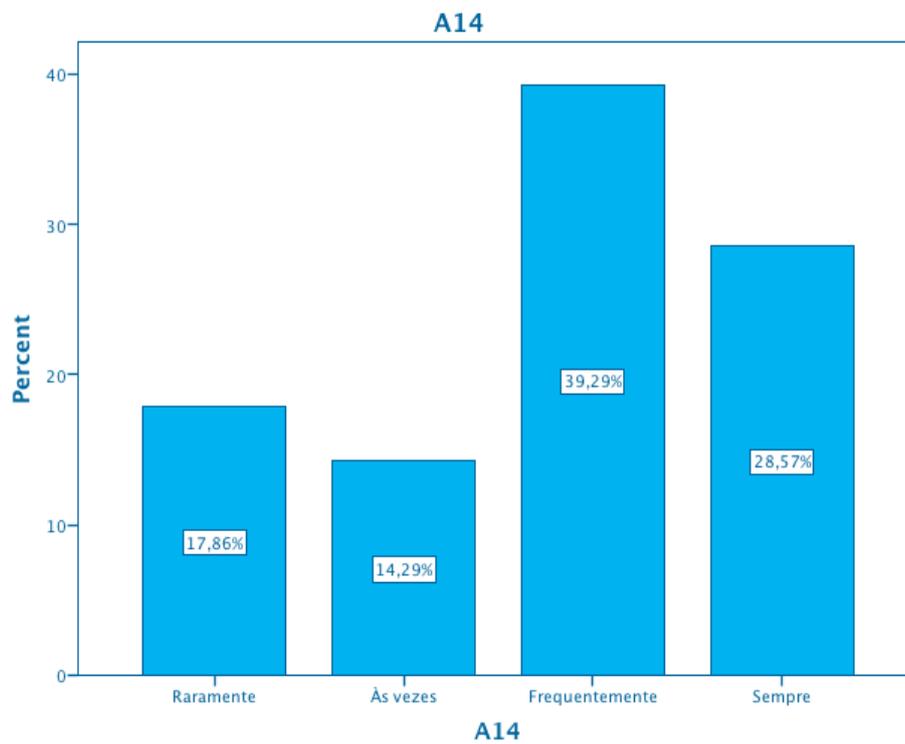
A12: Utiliza a manobra de *Kristeller* (pressão manual no fundo uterino)



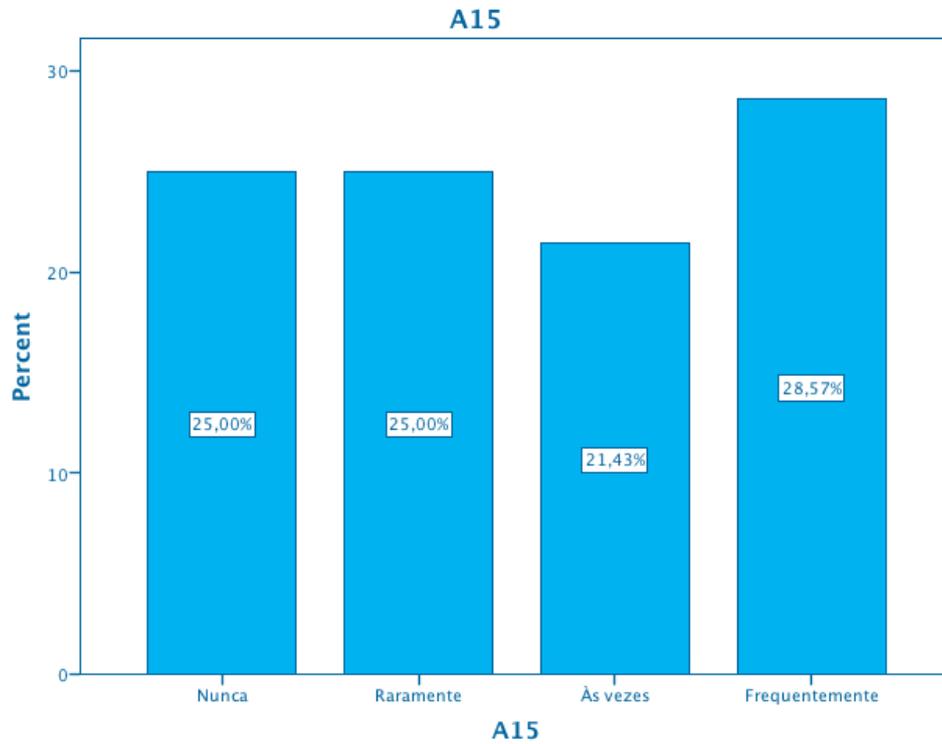
A13: Utiliza a técnica de episiotomia



A14: Utiliza a manobra “hands-on” para proteger o períneo e controlar a saída do pólo cefálico no período expulsivo



A15: Utiliza a manobra “hands-off” para proteger o períneo e controlar a saída do pólo cefálico no período expulsivo

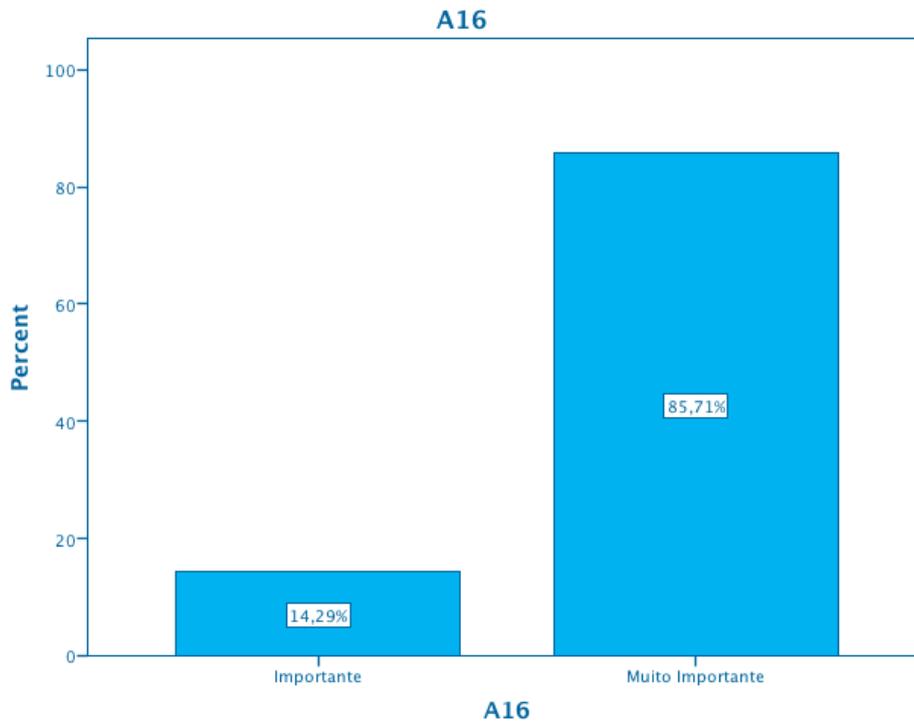


Frequência dos níveis de importância, das medidas apresentadas com vista à proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico no 2º estágio do TP, atribuídos pelos EESMO's,

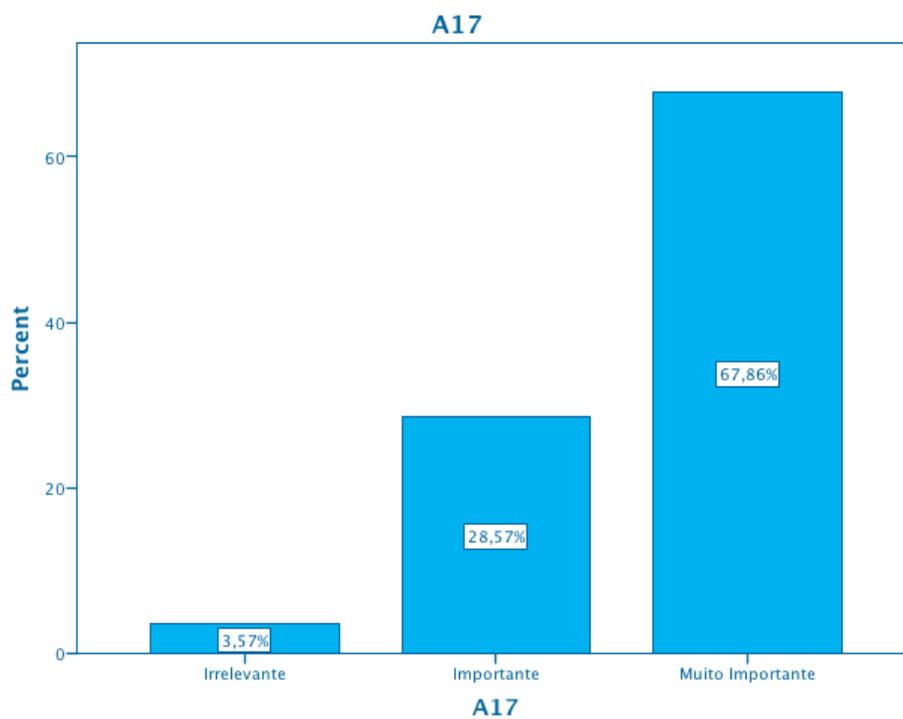
1	2	3	4	5
Não importante	Pouco importante	Irrelevante	Importante	Muito importante

		1	2	3	4	5
A16	Adoção de posições não supina/ verticais				14,3	85,7
A17	Realização de esforços expulsivos espontâneos			3,6	28,6	67,9
A18	Evitar a indicação de realização de esforços expulsivos prolongados e em apneia	3,6		17,9	50	28,6
A19	Evitar a manipulação do períneo	7,1	7,1		57,1	28,6
A20	Evitar a indicação de esforços expulsivos direcionados para o triângulo posterior do períneo	7,1	17,9	35,7	28,6	10,7
A21	Aplicação de calor		3,6	32,1	50	14,3
A22	Manobra “hands on” para proteger o períneo e controlar a saída do pólo cefálico no período expulsivo	3,6	7,1	10,7	42,9	35,7
A23	Manobra “hands off” para proteger o períneo e controlar a saída do pólo cefálico no período expulsivo	21,4	25	14,3	28,6	10,7
A24	Evitar a realização da manobra de <i>Kristeller</i>		7,1	10,7	46,4	35,7

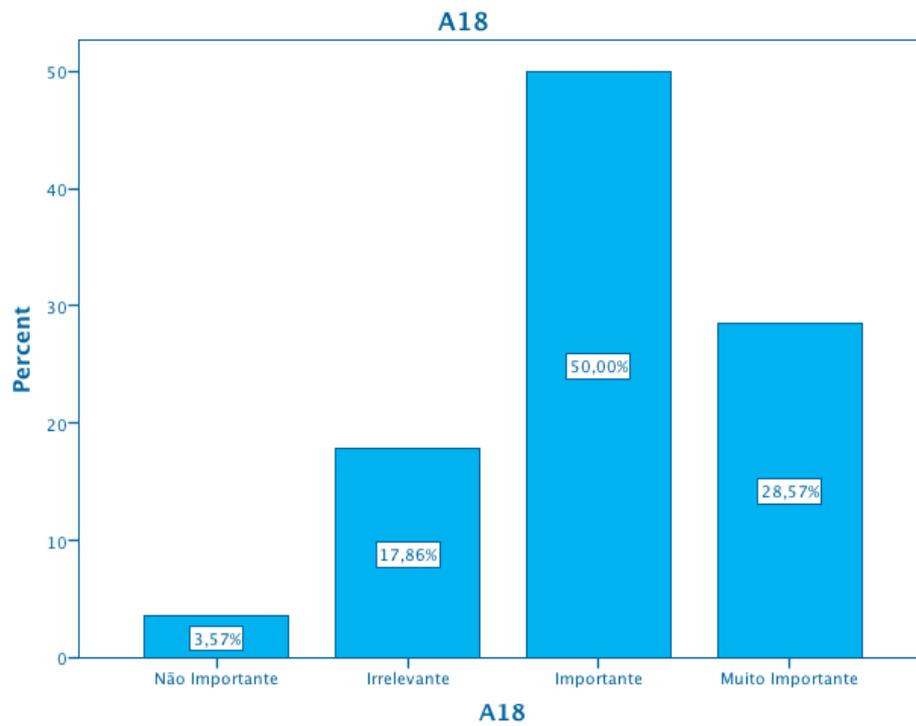
A16: Adoção de posições não supina/ verticais



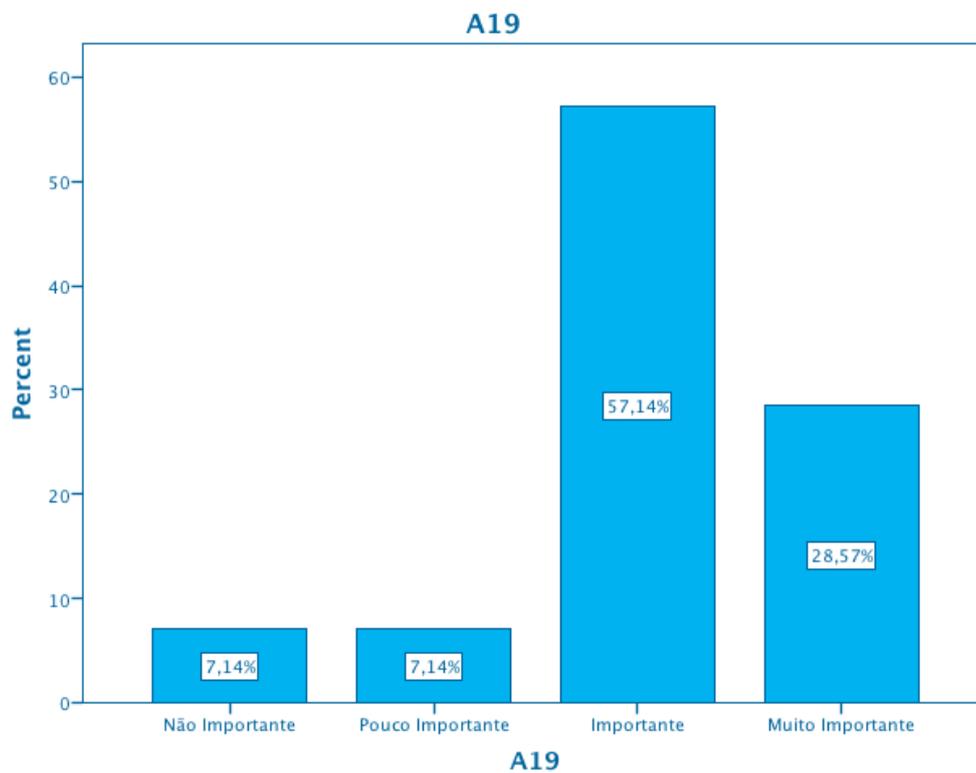
A17: Realização de esforços expulsivos espontâneos



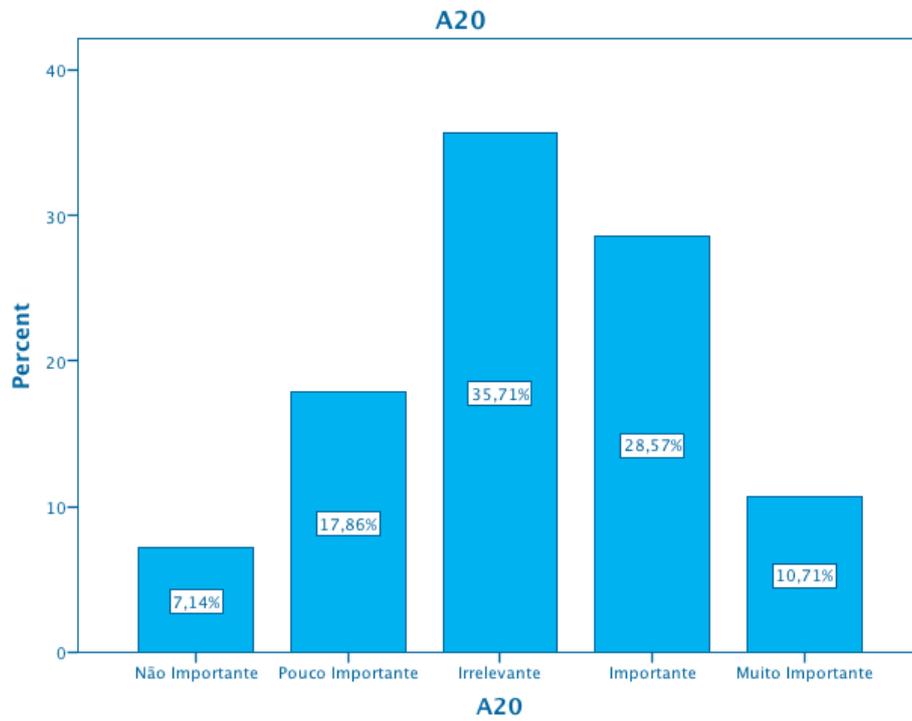
A18: Evitar a indicação de realização de esforços expulsivos prolongados e em apneia



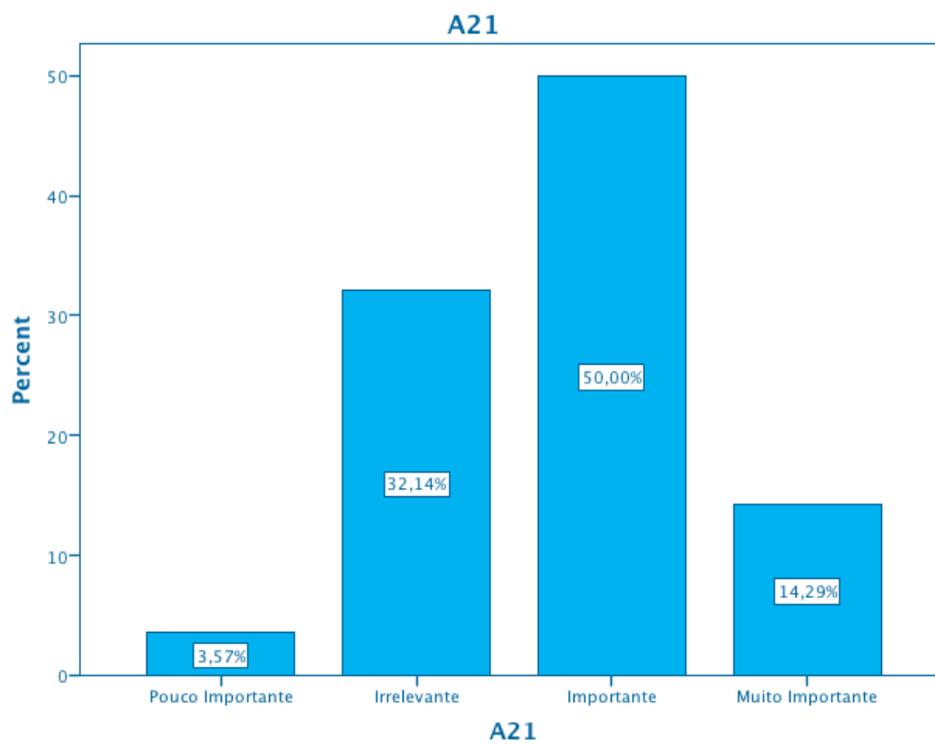
A19: Evitar a manipulação do períneo



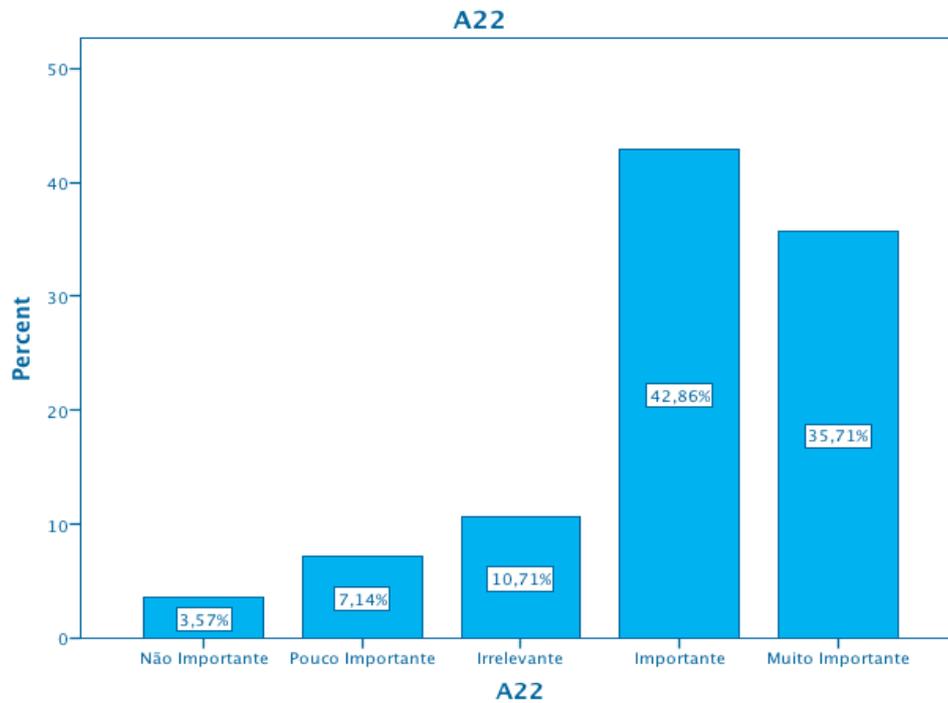
A20: Evitar a indicação de esforços expulsivos direcionados para o triângulo posterior do períneo



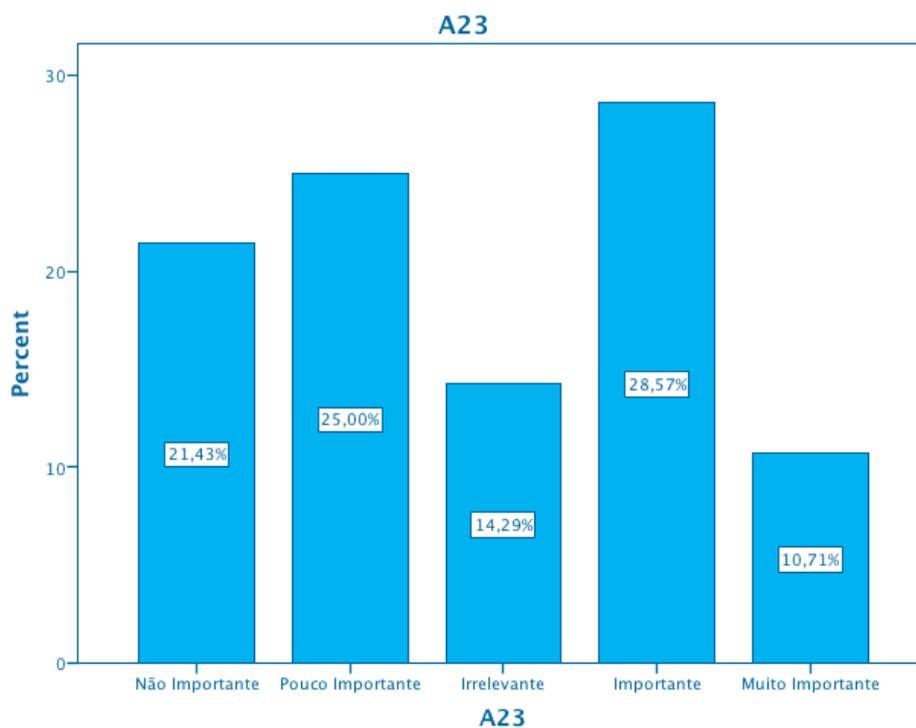
A21: Aplicação de calor



A22: Manobra “hands on” para proteger o períneo e controlar a saída do pólo cefálico no período expulsivo



A23: Manobra “hands off” para proteger o períneo e controlar a saída do pólo cefálico no período expulsivo



A24: Evitar a realização da manobra de *Kristeller*



Frequência dos fatores Limitadores/Inibidores no SUOG do CHBM, EPE, na implementação de medidas protetoras do traumatismo e de disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio de TP referidos pelos EESMÓ's

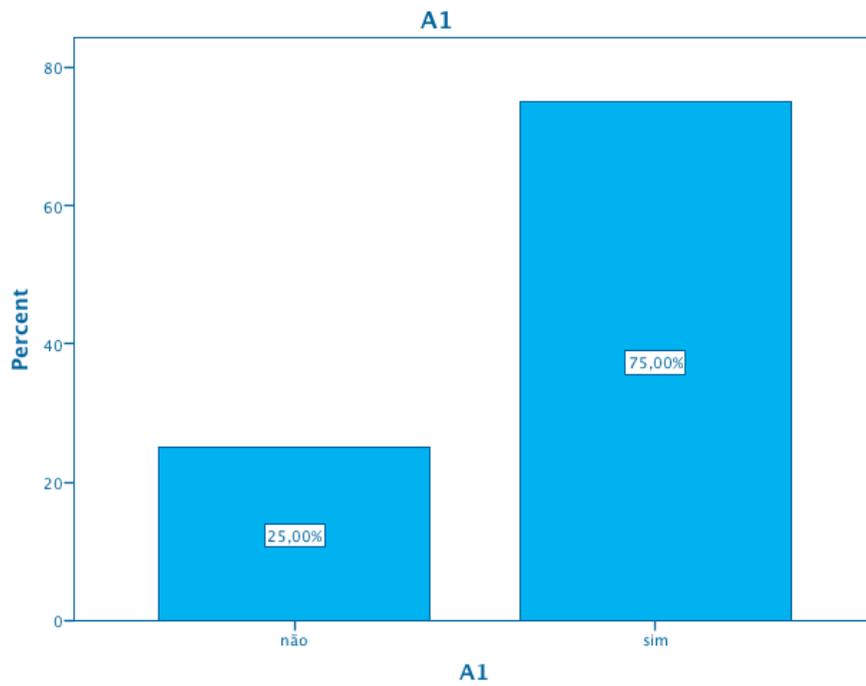
Estrutura do serviço	0%
Dimensões das salas de parto	0%
Recusa da parturiente	50%
Falta/défice de conhecimentos da parturiente	57,1%
Recusa/resistência da equipa de enfermagem	14,29%
Falta de formação/treino da equipa de enfermagem	25%
Inexperiência/ falta de segurança da equipa de enfermagem	28,57%
Falta de recursos humanos/défice de dotação segura	25%
Recusa/resistência da equipa de obstetras	64,29%
Falta/défice de conhecimentos da equipa de obstetras	7,1%
Inexperiência/ falta de segurança da equipa de obstetras	14,3%
Analgesia loco-regional	14,29%

Apêndice J: Resultados da análise estatística dos dados obtidos da aplicação do questionário às parturientes

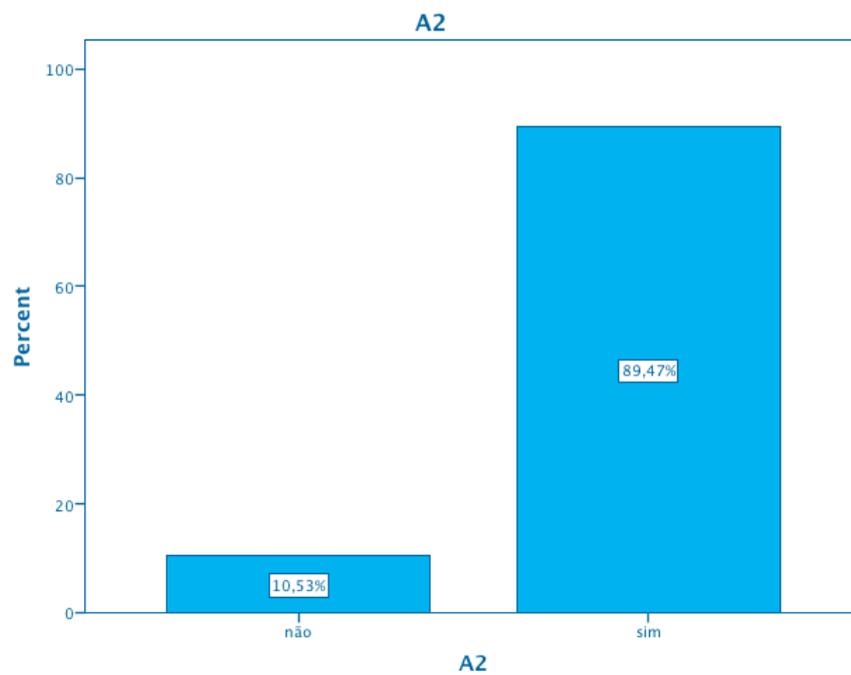
Frequência das práticas de enfermagem implementadas pela equipa de EESMO do CHBM, EPE no 2º estadio do TP com vista à proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, identificadas pelas parturientes

A1	A enfermeira incentivou à adopção de posições não supinas/verticais no parto	75%
A2	A enfermeira permitiu-lhe liberdade de movimentos e de posições enquanto efetuava esforços expulsivos	89,5%
A3	Quando a enfermeira lhe disse que podia fazer força sentia vontade urgente de puxar	71,1%
A4	A enfermeira pediu-lhe para fazer puxos prolongados e em apneia (encher o peito de ar, reter o ar no pulmão e fazer força seguida na contração)	50%
A5	A enfermeira pediu-lhe para fazer força como se estivesse a evacuar	75%
A6	A enfermeira incentivou-a a empurrar apenas à medida que sentisse vontade de o fazer	77,6%
A7	Quando estava a realizar os esforços expulsivos sentiu que a enfermeira pressionava persistentemente o seu períneo	67,1%
A8	Quando estava a realizar os esforços expulsivos efetuaram pressão abdominal para ajudar o bebé a nascer	25%
A9	Quando o bebé estava a nascer sentiu que a enfermeira tivesse colocado a mão no períneo de forma mantida	92,1%
A10	Após saída da cabeça do bebé a enfermeira pediu-lhe para não fazer mais força, e exteriorizou o bebé completamente	94,7%
A11	A enfermeira aplicou água morna no períneo	68,4%

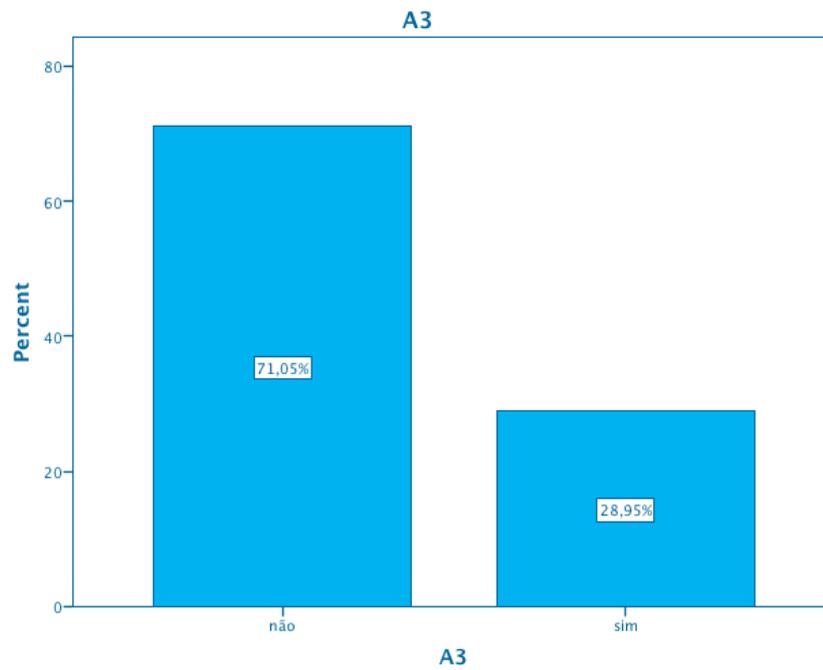
A1: A enfermeira incentivou à adopção de posições não supinas/verticais no parto



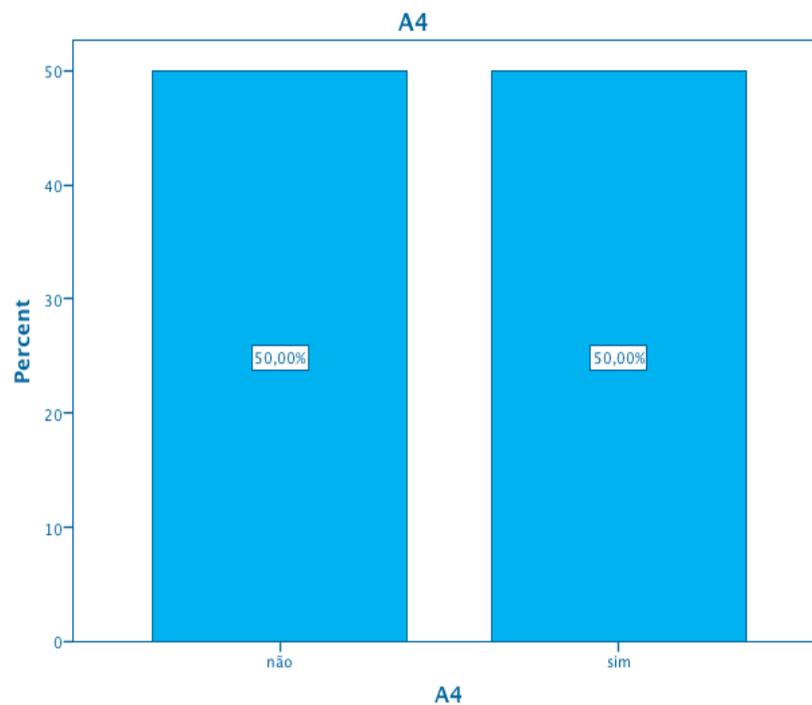
A2: A enfermeira permitiu-lhe liberdade de movimentos e de posições enquanto efetuava esforços expulsivos



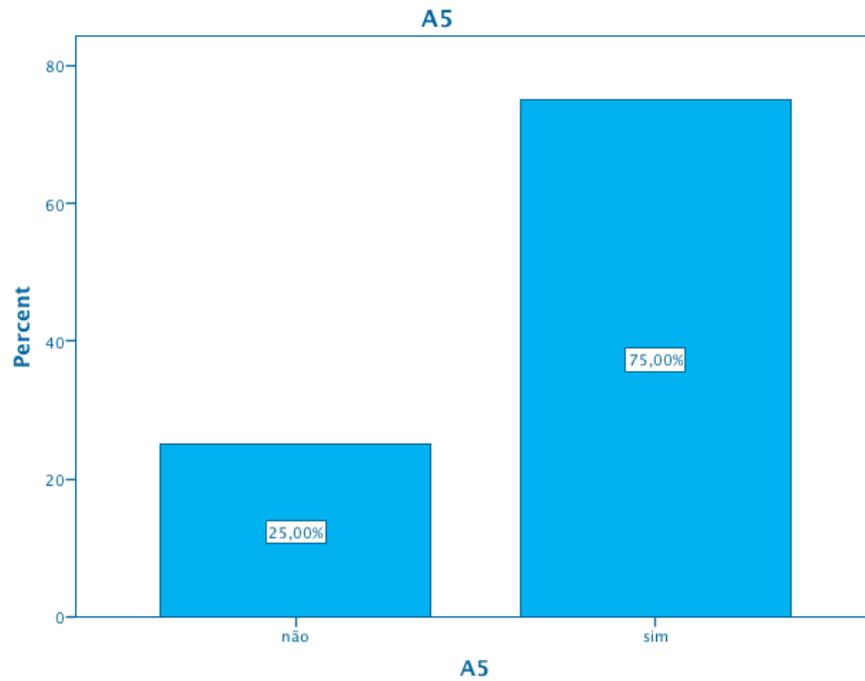
A3: Quando a enfermeira lhe disse que podia fazer força sentia vontade urgente de puxar



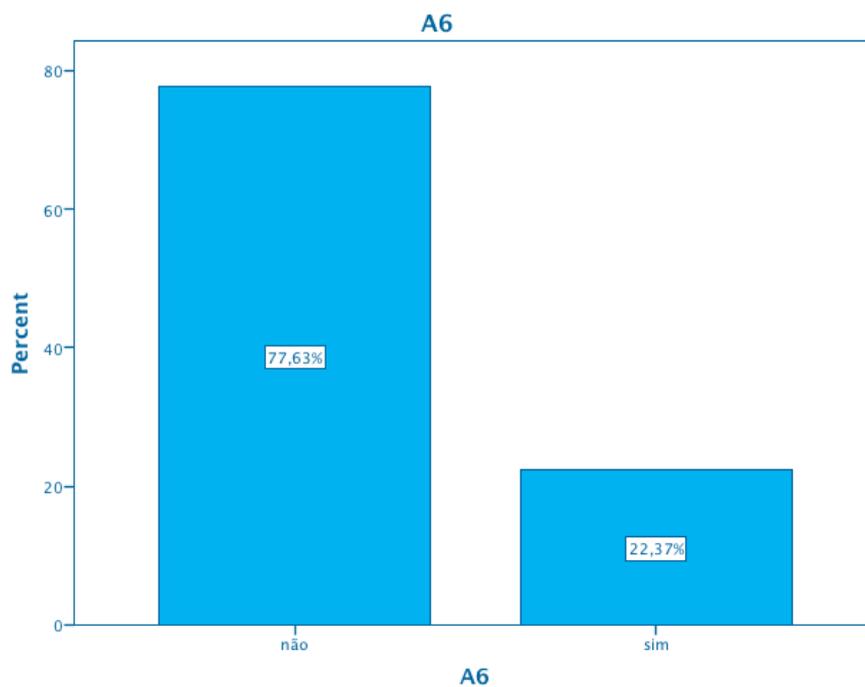
A4: A enfermeira pediu-lhe para fazer puxos prolongados e em apneia (encher o peito de ar, reter o ar no pulmão e fazer força seguida na contração)



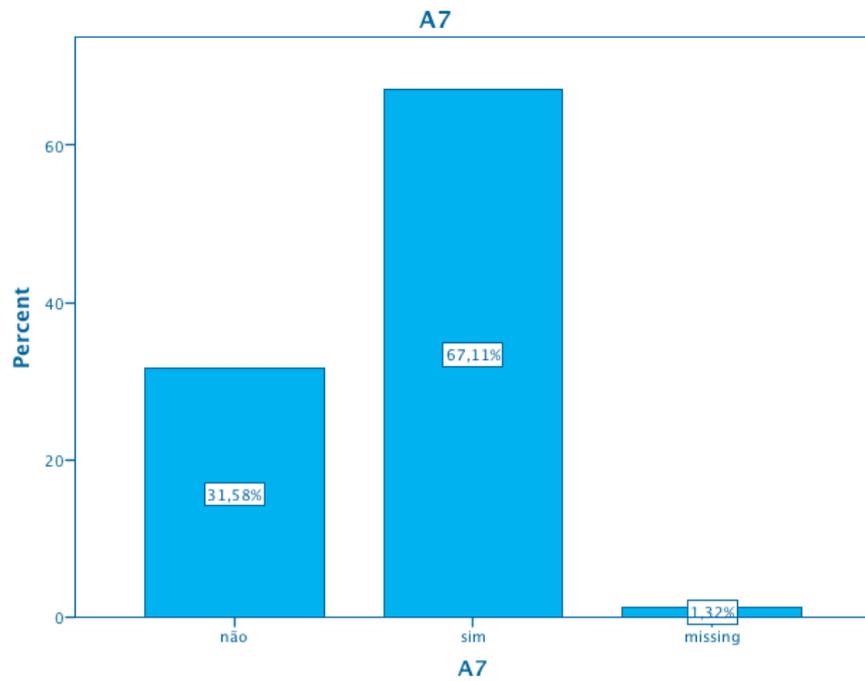
A5: A enfermeira pediu-lhe para fazer força como se estivesse a evacuar



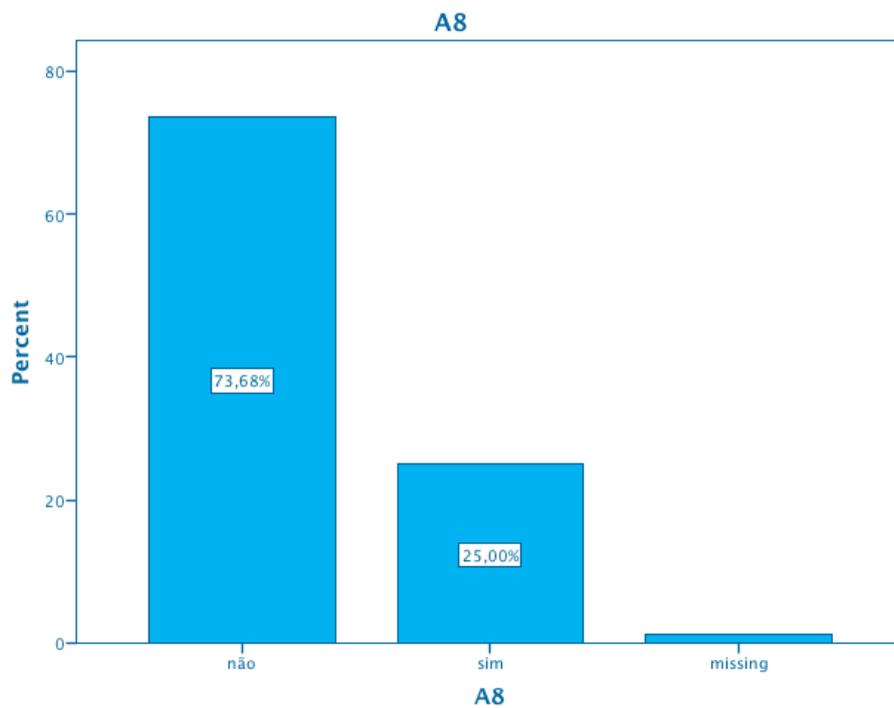
A6: A enfermeira incentivou-a a empurrar apenas à medida que sentisse vontade de o fazer



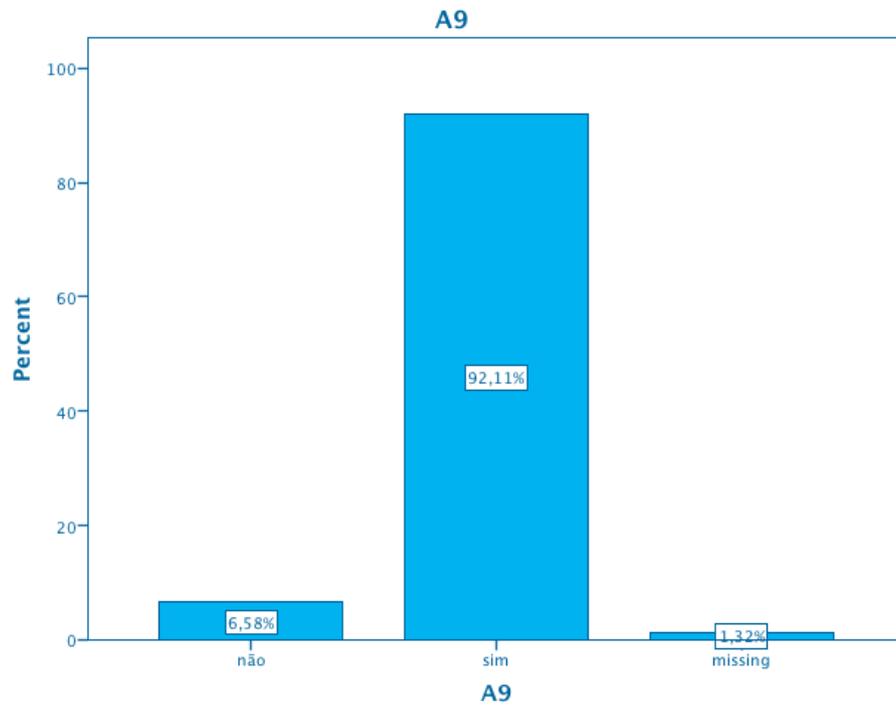
A7: Quando estava a realizar os esforços expulsivos sentiu que a enfermeira pressionava persistentemente o seu períneo



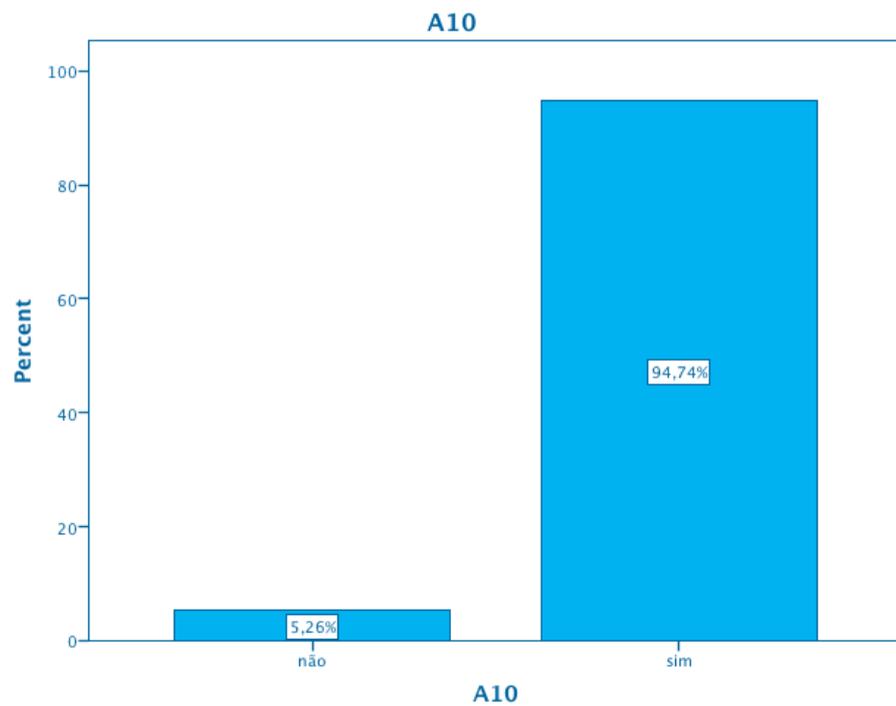
A8: Quando estava a realizar os esforços expulsivos efetuaram pressão abdominal para ajudar o bebé a nascer



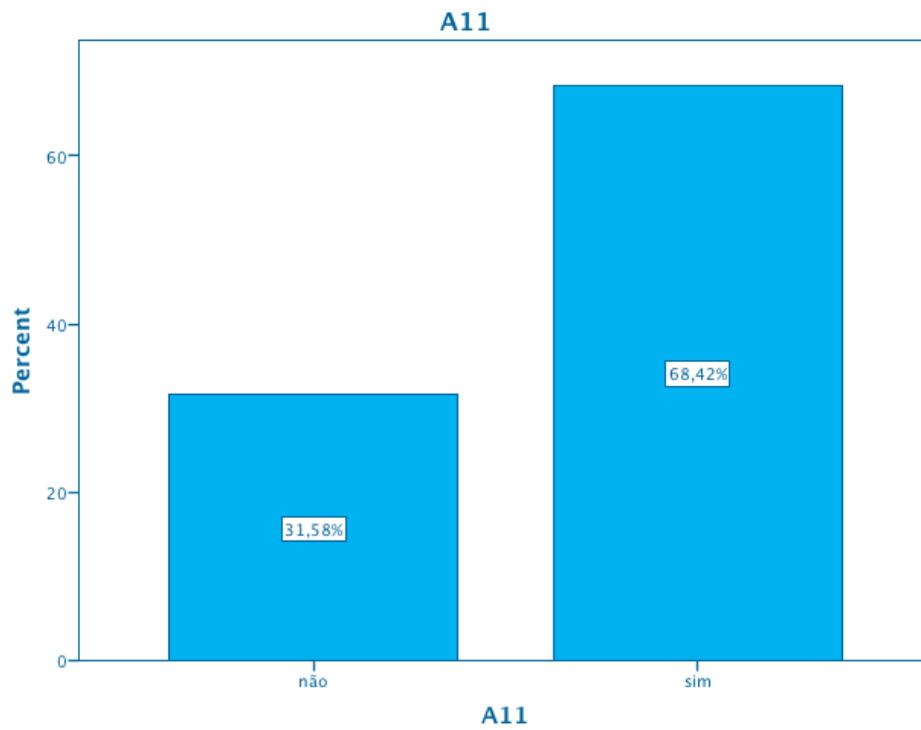
A9: Quando o bebé estava a nascer sentiu que a enfermeira tivesse colocado a mão no períneo de forma mantida



A10: Após saída da cabeça do bebé a enfermeira pediu-lhe para não fazer mais força, e exteriorizou o bebé completamente



A11: A enfermeira aplicou água morna no períneo

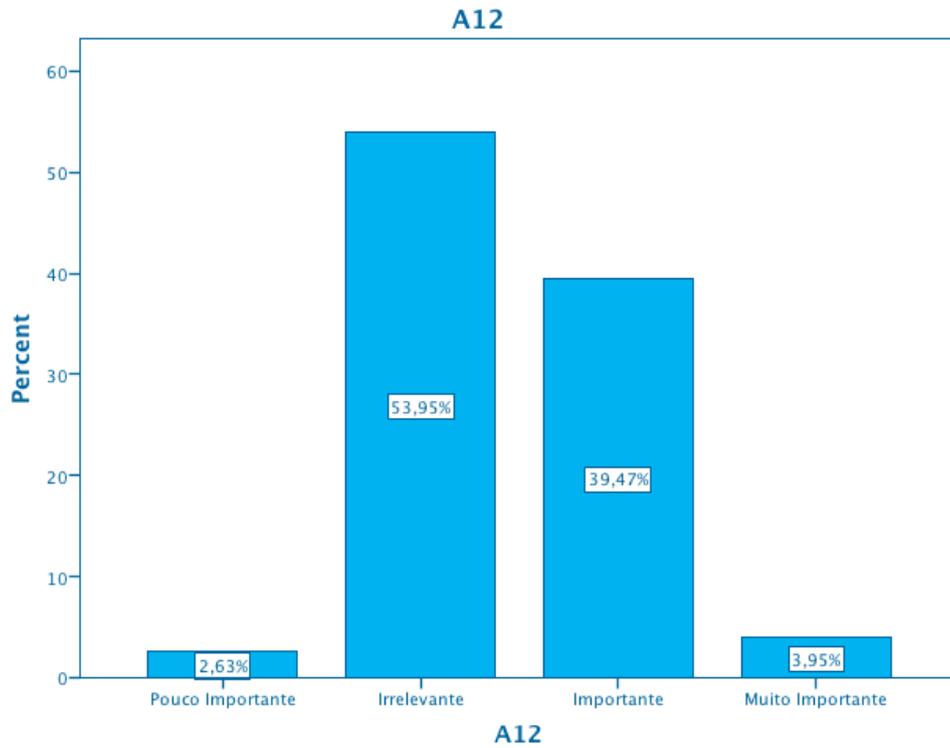


Frequência dos níveis de importância das medidas apresentadas com vista à proteção de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP, atribuídos pelos, na perspetiva da parturiente

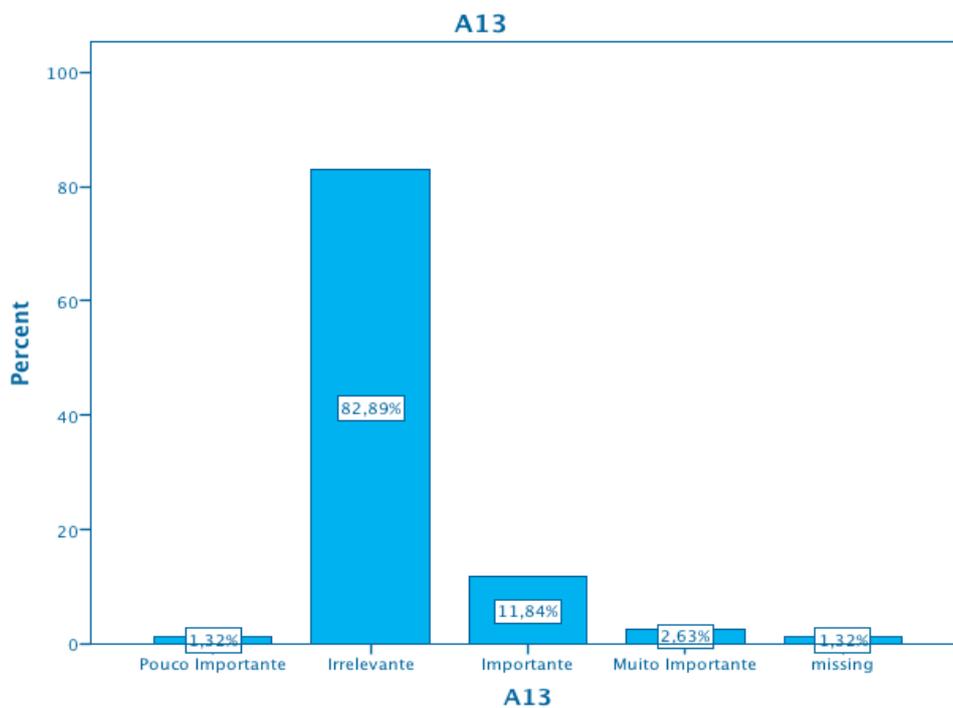
1	2	3	4	5
Não importante	Pouco importante	Irrelevante	Importante	Muito importante

		1	2	3	4	5
A12	Posição verticalizada no momento do parto (sentada, de lado, de cócoras, de gatas, de pé)			53,9%	39,5%	
A13	Fazer força apenas quando se sente vontade urgente de puxar			82,9%		
A14	Evitar fazer esforços prolongados e em apneia			82,9%		
A15	Evitar a manipulação persistente do períneo			50%	34,2%	
A16	Manter a mão no períneo e controlar a saída da cabeça do bebé				81,6%	
A17	Evitar colocar a mão no períneo e controlar a saída da cabeça do bebé			84,2%		
A18	Evitar a realização de pressão no abdómen durante a realização dos esforços expulsivos				88,2%	
A19	Aplicar água morna no períneo				30,3%	30,3%

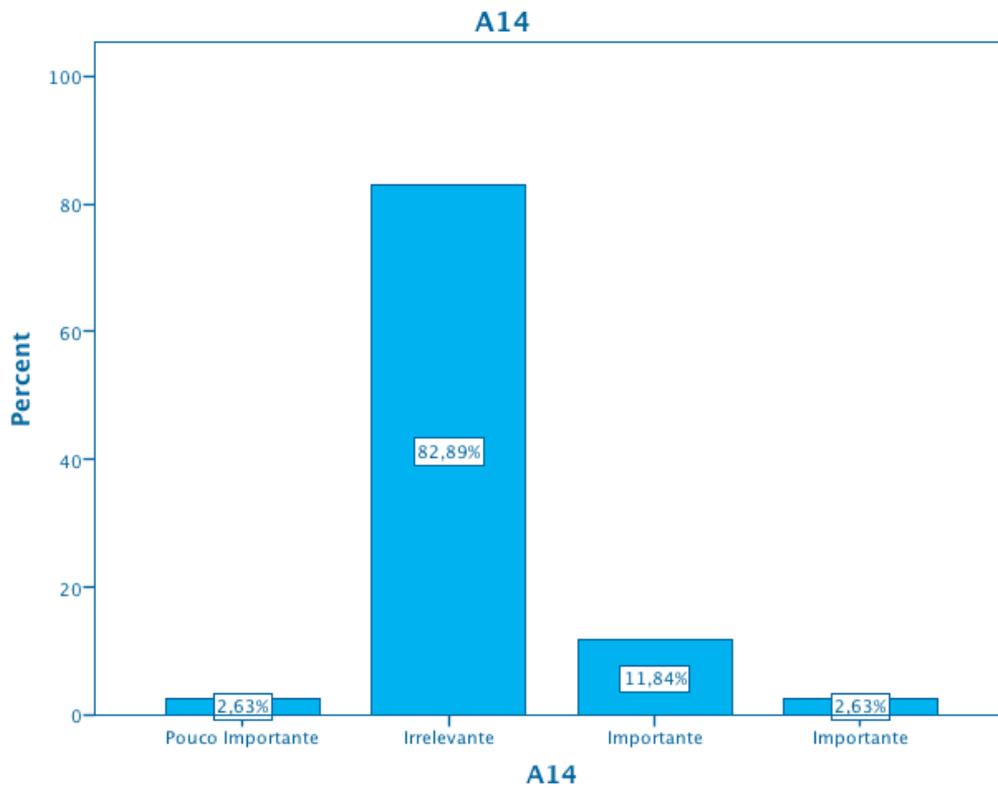
A12: Posição verbalizada no momento do parto (sentada, de lado, de cócoras, de gatas, de pé)



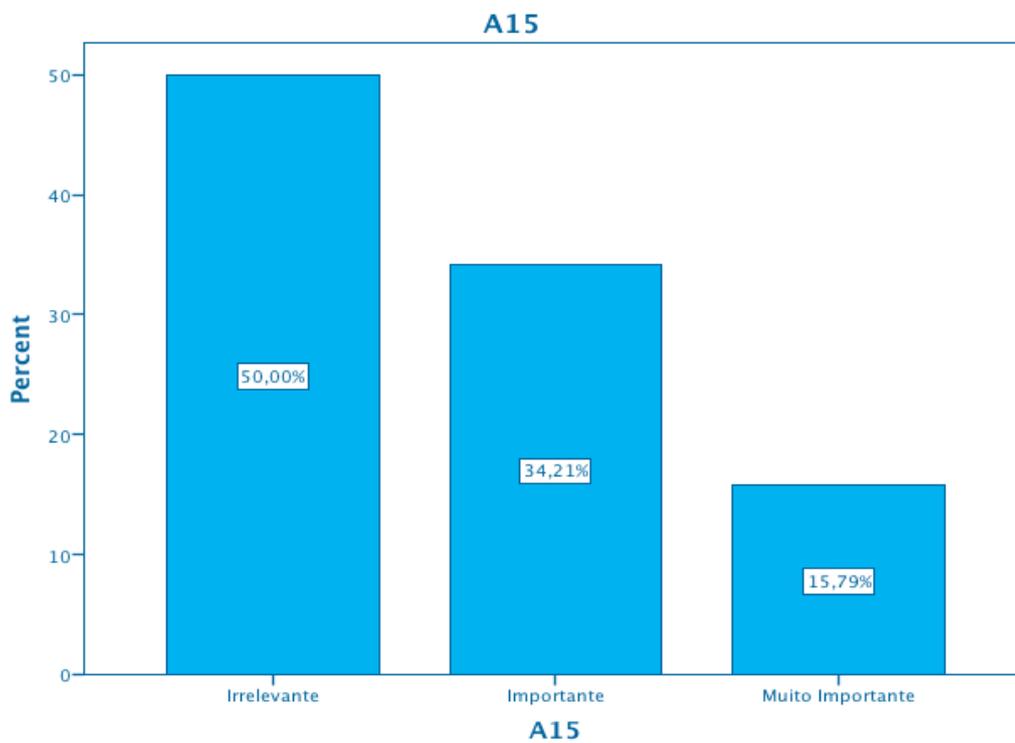
A13: Fazer força apenas quando se sente vontade urgente de puxar



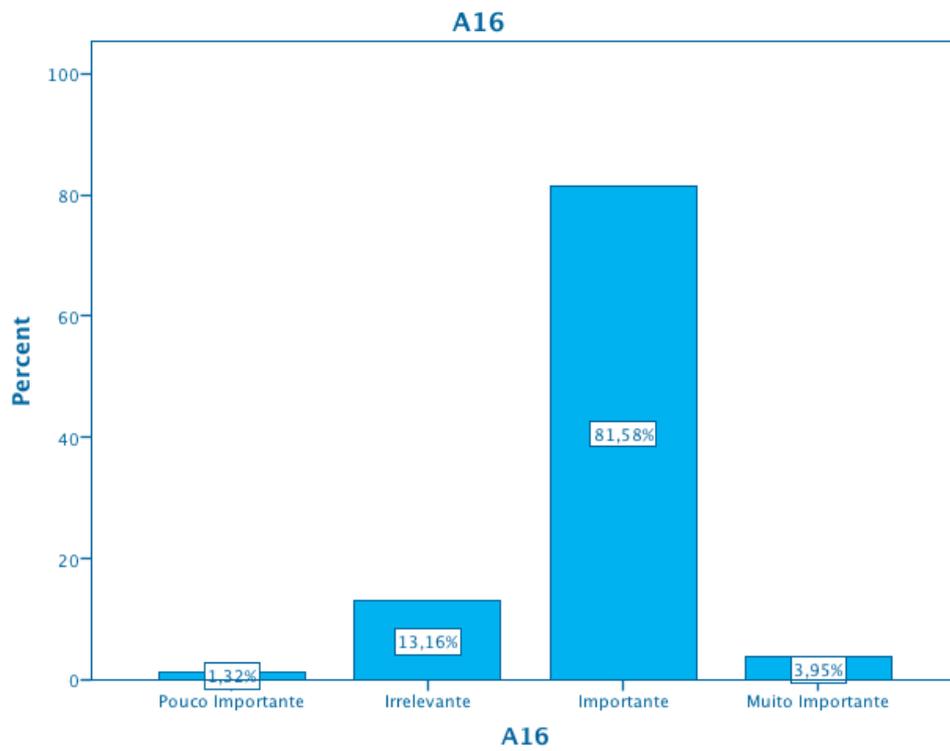
A14: Evitar fazer esforços prolongados e em apneia



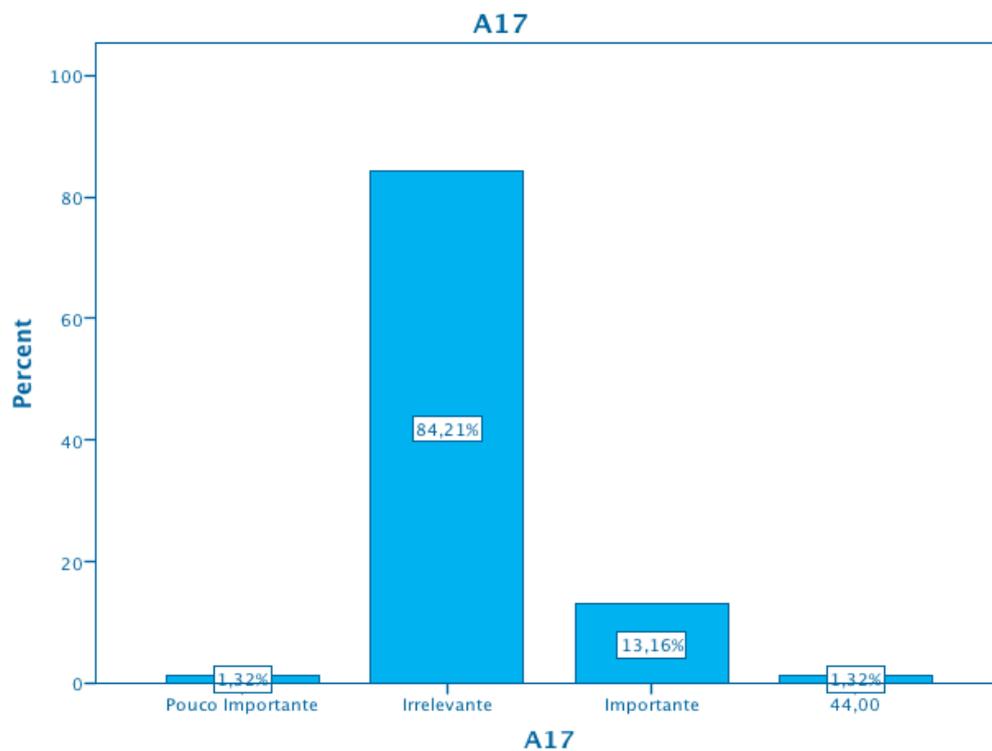
A15: Evitar a manipulação persistente do períneo



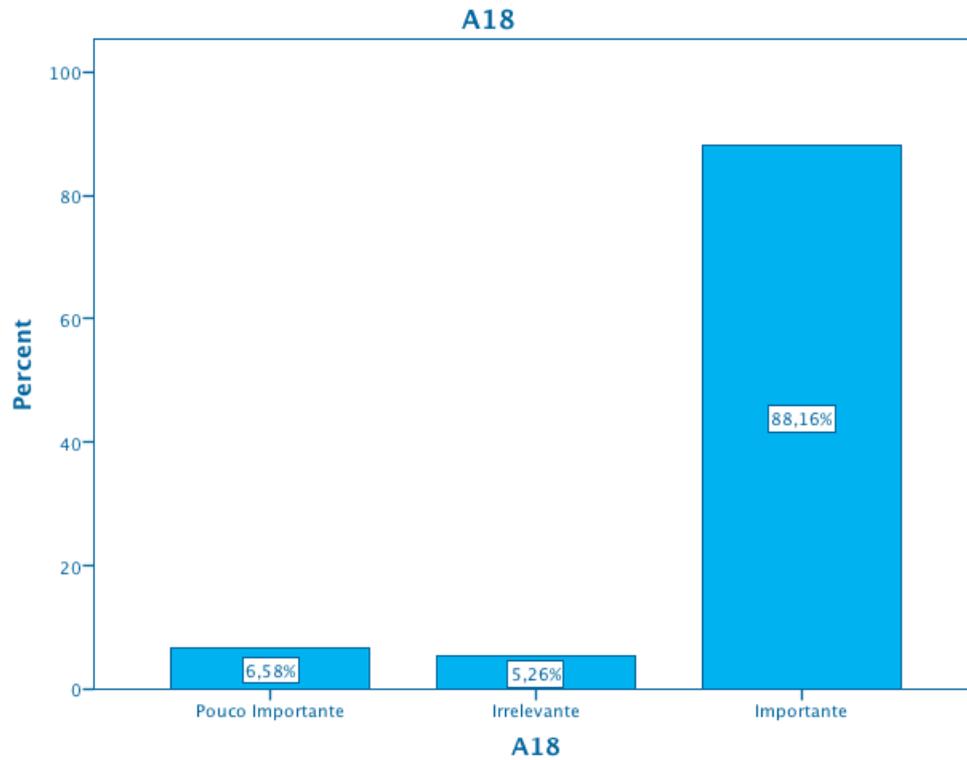
A16: Manter a mão no períneo e controlar a saída da cabeça do bebé



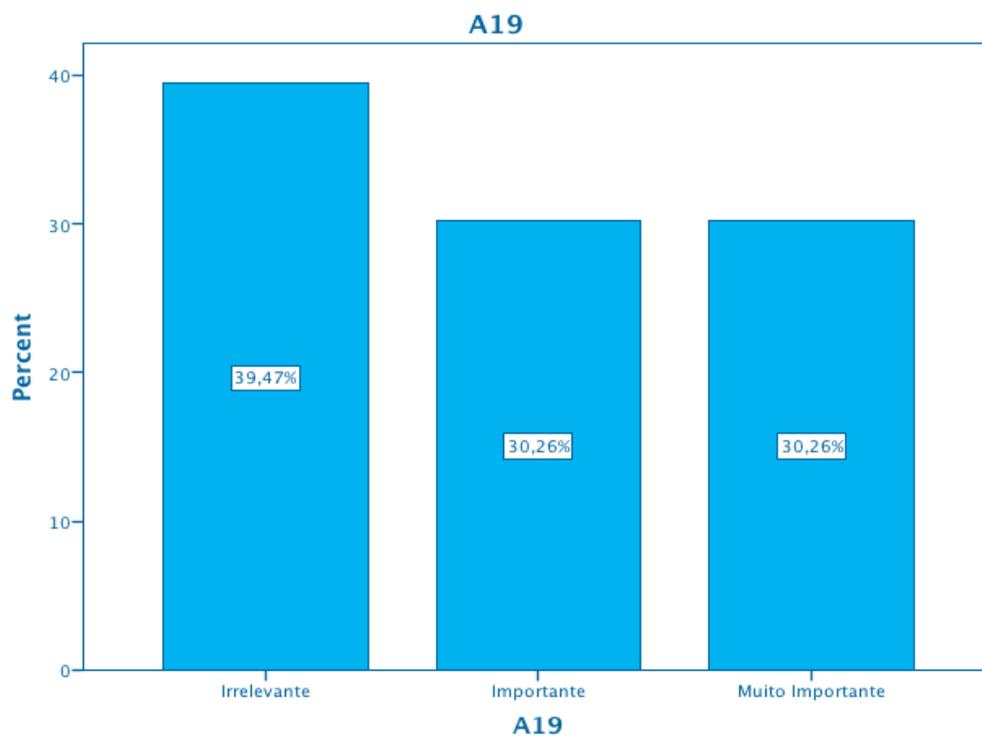
A17: Evitar colocar a mão no períneo e controlar a saída da cabeça do bebé



A18: Evitar a realização de pressão no abdómen durante a realização dos esforços expulsivos

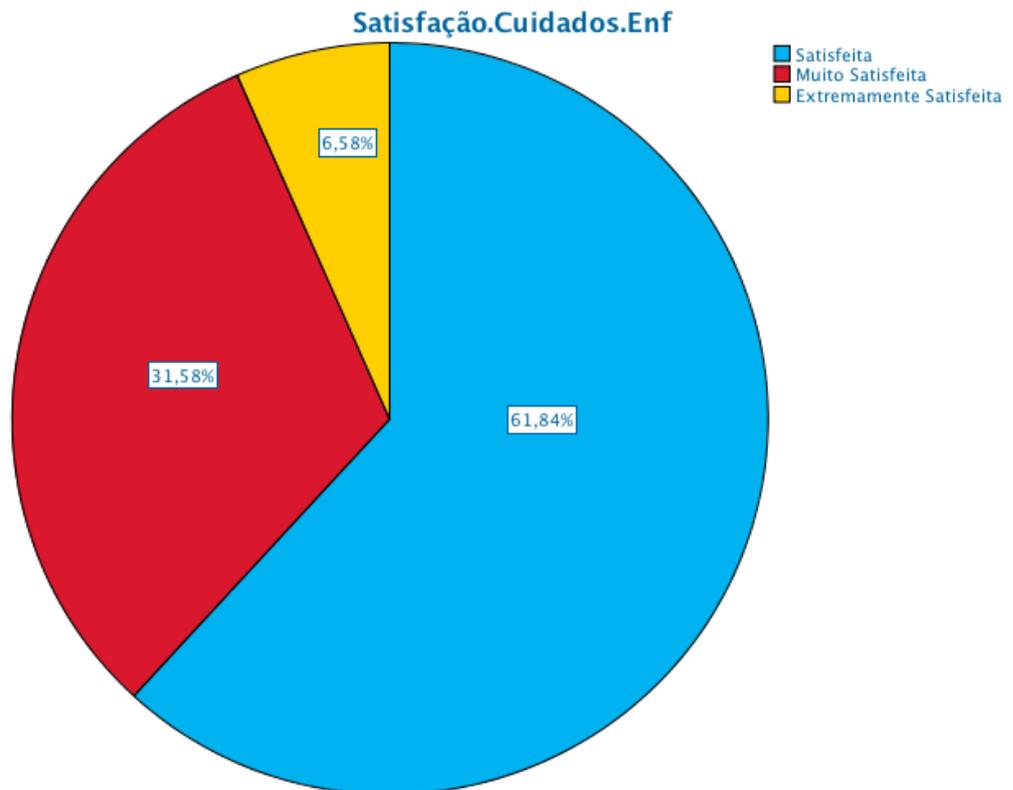


A19: Aplicar água morna no períneo



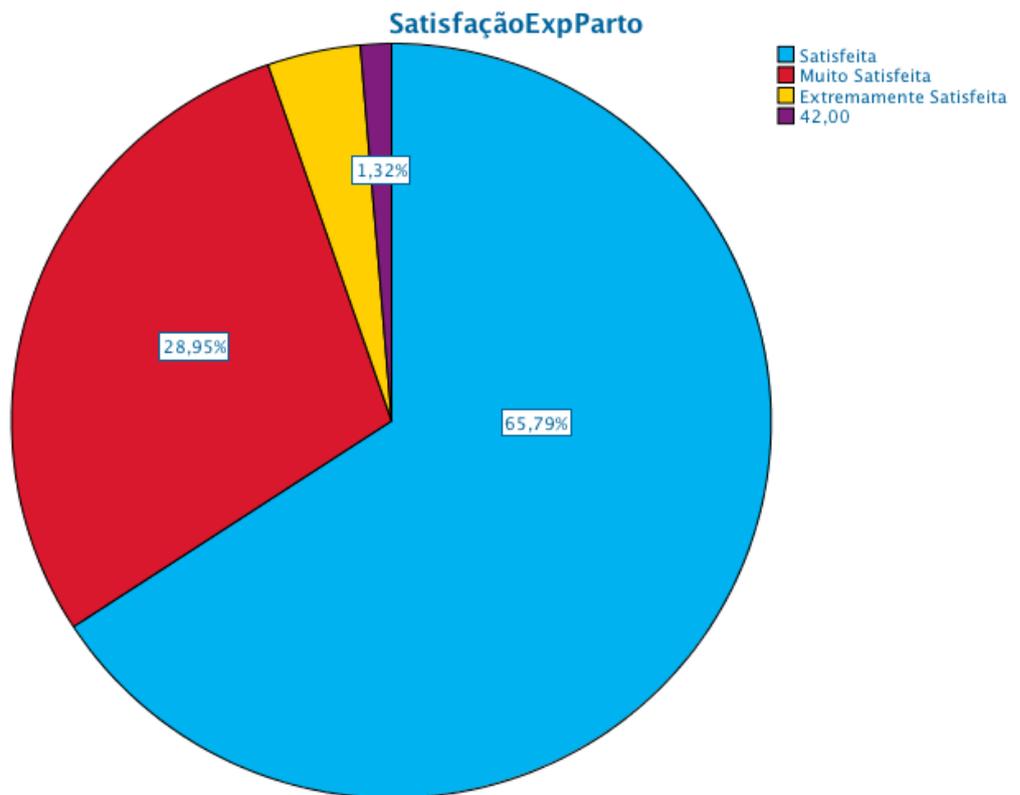
Frequência da Satisfação da parturiente relativamente aos cuidados de enfermagem durante o parto

1	2	3	4	5
Nada Satisfeita	Pouco Satisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita	Extremamente Satisfeita
			61,8%	



Frequência da Satisfação das parturientes relativamente à Experiência do Parto

1	2	3	4	5
Nada Satisfeita	Pouco Satisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita	Extremamente Satisfeita
			65,8%	



Apêndice K: Apresentação do Projeto de Intervenção: Medidas Protetoras do Traumatismo e Disfunções do Pavimento Pélvico no 2º estadio do TP – Plano da Sessão e Diapositivos de apoio

PLANO DA SESSÃO

- ✓ **ÂMBITO:** Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
- ✓ **TEMA:** Apresentação do Projeto de Intervenção: Medidas Protetoras do Traumatismo e Disfunções do Pavimento Pélvico no 2º estadio do TP
- ✓ **LOCAL:** Sala de Preparação para o Parto, CHBM, EPE
- ✓ **DATA:** 13 Março 2017
- ✓ **HORAS:** 9h30min
- ✓ **DURAÇÃO:** 30min
- ✓ **METODOLOGIA:** Expositiva
- ✓ **PRELETORA:** EESMO Carina de Sousa
- ✓ **POPULAÇÃO-ALVO:** EESMO's do SUOG, Obsterícia e Consulta de Saúde Materna do CHBM, EPE
- ✓ **OBJETIVO GERAL:** Apresentar o Projeto de Intervenção de melhoria de cuidados: Medidas Protetoras do Traumatismo e Disfunções do Pavimento Pélvico no 2º estadio do TP
- ✓ **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Informar sobre o tema e conteúdo do projeto; Envolver a equipa para a implementação do projeto; Promover o debate e partilha de ideias
- ✓ **CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:** Pertinência do tema e contextualização da problemática; Fases de implementação do projeto; Finalidade, objetivos específicos, atividades planeadas e resultados esperados com a implementação do projeto.



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



Mestrado em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstetrícia
2016/2017

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:
MEDIDAS PROTETORAS DE
TRAUMATISMOS E
DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO
PÉLVICO NO 2º ESTADIO DO
TRABALHO DE PARTO**

Discente: Carina de Sousa

Orientadora Pedagógica: Professora Doutora Otilia Zangão

Perceptor: EESMO Luis Miranda

OBJETIVOS

○ OBJETIVO GERAL:

- Apresentar o Projeto de Intervenção de melhoria de cuidados: Medidas Protetoras do Traumatismo e Disfunções do Pavimento Pélvico no 2º Estadio do TP

○ OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Informar sobre o tema e conteúdo do projeto;
- Envolver a equipa para a implementação do projeto;
- Promover o debate e partilha de ideias

PERTINÊNCIA...

- Modificação na assistência ao parto
- Assistência no parto intervencionista e rotineira, independentemente do nível de risco obstétrico
- Aumento do risco do traumatismo e Disfunções do Pavimento Pélvico (DPP)
- Impacto negativo que pode gerar na qualidade de vida da mulher após o parto, condicionando a sua adaptação à parentalidade, os seus relacionamentos sociais, sexuais/conjugais e as suas diversas actividades da vida diária

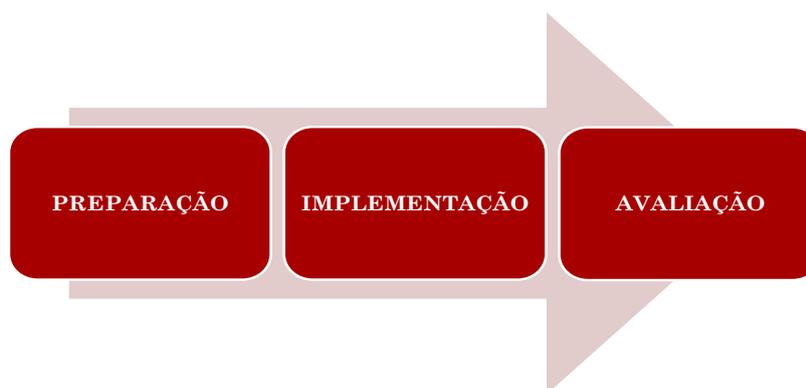
PERTINÊNCIA...

- Urge a necessidade do EESMO mudar a sua prática, o seu cuidar, na assistência ao parto com vista a reduzir o risco de traumatismos e, conseqüentemente, as DPP, com todas as suas morbilidades associadas.
- Procura-se uma assistência no trabalho de parto (TP) e parto que, tire partido dos benefícios dos avanços tecnológicos, interventiva se, e, o quanto necessário, proporcionando à mulher elevados níveis de satisfação e uma vivência positiva do trabalho de parto e parto e, pós parto.

PERTINÊNCIA...

- Com vista à mudança:
 - Debate há mais de 20 anos
 - 2012 a OE ratificou um documento de Consenso intitulado “Pelo Direito ao Parto Normal – Uma visão partilhada”
 - boas práticas para assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento, emanadas pela OMS em 1996
 - medidas que visam a protecção do traumatismo e disfunção do pavimento pélvico
 - 2013 o “Projecto Maternidade com Qualidade” com o objectivo de influenciar os indicadores da prática clínica

FASES DO PROJETO



FASE DE PREPARAÇÃO

- Reunião com os Enfermeiros com funções de chefia do Bloco de Partos (BP) e Obstetria
- Reunião com a orientadora pedagógica do projeto
- Elaboração escrita do projeto
- Preenchimento e entrega de documentação (proposta de projeto e formulário de avaliação de projeto pela Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar), nos serviços académicos da UE e no Conselho de Administração/Comissão de Ética do CHBM, EPe

Objetivo Geral

- Promover medidas protetoras do traumatismo e DPP, em mulheres com baixo risco obstétrico, durante o segundo estadio do TP.

Objetivos Específicos

- Avaliar os cuidados prestados, pela equipa EESMO do CHBM, EPE na implementação de medidas protetoras do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o 2º estadio do TP;
- Sensibilizar a equipa EESMO do CHBM, EPE para o impacto do parto vaginal no desenvolvimento de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico e medidas de protetoras no 2º estadio do TP;
- Identificar os resultados na preservação da integridade perineal com a implementação de medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, pela equipa EESMO do CHBM, EPE, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o 2º estadio do TP;
- Sensibilizar a mulher para as medidas preventivas e protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico, na gravidez e parto.

FASE DE IMPLEMENTAÇÃO

Objetivo Específico I

- Elaboração de um questionário
- Aplicação do questionário à equipa EESMO do BP e SUOG do CHBM, EPE
- Divulgação dos resultados obtidos

- Identificar as práticas do EESMO na implementação de medidas protetoras do traumatismo e DPP, em mulheres de baixo risco obstétrico, durante o 2º estadio do TP.
- Identificar as dificuldades (limitações/fatores inibidores) na implementação dessas medidas.

FASE DE IMPLEMENTAÇÃO

Objetivo Específico II

Revisão da literatura/pesquisa de evidência científica sobre a temática.

- Realização de uma sessão de formação à equipa EESMO do BP e SUOG do CHBM, EPE.

- Rever conhecimentos sobre anatomia, funcionalidade do pavimento pélvico e DPP

- Identificar os fatores de risco associados ao desenvolvimento de DPP

- Compreender o impacto do parto vaginal no desenvolvimento de DPP

- Identificar as medidas protetoras do trauma e DPP no 2º estadio do TP

- Apresentar evidencia científica sobre os benefícios das medidas protetoras do traumatismo e DPP, no segundo estadio TP

FASE DE IMPLEMENTAÇÃO

Objetivo Específico III

- Realização de um estudo exploratório e descritivo.

- Aplicação de um questionário às mulheres incluídas no estudo.

- Apresentação dos resultados à equipa de enfermagem.

- Apresentar resultados que comprovem os benefícios das medidas protetoras do traumatismo e DPP na preservação da integridade perineal.

- Avaliar os cuidados prestados pela equipa EESMO do CHBM, EPE na implementação de medidas protetoras do traumatismo e DPP

ESTUDO EXPLORATÓRIO E DESCRITIVO

Influência das medidas protetoras do traumatismo e DPP

- Variável Materna:
- Integridade Perineal

ESTUDO EXPLORATÓRIO E DESCRITIVO

Amostra Técnica de Amostragem

- Puérperas
- De Conveniência

Critérios de Inclusão

- Mulheres que pretendam aderir ao estudo
- Mulher com idade ≥ 19 anos;
- Mulher com gravidez de baixo risco obstétrico
- TP espontâneo
- IG $\geq 37s$ e $\leq 42s$
- Parto Eutócico
- 1º Parto

Critérios de Exclusão

- Indução de Trabalho de Parto
- Parto Gemelar
- Apresentação Pélvica
- Parto por forceps ou ventosa

ESTUDO EXPLORATÓRIO E DESCRITIVO

Instrumento de Colheita de Dados

- Questionário

Medidas Protetoras de Traumatismo e DPP no 2º estadio TP

- Posições Verticalizadas
- Esforços Expulsivos Espontâneos (início espontâneo da realização dos esforços, curtos períodos de apneia, mínima manipulação do períneo)
- Técnica de Suporte Perineal (Hands Off/Hands On)
- Episiotomia Seletiva
- Não realização da Manobra de Kristler
- Aplicação de água aquecida

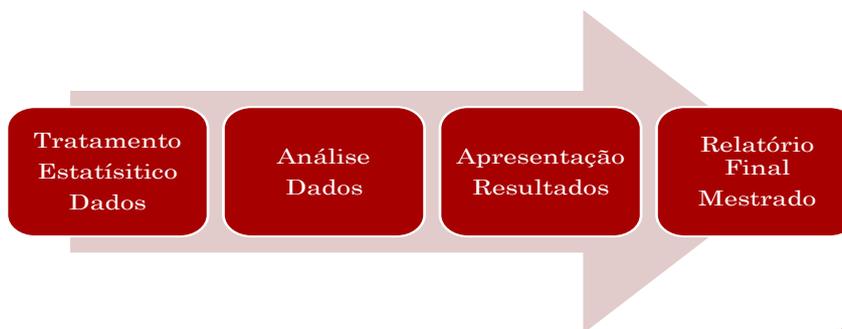
FASE DE IMPLEMENTAÇÃO

Objetivo Específico IV

- Realização de um folheto informativo: Porque é o Pavimento Pélvico Tão Importante Para a Mulher?

- Alertar a mulher para as DPP como problema de saúde pública e impacto na sua qualidade de vida.
- Informar a mulher sobre os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico.
- Divulgar a relação positiva entre um pavimento pélvico fortalecido na prevenção DPP (diminuição do risco de traumatismo perineal no parto)
- Informar as mulheres sobre as medidas protetoras de traumatismos e DPP no 2º estadio do TP

FASE DE AVALIAÇÃO



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fritel, X; Varnoux, N; Zins, M; Breart, G & Ringa, V. (2009). Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors. *Obstetrics & Gynecology*, 113(3), 609-616. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2850374/>
- Frye, A. (2010). *Healing Passage - A Midwife's Guide to the Care and Repair of the Tissues Involved in Birth*. 6th Edition. Portland, Oregon: Labrys Press.
- Handa, VL; Harris, TA & Ostergard, DR. (1996). Protecting the Pelvic Floor: Obstetric Management to Prevent Incontinence and Pelvic Organ Prolapse. *Obstetrics & Gynecology*, 88(3), 470-478.
- Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029784496001512>
- Handa, VL; Zyczynski, HM; Burgio, KL; Fitzgerald, MP; Borello-France, D; Janz, NK; Fine, PM; Whitehead, W; Brown, MB & Weber AM. (2007). The impact of fecal and urinary incontinence on quality of life 6 months after childbirth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 197-636.e1-636.e6. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3076510/>
- Kitzinger, S. (1996). *Mães - Um estudo antropológico da Maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.
- Maglinte, DD; Kelvin, FM; Fitzgerald, K; Hale, DS & Benson, JT. (1999). Association of compartment defects in pelvic floor dysfunction. *American Journal of Roentgenology*, 172, 439-444. Recuperado de <http://www.scribd.com/doc/11022344/ajr-172-2-439-444>
- Mascarenhas, T. (2006). Traumatismo obstétrico do pavimento pélvico - Implicações urinárias. (Tese de Doutoramento publicada). Faculdade de Medicina da Universidade, Porto.
- Recuperado de [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/Mv%20Documents/Downloads/1_Monografia%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/Mv%20Documents/Downloads/1_Monografia%20(1).pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Número de referência who/frh/msm 96.24. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoDE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstetricaGinecologica_aprovadoAC20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Pelo direito ao parto normal - uma visão partilhada*. Lisboa. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro_Parto_Normal.pdf

Apêndice L: Apresentação dos resultados dos questionários aplicados à equipa de EESMO – Plano de Sessão e Diapositivos de apoio

PLANO DA SESSÃO

- ✓ **ÂMBITO:** Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
- ✓ **TEMA:** Apresentação dos resultados dos questionários aplicados à equipa de EESMO do CHBM, EPE
- ✓ **LOCAL:** Sala de Preparação para o Parto, CHBM, EPE
- ✓ **DATA:** 02 Maio 2017
- ✓ **HORAS:** 9h30min
- ✓ **DURAÇÃO:** 30min
- ✓ **METODOLOGIA:** Expositiva
- ✓ **PRELETORA:** EESMO Carina de Sousa
- ✓ **POPULAÇÃO-ALVO:** EESMO's do SUOG, Obsterícia e Consulta de Saúde Materna do CHBM, EPE
- ✓ **OBJETIVO GERAL:** Apresentar os resultados da aplicação do questionário para avaliação das práticas promovidas pela equipa EESMO com vista à proteção do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico, em mulheres com baixo risco obstétrico, no 2º estadio do trabalho de parto
- ✓ **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Analisar os resultados obtidos da aplicação do questionário aos EESMO's; Promover o debate e a partilha de ideias
- ✓ **CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:** Elaboração dos construtos para avaliação das práticas da equipa de EESMO na implementação de medidas protetoras de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico; Metodologia e tratamento estatístico; caracterização sóciodemográfica e experiência profissional da equipa de EESMO; conhecimentos da equipa de EESMO do CHBM, EPE sobre medidas protetoras do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico; práticas da equipa de EESMO do CHBM, EPE com vista à implementação das medidas protetoras de traumatismo e disfunção do pavimento pélvico: posição verticalizada, esforços expulsivos espontâneos, aplicação de calor, não realização da manobra de *Kristeller*, episiotomia seletiva e técnica de proteção perineal; Limitadores e/ou inibidores da implementação de medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico; diagnóstico da situação.



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



Mestrado em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstetrícia
2016/2017

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS À EQUIPA DE EESMO

Discente: Carina de Sousa
Orientadora Pedagógica: Professora Doutora Otilia Zangão
Percetor: EESMO Luís Miranda

OBJETIVOS

o OBJETIVO GERAL:

- Apresentar os resultados da aplicação do questionário para avaliação das práticas promovidas pela equipa EESMO com vista à proteção do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico, em mulheres com baixo risco obstétrico, no 2º estadio do trabalho de parto

o OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analisar os resultados obtidos da aplicação do questionário aos EESMO's
- Promover o debate e partilha de ideias

AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DA EQUIPA DE EESMO

Secção 1

• Dados Sociodemográficos

Secção 2

• Experiência Profissional

Secção 3

• Medidas protetoras do traumatismo e DPP no 2º estadio de TP

AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DA EQUIPA DE EESMO

Secção 4

- Intervenções de enfermagem no 2º estadio do TP com vista à proteção do traumatismo e DPP
- Importância atribuída às medidas com vista à proteção de traumatismos e DPP

Secção 5

- Limitadores/Inibidores na implementação de medidas protetoras do traumatismo e DPP no 2º estadio do TP

AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DA EQUIPA DE EESMO

Intervenções de enfermagem no 2º estadio do TP com vista à proteção do traumatismo e DPP

Elaboração Construto:

- 15 ítems
- Medidas protetoras de traumatismos e disfunções pélvicas no 2º estadio do TP, com base nas recomendações da OMS (1996) para a assistência ao parto normal
- Escala de Likert: 1) Nunca, 2) Raramente, 3) Às vezes, 4) Frequentemente 5) Sempre

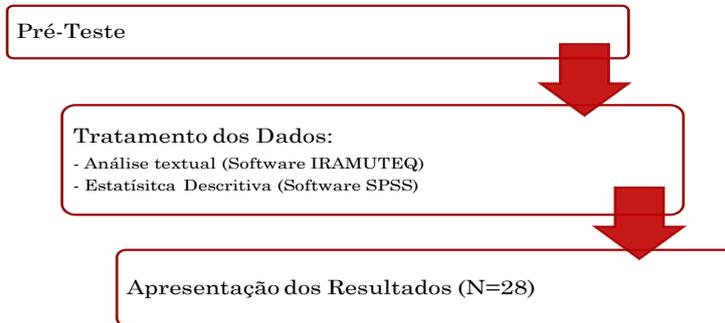
AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DA EQUIPA DE EESMO

Importância atribuída às medidas com vista à proteção de traumatismos e DPP

Elaboração Construto:

- 9 ítems
- Medidas protetoras de traumatismos e disfunções pélvicas no 2º estadio do TP, com base nas recomendações da OMS (1996) para a assistência ao parto normal
- Escala de Likert: 1) Não importante, 2) Pouco importante, 3) Irrelevante, 4) Importante e 5) Muito Importante

AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DA EQUIPA DE EESMO

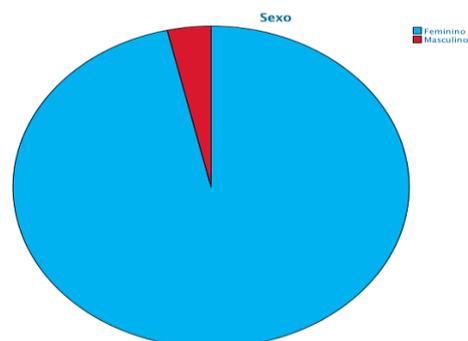


APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

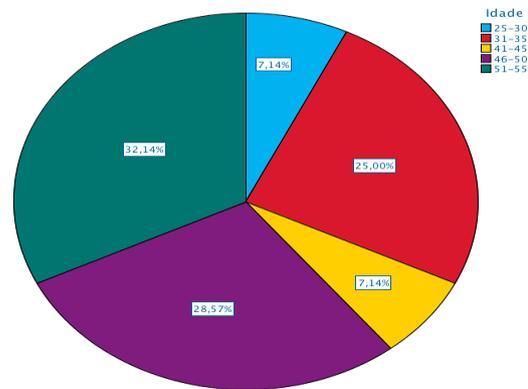
Caracterização Sociodemográfica

- Idade
- Sexo
- Habilitações Literárias

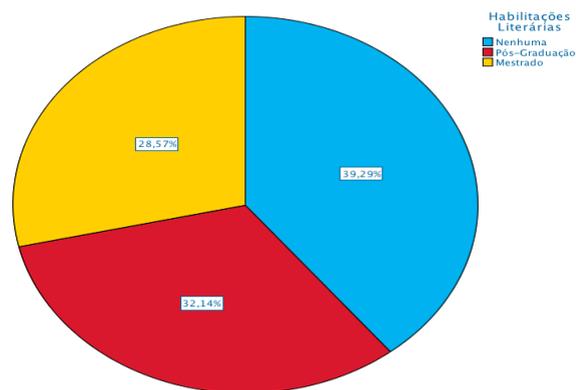
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS



APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS



APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS



APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Experiência Profissional

- Tempo de Exercício Profissional como EESMO
- Tempo de Exercício Profissional como EESMO no CHBM-EPE

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Práticas de Enfermagem no 2º Estadio do TP com vista à proteção do períneo e DPP POSICÕES VERTICALIZADAS

	1	2	3	4	5
Incentiva a adopção de posições não supinas/ verticais, no 2º estadio TP			17,9	46,4	35,7
Permite a liberdade de movimentos e de posições, no 2º estadio TP			14,3	39,3	46,4
Utiliza posições não supinas/verticais, no 2º estadio TP		7,1	25	39,3	28,6

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Práticas de Enfermagem no 2º Estadio do TP com vista à proteção do períneo e DPP ESFORÇOS EXPULSIVOS ESPONTÂNEOS

	1	2	3	4	5
Incentiva a realização de esforços expulsivos dirigidos	3,6	7,1	39,3	42,9	7,1
Incentiva a realização de esforços expulsivos espontâneos			10,7	67,9	21,4
Incentiva a realização de esforços expulsivos imediatamente após dilatação completa, independentemente da mulher sentir vontade de puxar	39,3	46,4	10,7		3,6
Incentiva a realização de esforços expulsivos prolongados em apneia	28,6	39,3	21,4	10,7	
Dirige esforços expulsivos através da distensão/manipulação do períneo	14,3	28,6	28,6	28,6	
Incentiva a realização de esforços expulsivos após dilatação completa e apenas quando a mulher sente vontade urgente de puxar	7,1	3,6	39,3	42,9	7,1
Incentiva a realização de esforços expulsivos direccionados para o triângulo posterior do períneo	3,6	7,1	50	32,1	7,1

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Práticas de Enfermagem no 2º Estadio do TP com vista à proteção do períneo e DPP APLICAÇÃO CALOR/MANOBRA DE KRISTELLER/ EPISIOTOMIA SELETIVA/ TÉCNICA DE PROTEÇÃO PERINEAL

	1	2	3	4	5
Efectua aplicação de água morna no períneo	32,1	25	28,6	14,3	
Utiliza a manobra de Kristeller (pressão manual no fundo uterino)	32,1	42,9	21,4	3,6	
Utiliza a técnica de episiotomia		17,9	75	7,1	
Utiliza a manobra "hands-on" para proteger o períneo e controlar a saída do pólo cefálico no período expulsivo		17,9	14,3	39,3	28,6
Utiliza a manobra "hands-off" para proteger o períneo e controlar a saída do pólo cefálico no período expulsivo	25	25	21,4	28,6	

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Importância atribuída às medidas com vista à proteção do traumatismo e DPP

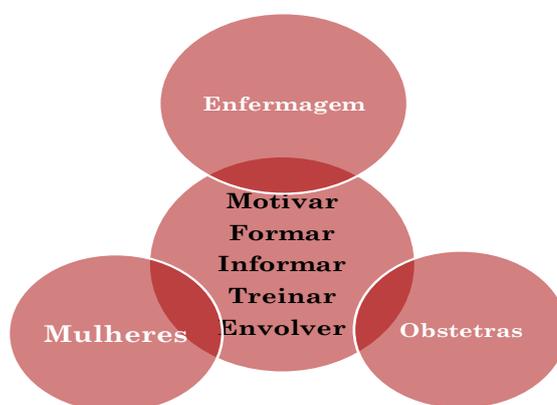
	1	2	3	4	5
Adoção de posições não supina/ verticais				14,3	85,7
Realização de esforços expulsivos espontâneos			3,6	28,6	67,9
Evitar a indicação de realização de esforços expulsivos prolongados e em apneia	3,6		17,9	50	28,6
Evitar a manipulação do períneo	7,1	7,1		57,1	28,6
Evitar a indicação de esforços expulsivos direcionados para o triângulo posterior do períneo	7,1	17,9	35,7	28,6	10,7
Aplicação de calor		3,6	32,1	50	14,3
Manobra “hands on” para proteger o períneo e controlar a saída do pólo cefálico no período expulsivo	3,6	7,1	10,7	42,9	35,7
Manobra “hands off” para proteger o períneo e controlar a saída do pólo cefálico no período expulsivo	21,4	25	14,3	28,6	10,7
Evitar a realização da manobra de Kristeller		7,1	10,7	46,4	35,7

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Limitadores/Inibidores da implementação de medidas protetoras do traumatismo e DPP

Estrutura do serviço	0%
Dimensões das salas de parto	0%
Recusa da parturiente	50%
Falta/défice de conhecimentos da parturiente	57,1%
Recusa/resistência da equipa de enfermagem	14,29%
Falta de formação/treino da equipa de enfermagem	25%
Inexperiência/ falta de segurança da equipa de enfermagem	28,57%
Falta de recursos humanos/défice de dotação segura	25%
Recusa/resistência da equipa de obstetras	64,29%
Falta/défice de conhecimentos da equipa de obstetras	7,1%
Inexperiência/ falta de segurança da equipa de obstetras	14,3%
Analgesia loco-regional	14,29%

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO



Apêndice M: Medidas Protetoras de Traumatismos e Disfunções do Pavimento Pélvico no 2º estadio do TP – Plano de Sessão e Diapositivos de apoios

PLANO DA SESSÃO

- ✓ **ÂMBITO:** Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
- ✓ **TEMA:** Impacto do parto vaginal no desenvolvimento de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico e medidas de protetoras no 2º estadio do TP
- ✓ **LOCAL:** Sala de Preparação para o Parto, CHBM, EPE
- ✓ **DATA:** 27 Março 2017
- ✓ **HORAS:** 9h30min
- ✓ **DURAÇÃO:** 60min
- ✓ **METODOLOGIA:** Expositiva
- ✓ **PRELETORA:** EESMO Carina de Sousa
- ✓ **POPULAÇÃO-ALVO:** EESMO's do SUOG, Obsterícia e Consulta de Saúde Materna do CHBM, EPE
- ✓ **OBJETIVO GERAL:** Sensibilizar a equipa EESMO do CHBM, EPE para o impacto do parto vaginal no desenvolvimento de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico e para as medidas e para as medidas de protetoras no 2º estadio do TP
- ✓ **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Rever conhecimentos sobre anatomia, funcionalidade do pavimento pélvico e disfunções do pavimento pélvico; Identificar os fatores de risco associados ao desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico; Compreender o impacto do parto vaginal no desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico; Identificar as medidas protetoras do trauma e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP; Apresentar evidência científica sobre os benefícios das medidas protetoras do traumatismo e DPP, no segundo estadio TP; Promover o debate e a partilha de experiências entre a equipa de enfermagem
- ✓ **CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:** Anatomia e funcionalidade do pavimento pélvico; fatores de risco associados ao desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico; impacto do parto vaginal no desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico; medidas protetoras do trauma e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



Mestrado em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstetrícia
2016/2017

IMPACTO DO PARTO VAGINAL NO
DESENVOLVIMENTO DE
TRAUMATISMOS E DISFUNÇÕES DO
PAVIMENTO PÉLVICO E MEDIDAS DE
PROTETORAS NO 2º ESTADIO DO TP

Discente: Carina de Sousa
Orientadora Pedagógica: Professora Doutora Otilia Zangão
Percetor: EESMO Luís Miranda

SENSIBILIZARA EQUIPA EESMO DO CHBM, EPE PARA O IMPACTO DO PARTO VAGINAL NO DESENVOLVIMENTO DE TRAUMATISMOS E DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO E PARA AS MEDIDAS DE PROTETORAS NO 2º ESTADIO DO TP;

Objetivos Específicos

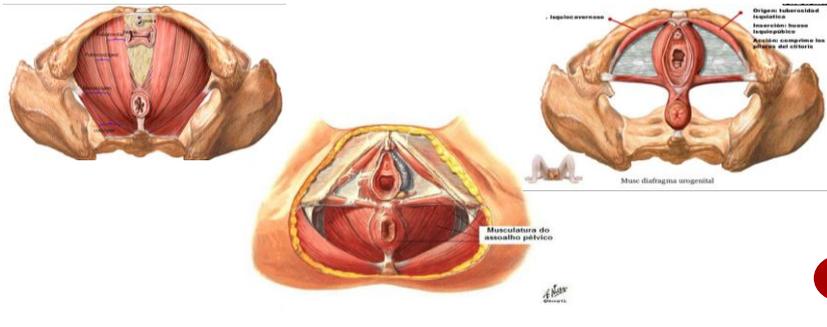
- Rever conhecimentos sobre anatomia, funcionalidade do pavimento pélvico e DPP
- Identificar os fatores de risco associados ao desenvolvimento de DPP
- Compreender o impacto do parto vaginal no desenvolvimento de DPP
- Identificar as medidas protetoras do trauma e DPP no 2º estadio do TP
- Apresentar evidencia científica sobre os benefícios das medidas protetoras do traumatismo e DPP, no segundo estadio TP
- Promover o debate e a partilha de experiências entre a equipa de enfermagem

PAVIMENTO PÉLVICO

- Situa-se no limite inferior da cavidade pélvica, estendendo-se desde o púbis ao cóccix.
- Consiste num conjunto complexo de músculos (tecido muscular), ligamentos e fâscias (tecido conjuntivo).
- Organizados de forma a sustentarem os órgãos abdominais e pélvicos, empurrando-os em direção contrária à força da gravidade ou, a uma pressão intra-abdominal que possa surgir, como por exemplo, tosse e espirros. Na gravidez, sustenta ainda os anexos embrionários e o feto.
- Importante função na sexualidade, no parto vaginal e, na continência urinária e fecal.

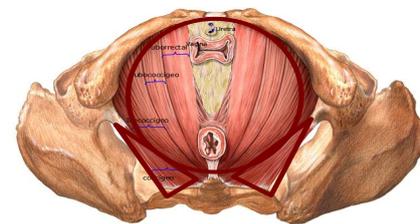
PAVIMENTO PÉLVICO – TECIDOS MUSCULARES

- Diafragma pélvico
- Diafragma urogenital ou membrana perineal.



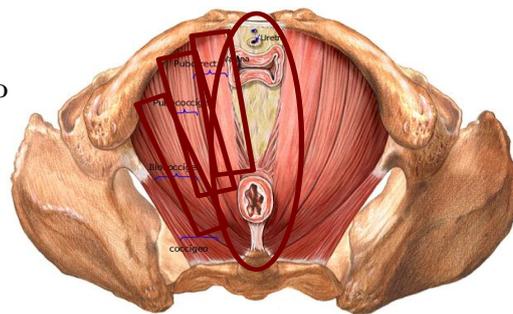
PAVIMENTO PÉLVICO – DIAFRAGMA PÉLVICO

- Camada muscular mais profunda que cobre inferiormente a pélvis.
- Constituído pelo músculo elevador do ânus e pelo músculo coccígeo.



PAVIMENTO PÉLVICO – DIAFRAGMA PÉLVICO – ELEVADOR DO ANÛS

- Apresenta uma simetria bilateral e, uma abertura oval na região mediana, por onde passam a vagina, a uretra e o canal anal.
- Constituído:
 - Músculo puborretal
 - Músculo pubococígeo
 - Músculo iliococígeo

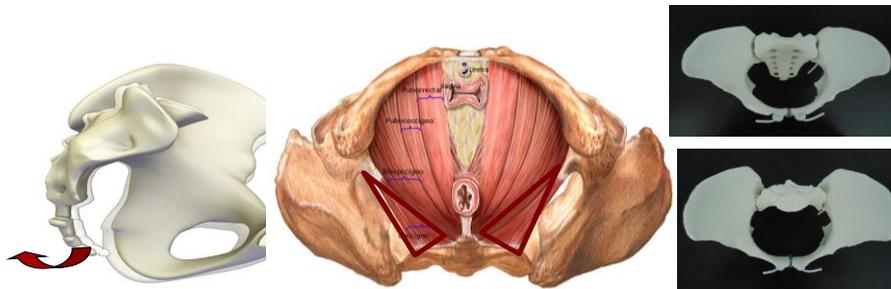


PAVIMENTO PÉLVICO – DIAFRAGMA PÉLVICO – ELEVADOR DO ÂNUS

- Eficiente anel muscular que suporta os órgãos pélvicos na sua posição normal. É o músculo que promove maior resistência de sustentação dos órgãos da cavidade pélvica ao aumento da pressão intra-abdominal.
- Importante função na continência fecal e urinária, direcionando o complexo ano-rectal e a uretra para a púbis, por contração muscular e, assim, a oclusão destas estruturas.
- Músculo estriado, quando sujeito a um alongamento forçado, por exemplo, num parto vaginal, é mais suscetível de sofrer uma lesão.

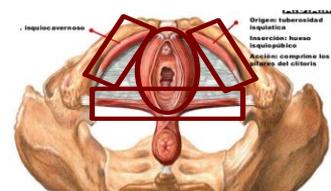
PAVIMENTO PÉLVICO – DIAFRAGMA PÉLVICO – MÚSCULO COCCÍGEO

- Apoia o músculo elevador do ânus na sustentação dos órgãos pélvicos
- Intervém na flexão do cóccix, empurrando-o para trás, por exemplo, após a defecação ou no parto.



PAVIMENTO PÉLVICO - DIAFRAGMA UROGENITAL OU MEMBRANA PERINEAL

- Camada mais superficial e distal do pavimento pélvico.
- Constituída pelo músculo isquiocavernoso e bulbocavernoso e, pelo músculo transverso superficial do períneo.
- Sustentação da região mais distal da vagina e da uretra e contribui para a continência destas regiões.



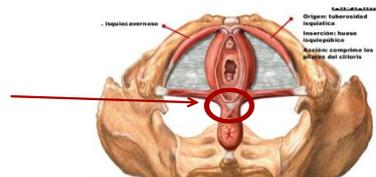
PAVIMENTO PÉLVICO - DIAFRAGMA UROGENITAL OU MEMBRANA PERINEAL

- O músculo **isquiocavernoso** reveste o ramo do clitóris contribuindo na ereção deste, quando se contrai.
- O músculo **bulbocavernoso** contorna o intróito vaginal e o bulbo do vestíbulo. Ao contrair, apresenta também um importante papel a nível sexual.
- A contração destes dois músculos, resultante da distensão do canal vaginal no parto, auxilia o suporte da apresentação fetal, prevenindo lesões vaginais e perineais.

PAVIMENTO PÉLVICO - DIAFRAGMA UROGENITAL OU MEMBRANA PERINEAL

- O **músculo transverso superficial** do períneo situa-se na parte posterior do diafragma urogenital e a sua principal função consiste em fixar o corpo perineal no centro do períneo.

CORPO PERINEAL



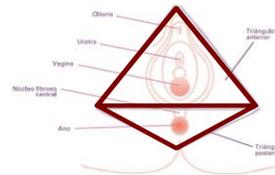
- Área interna entre o esfíncter anal externo e a entrada vaginal, suportado pelo músculo transverso do períneo e pelas regiões inferiores do bulbocavernoso.
- Nódulo compacto fibromuscular onde se cruzam o músculo bulbocavernoso, o esfíncter externo do ânus, o transverso superficial do períneo, o transverso profundo do períneo e os elevadores do ânus.

CORPO PERINEAL

- Local de resistência às forças de dilatação durante o parto.
- Importante papel na sustentação músculo-fascial do pavimento pélvico.

- Importante a promoção do seu bem-estar e proteção durante o parto, principalmente no segundo estadio do trabalho de parto com vista à prevenção de DPP

PERÍNEO

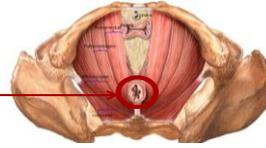


- A área de superfície externa, abaixo do diafragma pélvico e do diafragma urogenital.
- Forma de um losango, limitado anteriormente pela margem inferior da sínfise púbica, posteriormente pela extremidade do cóccix e, lateralmente pelas tuberosidades isquiáticas.
- Didaticamente é dividido em dois triângulos, por uma linha transversa imaginária que une as tuberosidades isquiáticas.

PERÍNEO

- O triângulo urogenital anterior consiste na região superficial externa no diafragma genital.
- O triângulo anal posterior possui como estrutura central o canal anal, envolvido pelo músculo esfíncter do ânus.

MÚSCULO ESFÍNCTER DO ÂNUS



- Divide-se pelo músculo anal interno, de musculatura lisa circular, involuntária
- Músculo anal externo, um músculo-esquelético em forma de anel, de contração voluntária
- No parto vaginal, podem sofrer laceração espontânea ou serem seccionados (episiotomia).
- Desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico - incontinência anal.

PAVIMENTO PÉLVICO – TECIDOS CONJUNTIVOS

- Ligamentos e fáscias - tecidos conjuntivos.
- O tecidos conjuntivos são responsáveis pela estabilidade do pavimento pélvico e suporte dos órgãos pélvicos.
- A falta de integridade dos ligamentos destes tecidos pode estar na origem de algumas DPP

PAVIMENTO PÉLVICO – SISTEMA NERVOSO

- Conjunto complexo de nervos que enervam todo o pavimento pélvico: nervo pudendo, do qual se originam as terminações labiais, perineais e clitorianas.
- Traumatismos/lesões do nervo pudendo, tal como do tecido muscular e conjuntivo, podem ocorrer no parto vaginal e, conseqüentemente estar na origem de DPP.

DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO

- Alterações anatómicas e/ou funcionais das estruturas que constituem o pavimento pélvico.
- Consoante as estruturas e compartimento pélvico afetado, as disfunções do pavimento pélvico podem manifestar-se de diferentes formas.

DPP – SINTOMATOLOGIA ASSOCIADA

- **Compartimento anterior:** incontinência urinária, urgência miccional, dificuldades na iniciação do jato, hesitação, jato lento, sensação de esvaziamento incompleto ou aumento da frequência diurna e noturna.
- **Compartimento médio:** sintomas sexuais ou pelo prolapso vaginal ou uterino.
- **Compartimento posterior:** incontinência fecal, obstipação ou prolapso retal.

DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO

- As disfunções do pavimento pélvico são um problema de saúde pública que afeta milhões de mulheres em todo o mundo, com implicações na sua qualidade de vida, no seu bem-estar, relacionamentos sociais e atividades de vida diárias
- Origem MULTIFATORIAL

DPP – FATORES DE RISCO



PARTO VAGINAL E DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO

- O parto vaginal (passagem do feto pelo canal vaginal e os esforços expulsivos maternos), submetem o pavimento pélvico a uma acentuada pressão e distensão para acomodar a apresentação fetal.

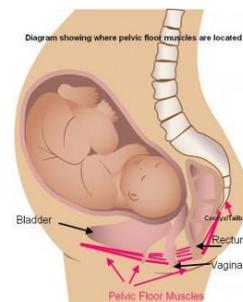


Alterações hormonais

Os tecidos do pavimento pélvico ficam mais amolecidos de forma a poderem suportar esta pressão, permitindo-os distenderem-se e não lacerar.

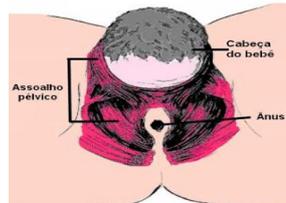
PARTO VAGINAL E DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO

- O grau de distensão varia muito de mulher para mulher.
- Em algumas mulheres podem ser de tal forma distendidos, não se sabendo muito bem até que ponto esta distensão extrema poderá causar danos.



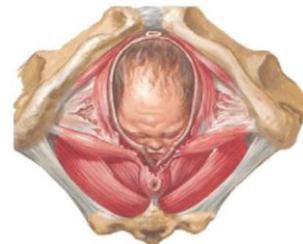
PARTO VAGINAL E DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO

- À medida que a apresentação fetal vai distendendo o corpo perineal, vai atingindo o limite elástico da fascia parietal que envolve o musculo elevador do ânus bem como o limite elástico dos tecidos conjuntivos da membrana perineal.



PARTO VAGINAL E DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO

- Quando a apresentação e o corpo fetal atravessam o intróito vaginal é colocado um elevado nível de pressão na membrana perineal e no corpo perineal.
- A qualquer momento da descida ativa os tecidos podem chegar ao ponto de rutura e lacerar.



PARTO VAGINAL E DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO

- O risco de laceração depende de vários fatores - Constituição dos tecidos, Nutrição, Posição Materna durante os esforços expulsivos e tipo de esforços expulsivos
- Posições que acentuam a curva do canal de parto ou que não maximizam o efeito da gravidade exigem um alongamento excessivo do corpo perineal, submetendo-o a uma pressão acrescida, potencializando o risco de laceração.

PARTO VAGINAL E DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO

- As lacerações perineiais são o tipo de dano mais reconhecido que resultam do parto vaginal, contudo outros danos podem ocorrer.
- Danos menos visíveis e bem mais difíceis de estudar.
- Existe um grande debate sobre a influência do tipo de parto (parto vaginal) e a sua associação com danos nos tecidos moles, qual o seu impacto na continência urinária e anal da mulher e risco complicações como o prolapso dos órgãos pélvicos.

DPP – LESÕES MUSCULARES E PARTO VAGINAL

- Lien, Mooney, DeLancey & Ashton-Miller (2004): O músculo elevador do ânus - pubococcigeo é o mais estirado e que está sob maior tensão durante o parto vaginal normal sendo o que apresenta maior risco de lesão durante o segundo estadio de trabalho de parto.
- De Lancey, Kearney, Chou, Speigths & Binno: 20% apresentavam lesão do músculo elevador do ânus entre 9 a 12 meses após o parto vaginal, e que 50% das mulheres que constituíram a amostra do estudo manifestaram incontinência urinária, que persistiu no mínimo 9 meses após o parto.

DPP – LESÕES MUSCULARES E PARTO VAGINAL

- As lesões do músculo elevador do ânus estão fortemente associadas ao desenvolvimento de incontinência urinária de esforço, prolapso dos órgãos genitais, defeitos do esfíncter anal e incontinência fecal

DPP – LESÕES DOS TECIDOS CONJUNTIVOS E PARTO VAGINAL

- Acontece porque o novo tecido formado, após ocorrência de lesão, não apresenta as mesmas características, levando ao seu enfraquecimento.
- Quanto maior o número de partos vaginais, juntamente com alterações fisiológicas relacionadas com o envelhecimento, maior a probabilidade de lesões do tecido conjuntivo e, conseqüentemente, o risco de desenvolvimento de DPP.

DPP – LESÕES DOS TECIDOS CONJUNTIVOS E PARTO VAGINAL

- Dietz e Lanzarone: Até um terço das mulheres após parto vaginal experimentaram lesões na fásia que suporta os músculos pélvicos, estando na origem da incontinência urinária pós-parto, três meses após o parto.
- Kapoor e Freeman: sugerem que as lesões fasciais têm a capacidade de se regenerar contudo, já o tecido conjuntivo parece não ter esta capacidade. Conseqüentemente, a mulher é mais suscetível ao desenvolvimento de DPP, como incontinência urinária, fecal e prolapso de órgãos pélvicos. Estas complicações são evidentes a longo prazo e, potencializadas pelo processo de envelhecimento e alterações hormonais na menopausa que afetam a fásia, enfraquecida.

DPP – LESÕES ESTRUTURAS NERVOSAS E PARTO VAGINAL

- Apesar do canal vaginal apresentar uma forte capacidade de acomodação e distensão dos tecidos envolventes à passagem do feto, o exagero pode levar a alterações funcionais e/ou lesões/traumatismos.
- Danos mecânicos no tecido conjuntivo e muscular podem ser potenciados pelo compromisso neurovascular, podendo a musculatura pélvica sofrer deservação e desvascularização.
- A passagem do feto pelo pavimento pélvico pode provocar um estiramento do nervo podendo e suas ramificações. As conseqüências deste estiramento passam por uma deservação total ou parcial da musculatura, resultando em perda da força muscular.

TIPO DE PARTO (VIA VAGINAL VS CST) E DPP

- Taylor, Wilson & Wilson concluíram que 58% das mulheres com parto vaginal espontâneo manifestaram sintomatologia associada a DPP comparativamente com 43% submetidas a CST.
- Handa, Blomquist, Knoepp, Hoskey, McDermott & Munoz: a incidência de desenvolvimento de sintomatologia associada e incontinência urinária de esforço e de prolapso de órgãos pélvicos foi duas vezes mais superior em mulheres que experienciaram o parto vaginal comparativamente com mulheres submetidas a CST.

CST ELETIVA – PREVENÇÃO DE DPP?!

- Contudo, não existe evidência que confirme a CST como um método efetivamente preventivo de DPP, até porque ao encontro do que já foi referido, vários autores apontam a multifatorialidade de fatores que podem co-existir na origem desta morbilidade.
- Períodos prolongados de realização de esforços expulsivos, mais do que o tipo de parto, é que determina a extensão das lesões e, conseqüentemente, a deterioração da função nervosa do pavimento pélvico.
- CST de emergência, após longo período de esforços expulsivos, pode, igualmente, ter graves conseqüências na enervação do pavimento pélvico.

CST ELETIVA – PREVENÇÃO DE DPP?!

- Apesar de vários estudos terem evidenciado um elevado risco, a longo prazo, de desenvolvimento de incontinência urinária e necessidade de realização de cirurgia por prolapso dos órgãos pélvicos, após o parto vaginal, da mesma forma muitos estudos epidemiológicos apenas sugerem uma **proteção parcial** destas morbilidades em mulheres submetidas a CST, independentemente de ter sido cesariana eletiva ou não.

CST ELETIVA – PREVENÇÃO DE DPP, QUANDO...

- Antecedentes pessoais de incontinência urinária, trauma esfíncter anal prévias e incontinência fecal presente.
- Mulheres de baixa estatura e/ou macrosomia fetal



- Elevado risco de via vaginal poder ser um parto instrumentado!

TIPO DE PARTO (VIA VAGINAL) E DPP

- Meyer, Schreyer, Grandi & Hohlfeld avaliaram 149 nulíparas durante a gravidez e, nove semanas após o parto, através de questionários, exame clínico, ultrasonografia perineal, perfil de pressão uretral e perineometria vaginal e anal.
- As mulheres com parto vaginal, eutócico ou fórceps, sofreram uma diminuição significativa das pressões intra-vaginal e intra-anal na contração do pavimento pélvico nove semanas após o parto, sendo esta diminuição mais acentuada no parto por fórceps.
- Para além disso, as mulheres com parto por fórceps apresentaram maior incidência de cistocele grau 1 do que as mulheres com parto eutócico.

CONCLUSÃO

- Constata-se uma forte associação entre o risco desenvolvimento de disfunções/trauma do pavimento pélvico e o parto vaginal contudo é de ressaltar o aumento significativo deste risco no parto vaginal instrumentado.
- A cesariana é sugerida em algumas situações como uma opção preventiva.
- Parto vaginal não pode ser tido como um fator isolado no desenvolvimento de DPP pois

CONCLUSÃO

- Se os traumas que podem advir do parto vaginal, um fator de risco para o desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico....
- ... Nem todas as mulheres com parto vaginal desenvolvem sintomas associadas a DPP.

EVENTOS/INTERVENÇÕES QUE AUMENTAM O RISCO DE DPP APÓS PARTO VAGINAL

- Para além do parto instrumentalizado.
- TP prolongado, período prolongado de esforços expulsivos, variedades posteriores, macrosomia fetal e ocorrência de traumas perineais: **episiotomia, a ocorrência de lacerações perineais.**

TRAUMA PERINEAL

- O trauma perineal é um traumatismo do períneo frequente e imediatamente identificado após o parto vaginal.
- Pode estar na origem de DPP, a curto e/ou, a longo prazo, podendo apresentar níveis de gravidade variáveis.
- Dois tipos de trauma perineal: a laceração e a episiotomia.

TRAUMA PERINEAL

- Tanto a laceração como a episiotomia caracterizam-se pela perda da integridade do períneo.
- Contudo, enquanto a episiotomia implica, invariavelmente, a incisão da pele, da mucosa e secção dos músculos transversos superficial do períneo e bulbocavernoso, a laceração perineal pode não afetar todos estes tecidos.

TRAUMA PERINEAL – LACERAÇÕES REGIÃO ANTERIOR

- Lacerações na região anterior do períneo (clitóris, os lábios e região vestibular) associadas a menor morbidade e necessidade de sutura.



- Mais superficiais, apresentam melhor cicatrização, contudo estão associadas a um elevado desconforto e ardor.

TRAUMA PERINEAL – LACERAÇÕES REGIÃO POSTERIOR

- Lacerações na região posterior (parede vaginal, fúrcula, músculo perineal e anal).
- Classificação consoante profundidade e tecidos afetados



- Traumatismos com complicações de maior gravidade: hematomas, fístulas, lesões do esfíncter anal e da mucosa retal. A longo prazo estão associadas dispareunia, incontinência fecal, abcessos ano-retais e fístulas retovaginais.

LACERAÇÕES PERINEAIS

- A ocorrência de lacerações perineais no parto vaginal depende de uma multiplicidade de fatores relacionados com as condições maternas, com o feto e, com o parto

EPISIOTOMIA

- A episiotomia é um procedimento que deve ser usado de forma seletiva.
- A OMS recomenda a realização de episiotomia perante: situações de sofrimento fetal, segundo estadio trabalho parto prolongado, risco iminente de laceração de grau três e quatro.
- Contudo, nos últimos anos, com a medicalização e institucionalização do parto a realização deste procedimento tem vindo a ser efetuado, inadequadamente e, de forma rotineira, principalmente em primíparas.

EPISIOTOMIA

- A episiotomia mesmo não envolvendo esfíncter anal está na origem de mais: dor perineal, incontinência após o parto, disfunção sexual e infecção quando comparada com a laceração espontânea de grau 2, tendo impacto negativo na saúde da mulher no pós-parto.
- Vários estudos apelam a importância de realização de episiotomia de forma seletiva, evidenciando que o seu uso rotineiro aumenta a taxa de infeção em mulheres, os riscos de lesões perineais de terceiro e quarto grau, a perda sanguínea, dor, desconforto, edema, dispareunia e tempo de recuperação pós-parto. Para além disso, prejudica o auto-cuidado materno, os cuidados com o recém-nascido e a amamentação

MEDIDAS PROTETORAS DO TRAUMATISMO E DPP NO 2º ESTADIO DO TP

- A literatura refere um conjunto de medidas que visam a proteção do traumatismo perineal e, consequentemente de DPP.
- Devem ser implementados pelos profissionais de saúde que assistem o parto e, vão ao encontro das recomendações da OMS para a assistência ao parto normal

MEDIDAS PROTETORAS DO TRAUMATISMO E DPP NO 2º ESTADIO DO TP

- A literatura refere um conjunto de medidas que visam a proteção do traumatismo perineal e, consequentemente de DPP.
- Devem ser implementados pelos profissionais de saúde que assistem o parto e, vão ao encontro das recomendações da OMS para a assistência ao parto normal

MEDIDAS PROTETORAS DO TRAUMATISMO E DPP NO 2º ESTADIO DO TP

RESULTADOS DE ESTUDOS CIENTÍFICOS – 2012-2017

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA– 2012-2017

Midwives` Management during the Second Stage of Labor in Relation to Second-Degree Tears – An Experimental Study

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO Autor, Ano de Publicação e Fonte	FINALIDADE DO ESTUDO	METODOLOGIA	RESULTADOS/CONCLUSÕES COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
Edqvist; Hildingsson; Mollberg; Lundgren & Lindgren 2017 Birth	Avaliar a implementação do modelo de cuidados MIMA (abreviação para Midwives` Management during the second stage of labor) na diminuição de lacerações de segundo grau em primíparas.	Estudo prospetivo de coorte experimental Conduzido em 2 maternidades de Estocolmo N=597 Grupo de intervenção: Implementação do modelo de cuidados MIMA (N=296) Intervenções integrantes do modelo MIMA: promoção de esforços expulsivos espontâneos, de posições que promovam a flexibilidade do sacro e técnica de parto em 2 passos: saída da cabeça fetal numa ou entre contrações e saída dos ombros na contração seguinte (atitude passiva) Grupo de controlo: Implementação de cuidados standards no segundo estadio de trabalho de parto (N=301)	- A prevalência de lacerações de segundo grau foi menor no grupo de intervenção. - Verificou-se uma diminuição da incidência de episiotomia em ambos os grupos. - É possível reduzir a ocorrência de lacerações de grau dois, em primíparas, através do modelo de cuidado MIMA sem com isso aumentar a incidência de episiotomia. - Esta intervenção multifacetada pode ser implementada por parteiras, tanto em mulheres com baixo como com alto risco gravídico.

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA– 2012-2017

Selective Episiotomy vs. Implementation of a Non-Episiotomy Protocol: a Randomised Clinical Trial

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO Autor, Ano de Publicação e Fonte	FINALIDADE DO ESTUDO	METODOLOGIA	RESULTADOS/CONCLUSÕES COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
Amorim; Coutinho; Melo & Katz 2017 Reproductive Health	Comparar os outcomes maternos e perinatais em mulheres submetidas ao protocolo "non-episiotomy" versus episiotomia seletiva Apesar da evidência relativa aos benefícios da episiotomia seletiva e contra-indicações da episiotomia de rotina os autores questionam a necessidade efetiva de qualquer indicação para este procedimento.	Ensaio Clínico Randomizado N=241 Grupo experimental (N=115): implementação do protocolo "non-episiotomy" Grupo de controlo (N=122): efetuada episiotomia de seletiva (efetuado de acordo com o julgamento clínico do profissional de saúde)	Não se constataram diferenças significativas entre os dois grupos relativamente a outcomes maternos e perinatais. A média de episiotomia foi similar nos dois grupos, assim como a duração do segundo estadio do trabalho de parto, o número de lacerações perineais, traumatismo perineal grave, necessidade de sutura e perda hemática vaginal no parto. Os autores sugerem assim que o protocolo "non-episiotomy" é seguro para a mulher e para o recém-nascido.

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA– 2012-2017

Effect of Breathing Technique of Blowing on the Extent of Damage to the Perineum at the moment of Delivery: Randomised Clinical Trial

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO Autor, Ano de Publicação e Fonte	FINALIDADE DO ESTUDO	METODOLOGIA	RESULTADOS/CONCLUSÕES COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
Ahmadi; Torkzabrani; Roosta; Shakeri & Mhmoodi 2017 Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research	Investigar o efeito do tipo de respiração durante a realização de esforços expulsivos na ocorrência de laceração perineal	Ensaio Clínico Randomizado N=166 Grupo experimental (N=83): uso técnica respiratória de sopro Grupo de controlo (N=83): uso da técnica de valsava	Verificou-se uma maior incidência de perineos intactos no grupo experimental. A ocorrência de lacerações posteriores (lacerações de grau 1, 2 e 3 foi consideravelmente maior no grupo de controlo. Não se verificou uma diferença significativa na ocorrência de lacerações anteriores (labiais) e de episiotomia em ambos os grupos. Os autores concluem que a técnica respiratória de sopro parece ser uma boa alternativa à manobra de valsava com vista a minimizar traumatismos perineais.

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA— 2012-2017

Reducing Obstetric Anal Sphincter Injuries using Perineal Support: Our Preliminary Experience

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO Autor, Ano de Publicação e Fonte	FINALIDADE DO ESTUDO	METODOLOGIA	RESULTADOS/CONCLUSÕES COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
Naidu; Sultan & Thakar 2017 Int Urogynecol J	Determinar se o suporte perineal no parto vaginal pode diminuir a incidência e a gravidade das OASIs	Estudo Retrospectivo Comparação do trauma perineal em mulheres antes (N=5867) e após (N=5268) a intervenção (suporte perineal)Análise multivariada da associação entre o suporte perineal e taxa de OASIs	Embora pouco significativa assistiu-se a uma diminuição, da taxa de OASI. De entre as OASIs verificou-se uma diminuição mais significativa das lacerações de grau 3c e de grau 4 Numa análise logística regressiva, considerando várias variáveis, o suporte perineal está associado a uma redução das taxas de OASIs bem como das OASIs mais graves Este estudo interventivo demonstrou que o suporte perineal durante o parto vaginal pode minimizar o risco de OASIs. Neste sentido os autores apelam a importância da manutenção desta medida.

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA— 2012-2017

Hands-Poised Technique: The future Technique for Perineal Management of Second Stage of Labour? A Modified Systematic Literature Review

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO Autor, Ano de Publicação e Fonte	FINALIDADE DO ESTUDO	METODOLOGIA	RESULTADOS/CONCLUSÕES COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
Petrocnik & Marshall 2015 Midwifery	Comparar as técnicas de proteção perineal Hands on e Hands off durante o segundo estadio do trabalho de parto	Revisão Sistemática da Literatura Usando os princípios da revisão sistemática da literatura modificada, foram selecionados estudos de investigação quantitativos, comparativos e primários. A qualidade dos estudos selecionados foi avaliada através do Critical Appraisal Skills Programme	Selecionados 5 estudos referentes à importância de ambas as técnicas: 2 ensaios clínicos randomizados; 1 ensaio clínico quasi-experimental; 1 estudo prospetivo randomizado e 1 estudo prospetivo observacional. A técnica Hands off parece estar associado a menor trauma perineal e reduzidas taxas de episiotomia. A técnica Hands on parece estar associado a uma maior dor perineal após o parto e a taxas mais elevadas de hemorragia pós-parto. A técnica Hands off é segura e recomendada para suporte e proteção perineal. Deve ser uma técnica discutida durante a formação e prática das parteiras.

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA— 2012-2017

Birth Position and Obstetric Anal Sphincter Injury: a Population-Based Study of 113000 Spontaneous Births

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO Autor, Ano de Publicação e Fonte	FINALIDADE DO ESTUDO	METODOLOGIA	RESULTADOS/CONCLUSÕES COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
Elvander; Ahlberg; Thies-Lagergren; Sven Chnattingius & Stephansson 2015 BMC Pregnancy and Childbirth	Investigar a associação entre a posição da mulher no parto vaginal espontâneo e a ocorrência de OASIS	Estudo de Coorte Populacional N=113.279 partos vaginais espontâneos, de termo e sem episiotomia Estudou-se o risco de OASIS nas posições de parto: a) sentada; b) litotomia; c) lateral; d) de joelhos; e) no banco; f) de pé; g) de cócoras; h) de 4 apoios	Comparativamente com a posição sentada, a posição de lado parece ter um efeito protetor do perineo ligeiramente maior, em nulíparas. Já a posição de litotomia parece ser a posição com maior risco de traumatismo, independentemente da paridade. As posições, de cócoras e sentada no banco, parecem estar associadas a um maior risco de traumatismo perineal em múltiparas

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA– 2012-2017

Alternative Model of Birth to Reduce the Risk of Assisted Vaginal Delivery and Perineal Trauma

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO Autor, Ano de Publicação e Fonte	FINALIDADE DO ESTUDO	METODOLOGIA	RESULTADOS/CONCLUSÕES COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
Walker; Rodríguez; Herranz; Espinosa; Sánchez & Espunapous 2012 Int Urogynecol J	Avaliar os efeitos de um modelo alternativo de assistência ao parto na incidência de partos vaginais distócicos e ocorrência de traumatismos perineais	Ensaio Clínico Randomizado N=199 Grupo de Intervenção (N=103): Implementação de um modelo alternativo de assistência no parto Modelo Alternativo de Cuidados/Alternative Model of Birth (AMB): liberdade de movimentos e de posições durante a realização de esforços expulsivos, esforços expulsivos espontâneos e adoção da posição de parto, de lado Grupo de controle (N=96): Implementação do modelo de cuidados tradicionais na assistência ao parto Modelo Tradicional de Cuidados/Traditional Model of Birth (TMB): início de esforços imediatamente após dilatação completa e parto em posição de litotomia.	A implementação do modelo alternativo AMB aumentou significativamente as taxas de períneo intacto comparativamente com o TMB. As taxas de episiotomia foram significativamente menores no AMB. Os autores sugerem que a combinação entre a mudança postural durante a fase latente do segundo estadio de trabalho de parto e, a posição lateral na realização de esforços expulsivos ativos está associado a uma diminuição de partos vaginais distócicos e de traumatismos perineais.

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA– 2012-2017

Localização das Lacerações Perineais no Parto Normal em Mulheres Primíparas

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO Autor, Ano de Publicação e Fonte	FINALIDADE DO ESTUDO	METODOLOGIA	RESULTADOS/CONCLUSÕES COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
Caroci; Riesco; Leite; Araújo; Scarabotto & Oliveira 2014 Rev enferm UERJ	Analisar a distribuição das lacerações vulvo-perineais e, os fatores relacionados à sua localização nas regiões anterior e posterior do períneo, no parto normal	Estudo Transversal. N=317 primíparas com parto normal, sem episiotomia, com laceração perineal, sem raquianestesia ou analgesia loco-regional, na posição semi-sentada ou lateral esquerda, assistidas por enfermeiras da equipa do estudo	A localização da laceração perineal não esteve relacionada com a posição materna no parto, contudo esteve relacionada com o tipo de puxo/esforço expulsivo, apesar de não haver uma diferença estatisticamente associada. As lacerações na região anterior do períneo foram mais frequentes nas mulheres que realizaram esforços expulsivos espontâneos. As mulheres que efetuaram esforços expulsivos dirigidos tiveram mais lacerações na região posterior do períneo.

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA– 2012-2017

The Effects of Uterine Fundal Pressure (Kristeller maneuver) on Pelvic Floor Function after Vaginal Delivery

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO Autor, Ano de Publicação e Fonte	FINALIDADE DO ESTUDO	METODOLOGIA	RESULTADOS/CONCLUSÕES COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
Sartore; Seta; Maso; Ricci; Alberico; Borelli & Guaschino 2012 Arch Gynecol Obstet	Avaliar as consequências da manobra de Kristeller (pressão no fundo uterino no segundo estadio do trabalho de parto) no desenvolvimento de disfunções do assoalho pélvico (incontinência urinária e fecal, prolapso genital, diminuição tônus muscular)	Ensaio Clínico Randomizado Aplicação de questionário sobre sintomas uroginecológicos. Observação e realização de: 1)Q-tip Test (determinação de alterações na mobilidade uretral), 2)avaliação tônus muscular através (teste digital e perineometria) e 3) urofluxometria N=522 primíparas, 3 meses após parto vaginal:1) Grupo de Intervenção (N=297): realização da manobra de Kristeller (justificação: sofrimento fetal, esforços expulsivos pouco eficazes; exaustão materna)2) Grupo de Controle (N=225): não foi realizada manobra de Kristeller	Nas mulheres submetidas à manobra de Kristeller verificou-se maior frequência de realização de episiotomia, mais situações de dispareunia e de dor perineal. Não se verificou diferença significativa, entre os 2 grupos, na ocorrência de incontinência urinária e fecal, prolapso genital e diminuição do tônus muscular A manobra de Kristeller só por si não está associada a disfunções do pavimento pélvico contudo aumento a frequência de episiotomia

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA— 2012-2017 PRINCIPAIS CONCLUSÕES

- Traumatismos perineais parecem estar associados a fatores como a posição da mulher no parto e os esforços expulsivos (sem descurar multifatoriedade!!!)
- As posições de lado e, de gatas, parecem ter um maior efeito protetor do perineo.
- De entre as diferentes posições verticais, as posições de cócoras e sentada, parecem estar associadas a um maior risco de traumatismo perineal.
- As posições de litotomia ou semi-sentada na cama, comparativamente com as PV, apresentam maior risco de traumatismo, com maior gravidade e de realização de episiotomia.
- Os autores sugerem que a posição vertical minimiza a ocorrência de episiotomia

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA— 2012-2017 PRINCIPAIS CONCLUSÕES

- A localização da laceração perineal não está tão relacionada com a posição materna no parto, mas sim, com o tipo de esforço expulsivo.
- As lacerações na região anterior do períneo foram mais frequentes nas mulheres que realizaram esforços expulsivos espontâneos. As mulheres que efetuaram esforços expulsivos dirigidos tiveram mais lacerações na região posterior do períneo.
- A técnica respiratória de sopro, principalmente no coroamento fetal, parece ser uma boa alternativa à manobra de valsava com vista a minimizar traumatismos perineais.

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA— 2012-2017 PRINCIPAIS CONCLUSÕES

- Relativamente à técnica de proteção perineal - Estudos são incongruentes
- Não há diferença na ocorrência de traumatismo perineal, na ocorrência de lacerações de terceiro e quarto grau e, na frequência, localização e gravidade das lesões perineais entre as 2 técnicas
- Por um lado, estudos referem que a técnica “Hands On” parece estar associado a uma maior dor perineal após o parto, a taxas mais elevadas de hemorragia pós-parto e a uma redução das taxas de lesões do esfíncter anal.
- Outros estudos apontam a técnica Hands off associada a menor frequência trauma perineal de menor gravidade e reduzidas taxas de episiotomia. Contudo, por outro lado parece estar associada a um aumento da incidência de lesões do esfíncter anal.

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA— 2012-2017 PRINCIPAIS CONCLUSÕES

- Uma das técnicas mais eficaz utilizada pelas parteiras para reduzir o trauma perineal parece ser o uso de compressas quentes durante a fase ativa do trabalho de parto.
- Estudos:
 - Não houve diferença significativa na taxa de períneo intacto com ou sem o seu uso.
 - Contudo, taxa significativamente menor de trauma perineal, redução significativa da dor no 2º estadio do TP, de lacerações graves, de dor nos primeiros 2 dias pós-parto e incontinência urinária nos 3 meses pós-natais.
- Uma revisão Cochrane da literatura destaca e confirma o benefício de compressas quentes durante o 2º estadio do TP. É um método que está sempre disponível, não-invasivo, barato, não causa prejuízo na mulher e, estas, consideram-no confortável com bastante efeito no alívio da dor.

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA— 2012-2017 PRINCIPAIS CONCLUSÕES

- Mulheres submetidas à manobra de Kristeller verificou-se maior frequência de realização de episiotomia, mais situações de dispareunia e de dor perineal.

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA— 2012-2017 PRINCIPAIS CONCLUSÕES

- Aguardar comportamentos espontâneos/ instintivos reduz a incidência de incontinência urinária, traumas do pavimento pélvico e perineais
- Não deve ser impostos à mulher restrições temporais perante bem-estar materno-fetal
- Norma DGS (2015) - O período expulsivo inicia-se com a dilatação cervical completa e termina com a expulsão do feto. Existindo contractilidade uterina regular, esforços expulsivos maternos adequados e evidência de bem-estar fetal e materno, a duração máxima deste período deve ser de 2 horas na nulípara e de 1 hora na múltipara (combinação conjunto medidas)
- Caso exista analgesia epidural em curso, estes máximos devem ser acrescidos de 1 hora (fase latente/fase ativa de TP???)

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA— 2012-2017 PRINCIPAIS CONCLUSÕES

- A mulher deve ser informada das suas opções (desde o pré-parto mas não só!).
- O EESMO enquanto profissional qualificado tem competências para:
 - Avaliar cada situação, aconselhando a mulher se, a escolha de uma determinada medida não é a mais adequada para a sua situação (questão do plano de parto).
 - Avaliar cada situação, evitando o recurso a intervenções de forma desnecessária e rotineira (ex. episiotomia, posição no período expulsivo, início esforços expulsivos, imediatamente aos 10cm dilatação/esforços dirigidos), com vista à prevenção de DPP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A., Lukasse, M. & Reinart, L. (2012). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (review). *The Cochrane Collaboration*. 12. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.
- Amorim, M., Coutinho, I., Melo, I., & Katz, L. (2017). Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reproductive Health*.14(1), 55-65. DOI: 10.1186/s12978-017-0315-4.
- Ashton-Miller, J.A. & Delancey, J.O. (2007). Functional anatomy of the female pelvic floor. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1101, 266–296. DOI: 10.1196/annals.1389.034.
- Baracho, S., Figueiredo, E., Silva, L., Cangussu, I., Pinto, D., Souza, E. & Filho, A. (2009). Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 9(4), 409-414. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n4/a04v9n4.pdf>.
- Bertozzi, S., Londero, A., Fruscalzo, A., Driul, L., Delneri, C., Calcagno, A., ... Marchesoni, D. (2011). Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum: a retrospective study. *BMC Women's Health*. 11(12). DOI: 10.1186/1472-6874-11-12.
- Bortolini, M.A., Drutz, H., Lovatsis D. & Alrab, M. (2010). Vaginal delivery and pelvic floor dysfunction: current evidence and implications for future research. *International Urogynecology Journal*. 21 (8), 1025-1030. Recuperado de EBSCOhost. DOI: 10.1007/s00192-010-1146-9.
- Bozkurt, M., Yumru, A.E. & Sahin, L. (2015). Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*. 53 (4), 452-8. DOI: 10.1016/j.tjog.2014.08.001.
- Calais-Germain, B. & Parés, N.V. (2010). *Parir en movimiento*. Barcelona: La Liebre de marzo. ISBN: 978-84-92470-12-9.
- Dietz, H. & Schierlitz, L. (2005). Pelvic floor trauma in childbirth— Myth or reality? *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 45(1), 3-11. DOI: 10.1111/j.1479-828X.2005.00363.x.
- Drake, R., Vogl, A. & Mitchell, A. (2015). *Grey's Anatomia Clínica para Estudantes*. 3th Edição. Rio de Janeiro. Elsevier. ISBN: 978-85-352-7902-3.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Edqvist, M., Hildingsson, I., Mollberg, M., I Lundgren & Lindgren, H. (2017). Midwives' Management during the Second Stage of Labor in Relation to Second-Degree Tears—An Experimental Study. *Birth*. 44(1), 86-94. DOI: 10.1111/birt.12267.
- Frye, A. (2010). *Healing Passage – A Midwife's Guide to the Care and Repair of the Tissues Involved in Birth*. 6th Edição. Portland, Oregon: Labrys Press. ISBN: 978-1-891145-58-2.
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G. & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2. DOI: 10.1002/14651858.
- Jonge, A., Diem, M., Scheepers, P., Buitendijk, S. & Lagro-Janssen, A. (2010). Risk of perineal damage is not a reason to discourage a sitting birthing position: a secondary analysis. *The International Journal of Clinical Practice*. 64(5), 611-618. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2009.02316.x.
- Mascarenhas, A. (2012). Parto Vaginal e Disfunções do Pavimento Pélvico – Novas Perspectivas. (Tese de Mestrado publicada). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Recuperado de [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/My%20Documents/Downloads/1_Monografia%20\(7\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/My%20Documents/Downloads/1_Monografia%20(7).pdf).
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada*. Lisboa: OE & APEO. Recuperado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro_Partto_Normal.pdf.
- Petrocnik, P. & Marshall, J. (2015). Hands-poised technique: The future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic literature review. *Midwifery*. 31, 274-279. DOI: 10.1016/j.midw.2014.10.004.
- Rosa-Várez, Z., Rivas-Castillo, M., Sánchez, M. (2013). Maniobras de protección perineal: manejo expectante frente a manejo activo. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 14(1), 19-23. Recuperado de: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/My%20Documents/Downloads/revision-maniobras-14-1%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/My%20Documents/Downloads/revision-maniobras-14-1%20(1).pdf).
- Sartore, A., Seta, F., Maso, G., Ricci, G., Alberico, S., Borelli, M. & Guaschino, S. (2012). The effects of uterine fundal pressure (Kristeller maneuver) on pelvic floor function after vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet*. 286, 1135-1139. DOI 10.1007/s00404-012-2444-x.
- Walker, C., Rodríguez, T., Herranz, A., Espinosa J, Sánchez, E. & Espuña-Pons, M. (2012). Alternative model of birth to reduce the risk of assisted vaginal delivery and perineal trauma. *Int Urogynecol J*. 23, 1249–1256. DOI: 10.1007/s00192-012-1675-5.

Apêndice N: Apresentação dos resultados do Estudo Estatístico com a População-Alvo de parturientes – Plano de Sessão e Diapositivos de apoio

PLANO DA SESSÃO

- ✓ **ÂMBITO:** Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
- ✓ **TEMA:** Apresentação dos resultados do estudo estatístico com a População-Alvo de parturientes
- ✓ **LOCAL:** Sala de Preparação para o Parto, CHBM, EPE
- ✓ **DATA:** Junho 2017
- ✓ **HORAS:** 9h30min
- ✓ **DURAÇÃO:** 30min
- ✓ **METODOLOGIA:** Expositiva
- ✓ **PRELETORA:** EESMO Carina de Sousa
- ✓ **POPULAÇÃO-ALVO:** EESMO's do SUOG, Obsterícia e Consulta de Saúde Materna do CHBM, EPE
- ✓ **OBJETIVO GERAL:** Apresentar os resultados obtidos do estudo estatístico exploratório e descritivo com a População-Alvo de parturientes
- ✓ **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Analisar os resultados obtidos da aplicação do questionário às parturientes (Estatística Descritiva); Promover o debate e a partilha de ideias
- ✓ **CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:** Elaboração dos construtos para avaliação das práticas da equipa de EESMO na implementação de medidas protetoras de traumatismo e disfunções do pavimento pélvico; Metodologia e tratamento estatístico; caracterização sócio-demográfica e experiência profissional da equipa de EESMO; conhecimentos da equipa de EESMO do CHBM, EPE sobre medidas protetoras do traumatismo e disfunções do pavimento pélvico; práticas da equipa de EESMO do CHBM, EPE com vista à implementação das medidas protetoras de traumatismo e disfunção do pavimento pélvico: posição verticalizada, esforços expulsivos espontâneos, aplicação de calor, não realização da manobra de *Kristeller*, episiotomia seletiva e técnica de proteção perineal; Limitadores e/ou inibidores da implementação de medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico; diagnóstico da situação. Pertinência do tema e contextualização da problemática; Fases de implementação do projeto; Finalidade, objetivos específicos, atividades planeadas e resultados esperados com a implementação do projeto



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



Mestrado em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstetrícia
2016/2017

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS
DO ESTUDO ESTATÍSTICO COM A
POPULAÇÃO-ALVO DE
PARTURIENTES

Discente: Carina de Sousa
Orientadora Pedagógica: Professora Doutora Otilia Zangão
Percetor: EESMO Luis Miranda

OBJETIVOS DA SESSÃO

- **OBJETIVO GERAL:**
 - Apresentar os resultados obtidos do estudo estatístico exploratório e descritivo com a População-Alvo de parturientes
- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**
 - Analisar os resultados obtidos da aplicação do questionário às parturientes (Estatística Descritiva);
 - Promover o debate e a partilha de ideias

OBJETIVOS DO ESTUDO

- Avaliar as práticas de enfermagem, na assistência ao parto, quanto à implementação das medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio de TP;
- Identificar os benefícios na preservação da integridade perineal com a implementação de medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico no 2º estadio do TP;

ESTUDO EXPLORATÓRIO E DESCRITIVO – SELEÇÃO DA AMOSTRA

**Amostra (N=76)
Técnica de Amostragem**

- Puérperas
- De Conveniência

CrITÉRIOS de Inclusão

- Mulheres que pretendam aderir ao estudo
- Mulher com idade ≥ 19 anos;
- Mulher com gravidez de baixo risco obstétrico
- TP espontâneo
- IG $\geq 37s$ e $\leq 42s$
- Parto Eutócico
- 1º Parto

CrITÉRIOS de Exclusão

- Indução de Trabalho de Parto
- Parto Gemelar
- Apresentação Pélvica
- Parto por forceps ou ventosa

ESTUDO EXPLORATÓRIO E DESCRITIVO – PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS

Local

- Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do CBM, EPE

Período Temporal

- Março a Junho 2017

ESTUDO EXPLORATÓRIO E DESCRITIVO – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Questionário

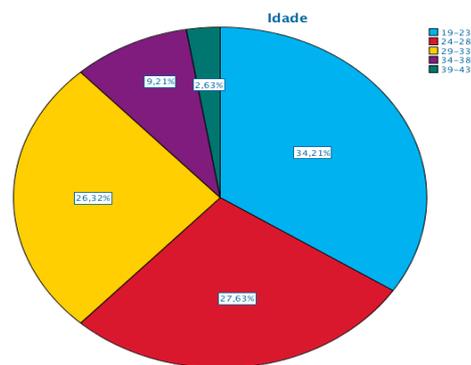
**Matriz para Registo de
Dados obtidos da consulta
do Processo Clínico**

ESTUDO EXPLORATÓRIO E DESCRITIVO – TRATAMENTO ESTATÍSTICO

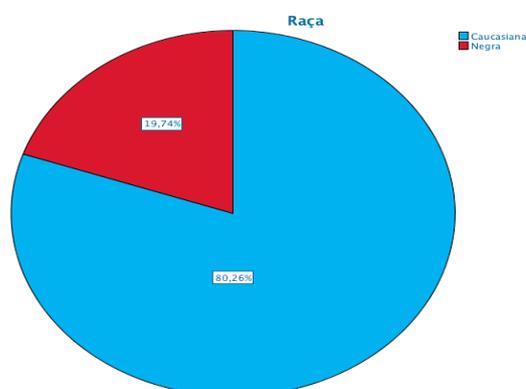
Software SPSS versão 22

Estatística Descritiva

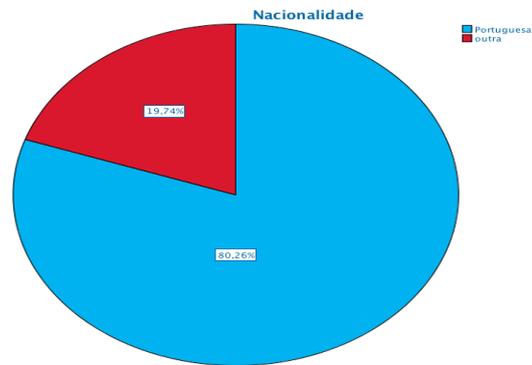
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA



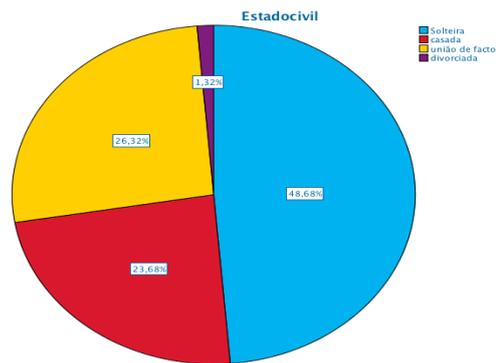
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA



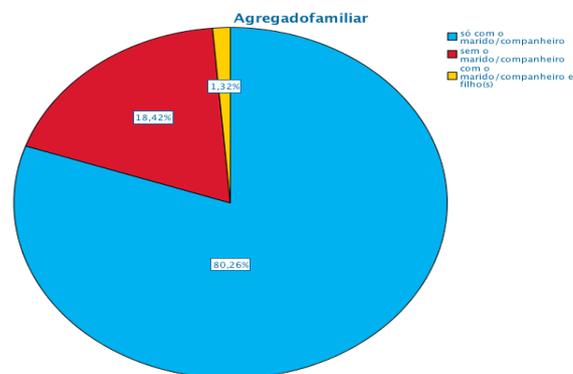
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS — CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA



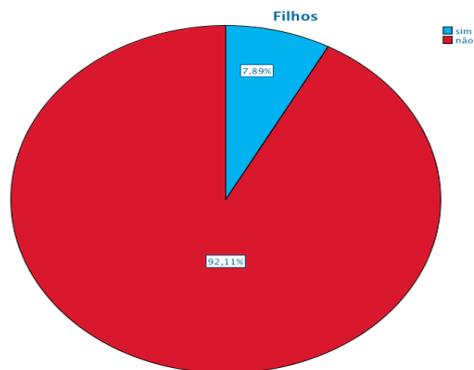
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS — CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA



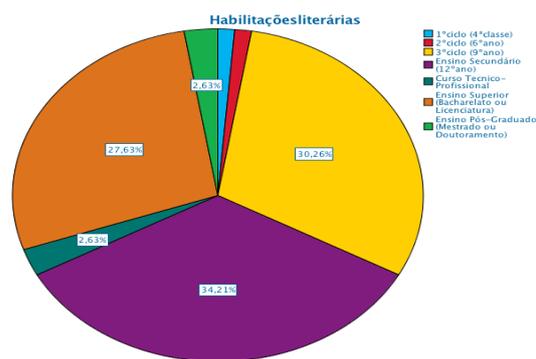
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS — CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA



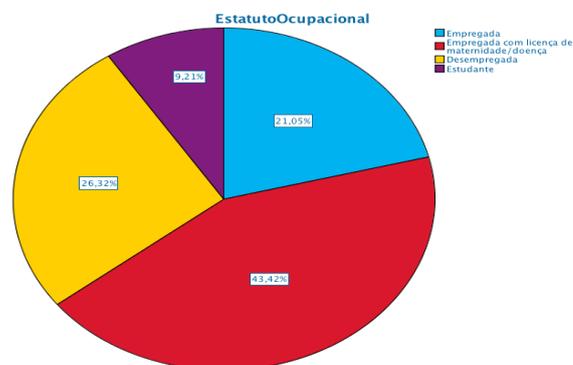
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS — CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA



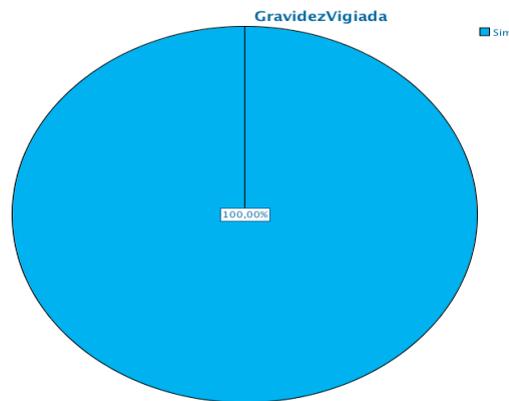
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS — CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA



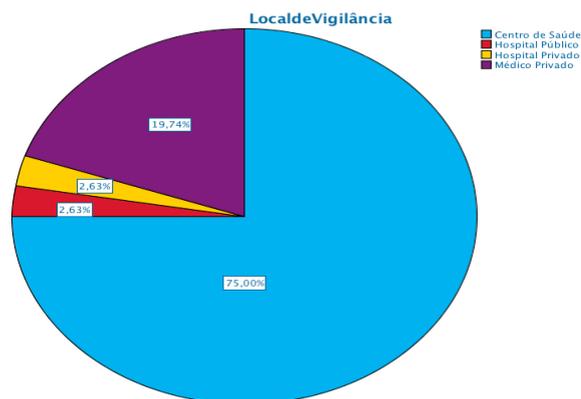
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS — CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA



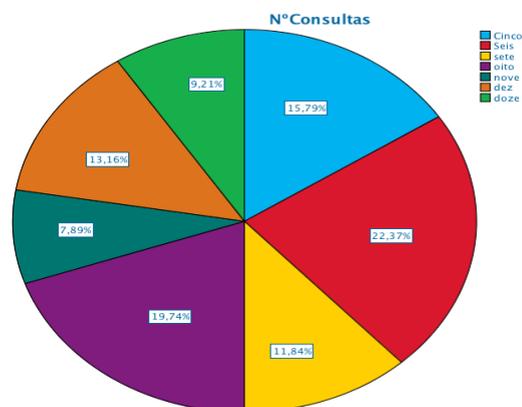
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – DADOS DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA, DA GRAVIDEZ E DO PARTO



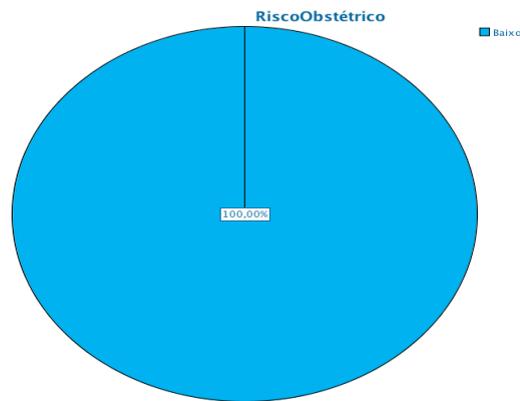
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – DADOS DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA, DA GRAVIDEZ E DO PARTO



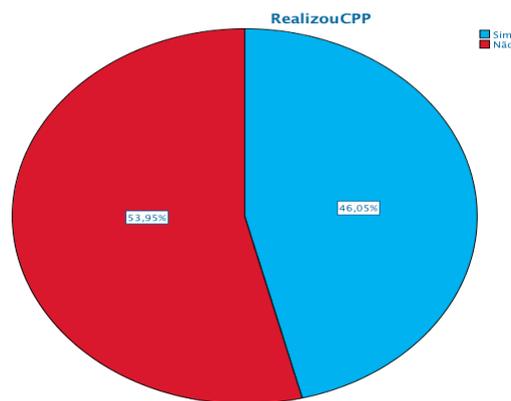
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – DADOS DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA, DA GRAVIDEZ E DO PARTO



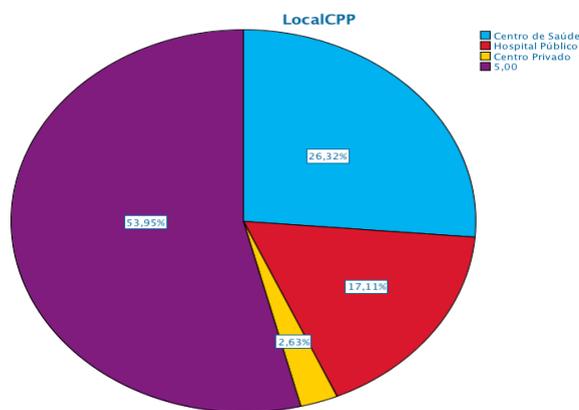
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – DADOS DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA, DA GRAVIDEZ E DO PARTO



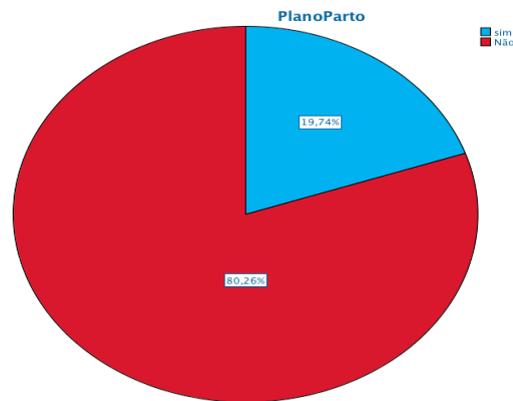
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – DADOS DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA, DA GRAVIDEZ E DO PARTO



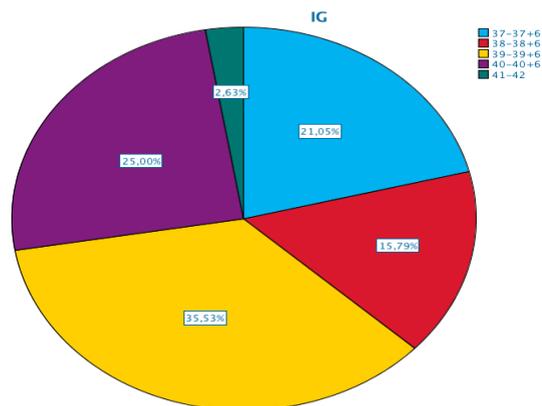
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – DADOS DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA, DA GRAVIDEZ E DO PARTO



APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – DADOS DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA, DA GRAVIDEZ E DO PARTO



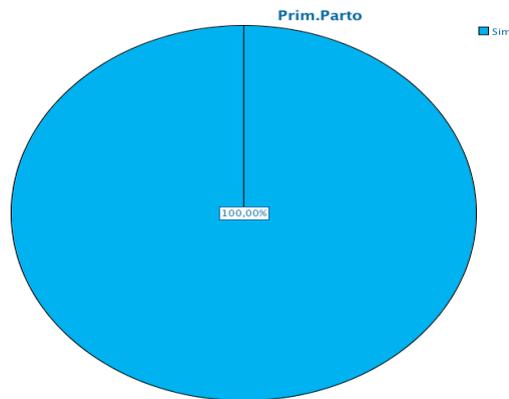
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – DADOS DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA, DA GRAVIDEZ E DO PARTO



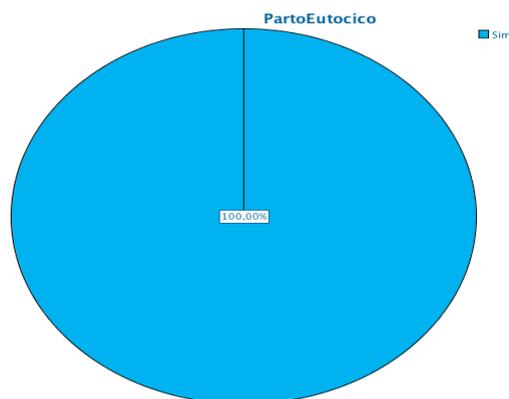
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – DADOS DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA, DA GRAVIDEZ E DO PARTO



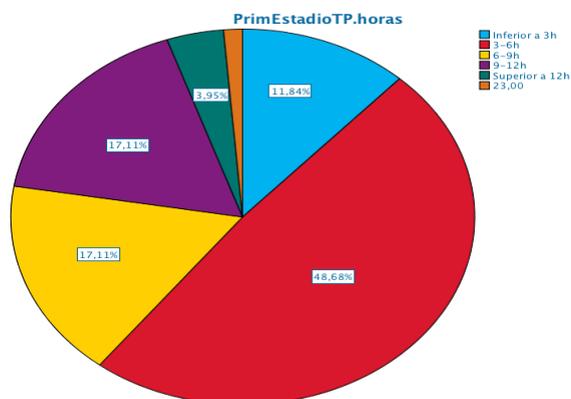
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – DADOS DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA, DA GRAVIDEZ E DO PARTO



APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – DADOS DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA, DA GRAVIDEZ E DO PARTO



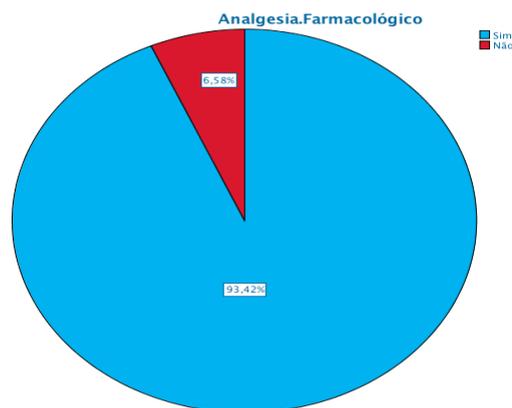
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – DADOS DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA, DA GRAVIDEZ E DO PARTO



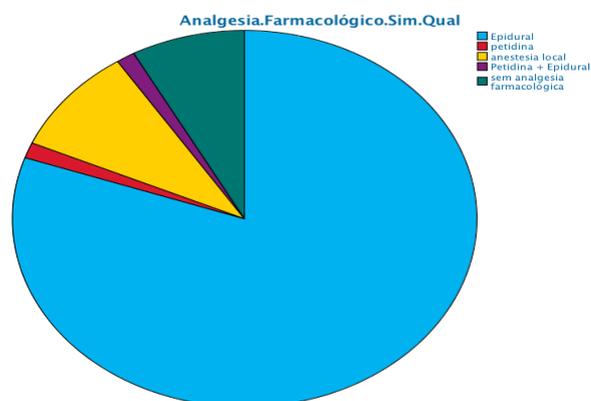
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – DADOS DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA, DA GRAVIDEZ E DO PARTO



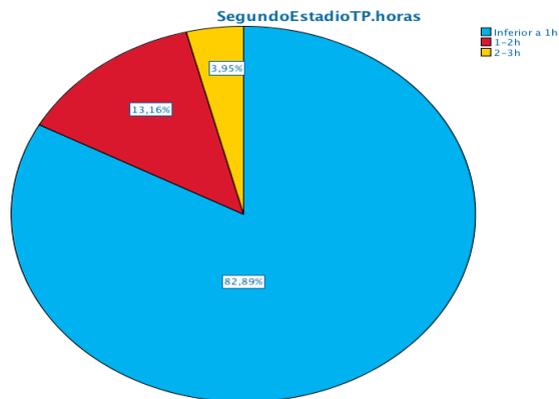
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – DADOS DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA, DA GRAVIDEZ E DO PARTO



APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – DADOS DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA, DA GRAVIDEZ E DO PARTO



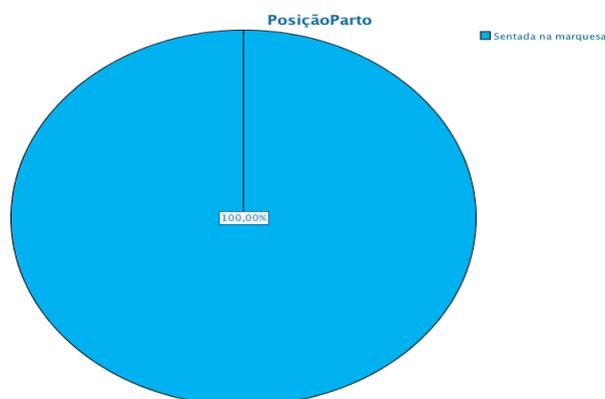
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – DADOS DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA, DA GRAVIDEZ E DO PARTO



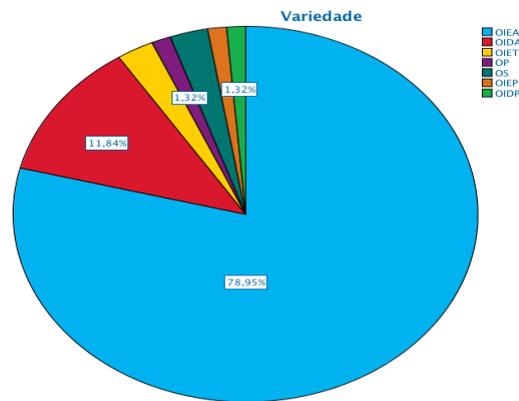
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – DADOS DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA, DA GRAVIDEZ E DO PARTO



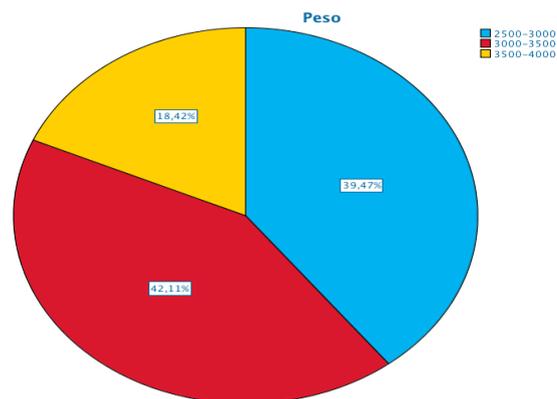
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – DADOS DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA, DA GRAVIDEZ E DO PARTO



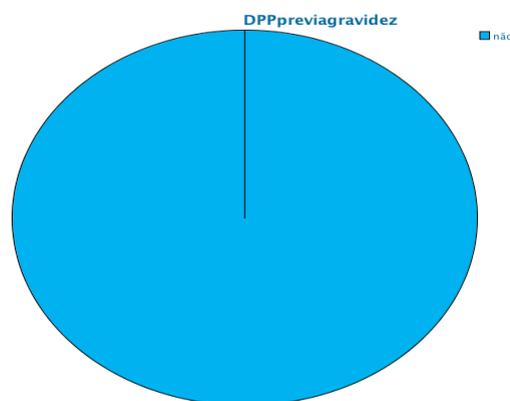
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – DADOS DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA, DA GRAVIDEZ E DO PARTO



APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – DADOS DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA, DA GRAVIDEZ E DO PARTO



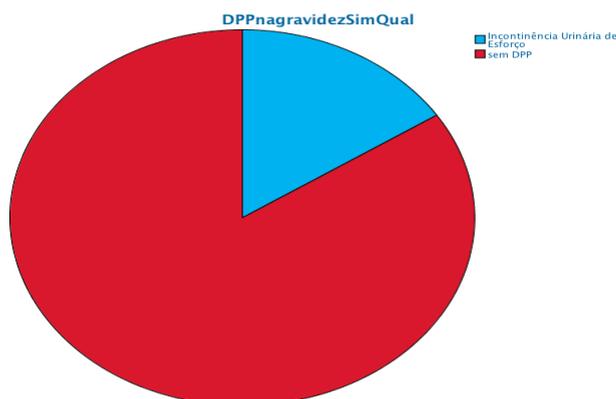
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – HISTÓRIA DE DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO



APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – HISTÓRIA DE DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO



APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – HISTÓRIA DE DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO



APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Práticas de Enfermagem, no 2º Estadio do TP, com vista à proteção de traumatismos e Disfunções do Pavimento Pélvico, identificadas pelas parturientes

A enfermeira incentivou à adoção de posições não supinas/verticais no parto	75%
A enfermeira permitiu-lhe liberdade de movimentos e de posições enquanto efetuava esforços expulsivos	89,5%
Quando a enfermeira lhe disse que podia fazer força sentia vontade urgente de puxar	71,1%
A enfermeira pediu-lhe para fazer puxos prolongados e em apneia (encher o peito de ar, reter o ar no pulmão e fazer força seguida na contração)	50%
A enfermeira pediu-lhe para fazer força como se estivesse a evacuar	75%
A enfermeira incentivou-a a empurrar apenas à medida que sentisse vontade de o fazer	77,6%
Quando estava a realizar os esforços expulsivos sentiu que a enfermeira pressionava persistentemente o seu períneo	67,1%
Quando estava a realizar os esforços expulsivos efetuaram pressão abdominal para ajudar o bebé a nascer	25%
Quando o bebé estava a nascer sentiu que a enfermeira tivesse colocado a mão no períneo de forma mantida	92,1%
Após saída da cabeça do bebé a enfermeira pediu-lhe para não fazer mais força, e exteriorizou o bebé completamente	94,7%
A enfermeira aplicou água morna no períneo	68,4%

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Práticas de Enfermagem no 2º Estadio do TP com vista à proteção do períneo e DPP – Episiotomia seletiva

Realização de Episiotomia	39,5%
Lacerações de Grau 1	30 %
Laceração de Grau 2	18,7 %
Períneo Intacto	11,8%

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Importância atribuída pelas parturientes às medidas protetoras de traumatismos e DPP no 2º estadio do TP com vista à preservação da integridade perineal

	1	2	3	4	5
Posição vericalizada no momento do parto (sentada, de lado, de cócoras, de gatas, de pé)			53,9%	39,5%	
Fazer força apenas quando se sente vontade urgente de puxar			82,9%		
Evitar fazer esforços prolongados e em apneia			82,9%		
Evitar a manipulação persistente do períneo			50%	34,2%	
Manter a mão no períneo e controlar a saída da cabeça do bebé				81,6%	
Evitar colocar a mão no períneo e controlar a saída da cabeça do bebé			84,2%		
Evitar a realização de pressão no abdómen durante a realização dos esforços expulsivos				88,2%	
Aplicar água morna no períneo				30,3%	30,3%

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Satisfação relativa aos cuidados de enfermagem durante o parto

1	2	3	4	5
Nada Satisfeita	Pouco Satisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita	Extremamente Satisfeita
			61,8%	

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Satisfação relativa à Experiência do Parto

1	2	3	4	5
Nada Satisfeita	Pouco Satisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita	Extremamente Satisfeita
			65,8%	

○ OBRIGADO

Apêndice O: Folheto Informativo – Porque é o Pavimento Pélvico Tão Importante Para a Mulher

É necessário avaliar o Pavimento Pélvico após o Parto?

Após o parto o Pavimento Pélvico sofre sempre algum tipo de traumatismo, seja por ter sido efetuado uma episiotomia, por ter ocorrido uma laceração ou simplesmente pelo facto da saída da cabeça do bebé lhe ter provocado um grande estiramento.

Por isso, é importante avaliar o estado do pavimento pélvico antes de começar com os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico após o parto.

Para além disso, não é aconselhável começar estes exercícios sem a supervisão de um profissional de saúde competente como o Enfermeiro Obstetra. Praticá-los incorretamente pode piorar a situação.

Após o parto esteja atenta a estas sinais, que indicam um enfraquecimento do Pavimento Pélvico:

- Se ao fazer os exercícios para o Pavimento Pélvico não sente a contração
- Se sofre de incontinência urinária, por muito ligeira que seja
- Se tem prolapso ou descida dos órgãos genitais
- Se sente qualquer tipo de dor na região genital, ao ter relações sexuais ou ao praticar desporto ou executar qualquer outra atividade.

Descubra o seu Pavimento Pélvico

O primeiro passo é consciencializar-se do posicionamento do pavimento pélvico e de que necessitamos ter um bom controlo da sua contração pois só se fortalece se os contraímos.

Ao realizar movimentos da pélvis e do abdómen, o pavimento pélvico contrai-se mas estas contrações não são suficientemente potentes para fortalecê-lo.

Aprender a contrair o Pavimento Pélvico:

- Coloque os dedos entre a entrada da vagina e o esfíncter do ânus, (zona perineal) e contraia o pavimento pélvico, para sentir a contração dos músculos com os dedos



- Coloque um espelho na região perineal para observar o que ocorre quando efetua a contração. Deverá observar que a vagina se fecha e se descola para dentro.

- Pode ser útil tentar interromper a micção (uma única vez!) para sentir a atividade destes músculos e sobretudo, o efeito do fecho dos mesmos sobre a uretra. Atenção: nunca deverá realizar esta ação de forma repetida com intenção de fortalecer o pavimento pélvico, é apenas uma ação que pode ser útil para ter consciência da atividade destes músculos.

- Existem ainda aparelhos mais sofisticados, utilizados pelos profissionais, que ajudam a visualizar o grau de contração efetuada. Estes aparelhos identificam a contração, registam o nível da força dos músculos e permitem treinar esta musculatura.



Porque é o Pavimento Pélvico tão importante para Mulher?

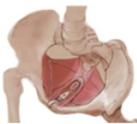
A sua qualidade de vida pode depender e muito do estado do seu Pavimento Pélvico.

O que é e como Funciona?

Algumas mulheres ouvem falar pela primeira vez em Pavimento Pélvico nas aulas de preparação para o parto. Outras descobrem-no quando se confrontam com problemas, como por exemplo, a Incontinência Urinária.



O Pavimento pélvico é um conjunto de músculos e ligamentos que encerram a cavidade abdominal na sua parte inferior.



Serve para suportar e manter os órgãos pélvicos (bexiga, útero, vagina e reto) no seu devido lugar. O funcionamento normal destes órgãos depende da sua posição adequada.

Se o Pavimento Pélvico estiver enfraquecido estes órgãos podem descer, alterando a sua função e afetando a qualidade de vida da mulher, o seu bem-estar físico e psicológico.

Um Pavimento Pélvico debilitado pode causar perdas de urina, desconforto, prolapso (queda de órgãos como o útero, a bexiga, reto), dores lombares e disfunções sexuais (dor intensa durante a relação sexual). Estes problemas são chamados de Disfunções do Pavimento Pélvico.



Porque é tão importante para a Mulher?

Há dois grandes acontecimentos na vida da mulher que podem lesionar o Pavimento Pélvico: a gravidez e o parto e a chegada da menopausa.



Na gravidez o peso do bebé e as alterações hormonais tornam os músculos mais laxos, diminuindo a sua capacidade de suporte. Por isso muitas grávidas sofrem de perdas de urina neste período.

O corpo está naturalmente dotado de mecanismos de defesa que protegem o Pavimento Pélvico. Contudo, no parto esta musculatura é muito distendida.

Medidas protetoras de traumatismos e disfunções do pavimento pélvico no parto:

- Aplicação de água aquecida perineo
- Posições verticais (sentada, de cócoras, de gatas, de lado)
- Incentivar os puxos espontâneos, isto é, apenas quando se sente necessidade de os fazer
- Evitar a manipulação excessiva do perineo
- Técnicas de suporte perineal aquando da exteriorização da cabeça do bebé
- Realização seletiva da episiotomia
- Não realizar pressão na região superior do abdómen

A menopausa e as alterações físicas que ocorrem no corpo da mulher ao longo da idade também afetam o pavimento pélvico, sobretudo se já estiver debilitado ou lesionado. Por isso nesta etapa facilmente aparecem problemas como a incontinência urinária e os prolapso.

Como Evitar o seu Enfraquecimento ?

A prevenção é a melhor forma! Quanto mais cedo se tiver consciência da importância do Pavimento Pélvico e se começar a trabalhar esta musculatura, melhor se conseguirá minimizar os inconvenientes da gravidez, do parto e, sobretudo da menopausa.

- Evite reter a urina ou ter a bexiga cheia muito tempo
- Quando urinar ou defecar, deixe que a bexiga ou o intestino se esvaziem sozinho, não force com os abdominais
- Beba 2L de água por dia
- Efetue uma higiene genital adequada e cuide da flora natural
- Evite o excesso de peso e a obstipação com uma dieta equilibrada e rica em fibras, que poderá encontrar em frutas e verduras, sem descurar o exercício físico
- Automatize a contração do Pavimento Pélvico em ações como tossir, espirrar, pegar em pesos.
- Conheça o seu pavimento pélvico, prepare-o e fortaleça-o nos momentos da sua vida que o poderão danificar, como a gravidez, o pós-parto ou na menopausa:
 - Exercícios de fortalecimento
 - Exercícios de Kegel
 - Massagem perineal



Trabalhar para uma boa condição física durante a gravidez é muito importante para chegar ao momento do parto com uma musculatura tonificada e forte.

O 2º trimestre é o momento certo para iniciar este tipo de preparação. Devem ser combinados exercícios ao ar livre com exercícios de tonificação, centrados nos músculos da pélvis, região lombar, abdominal e pernas. É aconselhável ser orientada por um profissional, como o Enfermeiro Obstetra.

A partir das 33-34s, convém tonificar e flexibilizar a musculatura do pavimento pélvico para reduzir os danos que possam ocorrer no parto. Desta forma os seus músculos estarão saudáveis e fortes.

Fonte: a própria

Apêndice P: Cronograma de atividades

Fonte: a própria

Acções	Mês										
	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Junh	Julh	Agos	Set
Realização de reuniões											
Elaboração do Projecto											
Preparação dos instrumentos de colheita de dados											
Diagnóstico da problemática											
Realização das actividades planeadas											
Elaboração do Relatório Final											
Pesquisa Bibliográfica											

ANEXOS

Anexo A: Parecer da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas de Saúde
Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora para a aplicação do Projeto



Documento

1 7 0 4 2

**Comissão de Ética para a Investigação nas Área de
Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Armando Raimundo, Professor Doutor Jorge Fernandes e Professora Doutora Felismina Mendes, deliberaram dar, na reunião do dia 20 de Junho de 2017, o Parecer Positivo à forma como o Projeto "Intervenção do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, no 2º Estádio do Trabalho de Parto, face às Medidas Preventivas do Traumatismo e Disfunção do Pavimento Pélvico" dos investigadores Carina Gomes de Sousa e Maria Otilia Brites Zangão.

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Armando Manuel de Mendonça Raimundo)

Anexo B: Autorização Institucional para a Aplicação do Projeto e Parecer da Comissão
de Ética do CHBM, EPE para a Aplicação do Projeto



Caro Sr. Dr. Luís dos Santos Pinheiro
Boa tarde
[Handwritten signature]

22 MAR. 2017

Luís dos Santos Pinheiro
Director Clínico

Apreciado em Reunião
do Conselho de Administração
CHBM, E.P.E.
de 24/03/2017
ACTA N.º 12

C.A.
Autorizado

Pedro Lopes
Presidente do Conselho de Administração

Memorando // Nota interna n.º: 08/2017

Data: 20 / 03 / 2017

De: Comissão de Ética para a Saúde

Para: Dr. Luís dos Santos Pinheiro – Director Clínico e Vogal Executivo do Conselho de Administração

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo clínico no CHBM

A 17/03/2017 reuniu a Comissão de Ética do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. que apreciou um pedido de autorização para efectuar recolha de dados no Bloco de Partos do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. para desenvolvimento de um estudo de investigação intitulado "Medidas protetoras do traumatismo e disfunção do pavimento pélvico no 2.º estadio do trabalho de parto" com o objectivo de avaliar os cuidados prestados pela equipa em Especialização de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO), trabalho a desenvolver por Carina Gomes Sousa, enfermeira especialista neste Centro Hospitalar e aluna de Mestrado Profissional EESMO da Universidade de Évora / Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Face aos documentos apresentados, declaração de consentimento informado quer a utentes quer a enfermeiros, não haver qualquer risco para as parturientes, não existir nenhum inconveniente para o Serviço conforme declaração da Sr.ª Directora Ana Paula Lopes e Enfermeiro-Chefe Luís Miranda, a Comissão de Ética deliberou nada ter a opor à realização deste trabalho científico.

Com os melhores cumprimentos,

(Filomena Veiga, Dr.ª)
(Vice-Presidente da CES)

ENTRADA
Conselho de Administração
N.º 4056 20/03/2017
M. H. d. A.