



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER E
DA CRIANÇA

EDNA JÉSSICA LIMA GONDIM

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE PUÉRPERAS SOBRE A
PREPARAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO PARA O PARTO

FORTALEZA

2019

EDNA JÉSSICA LIMA GONDIM

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE PUÉRPERAS SOBRE A
PREPARAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO PARA O PARTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança.

Área de concentração: Atenção integrada e multidisciplinar à saúde materno infantil.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Simony Lira do Nascimento.

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- G635c Gondim, Edna Jéssica Lima.
Conhecimentos, atitudes e práticas de puérperas sobre a preparação do assoalho pélvico para o parto. /
Edna Jéssica Lima Gondim. – 2019.
86 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional
em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2019.
Orientação: Profa. Dra. Simony Lira do Nascimento.
1. Diafragma da pelve. 2. Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde. 3. Períneo. 4. Parto. I. Título.
CDD 610
-

EDNA JÉSSICA LIMA GONDIM

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE PUÉRPERAS SOBRE A
PREPARAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO PARA O PARTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Atenção integrada e multidisciplinar à saúde materno infantil.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Simony Lira do Nascimento.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Simony Lira do Nascimento (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Priscila de Souza Aquino
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Sabrina Dantas Sabry
Faculdade Ateneu (FATE)

Prof^a. Dr^a. Vilena Barros de Figueiredo
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico este trabalho à Isabela, minha filha,
que nasceu em meio ao desafio de realizá-lo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo grande amor que tem por mim e por ter me feito chegar aonde cheguei, sem Ele nada sou.

Aos meus pais, Gondim e Edna, por todo amor, dedicação, incentivo, apoio e criação. Meu caminho é mais lindo porque vocês estão nele desde o início! Amo vocês!

Ao meu esposo, Neto, por ser meu companheiro, por acolher choros, por me ajudar a colocar os pensamentos no lugar e respirar fundo, por me apoiar e me fazer sorrir mesmo quando tudo parece estar desmoronando. Te amo!

À Isabela, minha filha, minha vida! Por ter me mostrado que eu tenho mais capacidade do que imagino. Você chegou quando eu estava iniciando o mestrado, fez uma grande mudança no meu coração e na minha mente, e agora está aqui comigo finalizando esse processo que, por vezes, duvidei se conseguiria, já que minha dedicação é quase exclusiva pra você. Te amo!

À minha irmã, Angélica, referencial para mim em relação aos estudos; ao meu irmão Victor, referencial de garra e persistência; aos meus irmãos, Caio, Heitor, Ana Livia e Ana Letícia, por fazerem minha vida mais feliz. À minha madrastra, Elvia, pelo seu enorme coração que me acolheu. Amo vocês!

À minha sogra, Elileide, por todo suporte que tem me dado desde o nascimento da Isabela. Não tenho palavras para agradecer toda a ajuda! Sem a senhora, teria sido muito mais difícil, quiçá inviável, concluir o mestrado.

À professora Simony, por ter me orientado durante todo esse percurso, pela paciência em me ensinar e pela compreensão e empatia em relação à estação que estou vivendo no momento.

Às minhas companheiras de mestrado, por terem compartilhado experiências, saberes e alegrias. Passamos por esse percurso juntas e a minha vitória também é de vocês.

À banca examinadora, pelas valiosas contribuições que, certamente, irão enriquecer este trabalho.

Aos professores do mestrado, por aceitarem a árdua missão de nos aproximar da ciência com qualidade, paciência e afinho.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para que este trabalho fosse executado. Muito obrigada!

RESUMO

Objetivo: Avaliar conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) de puérperas sobre a preparação do assoalho pélvico para o parto, bem como os fatores a eles relacionados. **Métodos:** Estudo observacional de corte transversal, do tipo inquérito CAP, conduzido em uma maternidade pública, entre dezembro de 2017 e novembro de 2018. Foram incluídas puérperas de parto normal, que desejaram o parto normal durante a gestação e com idade a partir de 14 anos. Os dados foram coletados através de dois formulários: um para coleta de dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos e outro para avaliação de CAP composto por 15 questões objetivas, sendo cinco para a avaliação de conhecimentos, três para atitudes e sete para práticas em relação à preparação do AP para o parto. **Resultados:** 326 mulheres participaram da pesquisa, com média de idade de 24,3 anos, 75,8% possuía parceria estável, 50,6% eram multíparas, 60,4% não haviam planejado a gestação, 66,3% tiveram laceração perineal e 3,7% passaram por episiotomia. Em relação aos CAP, 2,5% apresentaram conhecimentos satisfatórios, 4,3% mostraram atitude positiva e 4,0% realizaram alguma prática para preparar o AP na gestação. Observamos que houve associação entre a escolaridade e a renda com o aspecto *conhecimento* ($p < 0.05$), e entre escolaridade e *atitude* ($p < 0.05$). **Conclusão:** Os CAP sobre a preparação do AP para o parto apresentaram-se inadequados, de modo geral, corroborando para a necessidade de intervenções para melhorar o cuidado ao AP durante o período gestacional.

Palavras-chave: Diafragma da pelve. Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde. Períneo. Parto.

ABSTRACT

Objective: To evaluate knowledge, attitude and practice (KAP) of postpartum women about pelvic floor preparation for labor, as well as factors related to them. **Method:** An observational cross-sectional study, with a KAP questionnaire, was carried out at a public maternity clinic, between December 2017 and November 2018. Were included in the study postpartum women who underwent normal labor, who wanted a normal labor, and who were at least 14 years old. Data were collected through two forms: one for sociodemographic, clinical and obstetric data, and the other for KAP evaluation, consisting of 15 multiple-choice questions, out of which five evaluated knowledge, three, attitude, and seven, practice concerning pelvic floor preparation for labor. **Results:** 326 women took part in the research, with an average age of 24.3 years; 75.8% were in a stable relationship, 50.6% were multiparous, 60.4% had not planned the pregnancy, 66.3% had perineal tears and 3.7% underwent episiotomy. Concerning KAP, 2.5% showed satisfactory knowledge, 4.3% showed positive attitude, and 4.0% carried out pelvic floor preparation practices during pregnancy. We observed an association between education level and income with the *knowledge* aspect ($p < 0.05$), and between education level and *attitude* ($p < 0.05$). **Conclusion:** The KAP about pelvic floor preparation for labor were, generally, inadequate, corroborating the need for interventions in order to improve pelvic floor care during pregnancy.

Keywords: Pelvic Floor. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Perineum. Parturition.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Assoalho Pélvico Feminino	Pág. 20
Figura 2	Lacerações perineais e seus graus	Pág. 21
Figura 3	Fórmula para cálculo amostral de populações finitas	Pág. 45
Figura 4	Seleção de participantes	Pág. 53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Protocolos para realização de TMAP	Pág. 41
Tabela 2	Protocolos para realização de massagem perineal	Pág. 43
Tabela 3	Protocolos para utilização do dispositivo Epi-no [®]	Pág. 43
Tabela 4	Características sociodemográficas das puérperas	Pág. 61
Tabela 5	Características clínicas e obstétricas das puérperas	Pág. 61
Tabela 6	Características da gestação atual e desfechos perinatais	Pág. 62
Tabela 7	Conhecimentos, atitudes e práticas de puérperas sobre preparação do assoalho pélvico para o parto	Pág.62
Tabela 8	Fatores associados aos conhecimentos, atitudes e práticas das puérperas em relação à preparação do assoalho pélvico para o parto	Pág. 63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG American College of Obstetricians and Gynecologists

AP assoalho pélvico

CAP conhecimentos, atitudes e práticas

DAP disfunções do assoalho pélvico

EBSERH Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ECR ensaios clínicos randomizados

IA incontinência anal

ICS International Continence Society

IF incontinência fecal

IU incontinência urinária

MAP musculatura do assoalho pélvico

MEAC Maternidade Escola Assis Chateaubriand

MP massagem perineal

OASIS obstetric anal sphincter injuries

TMAP treinamento da musculatura do assoalho pélvico

UFC Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO.....	11
2JUSTIFICATIVA.....	15
3OBJETIVOS.....	16
3.1 Objetivogeral.....	16
3.2 Objetivos específicos.....	16
4 HIPÓTESES.....	17
5REVISÃO DE LITERATURA.....	18
5.1Conhecimentos, Atitudes e Práticas.....	18
5.2O assoalho pélvico e as lesões perineais no parto.....	19
5.3Preparação do assoalho pélvico para o parto.....	24
6MATERIAIS E MÉTODOS.....	44
6.1 Tipo de pesquisa.....	44
6.2 Local da pesquisa.....	44
6.3 Seleção de participantes.....	44
6.4 Coleta de dados.....	45
6.5 Instrumentos de coleta de dados.....	45
6.6Análise dos dados.....	47
6.7Aspectos éticos.....	47
7RESULTADOS.....	47
7.1Artigo original.....	48
8 CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS.....	65
APÊNDICE A – LISTA DE VERIFICAÇÃO.....	71
APÊNDICE B–TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	72
APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	73
APÊNDICE D - FORMULÁRIO SOBRE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOSE OBSTÉTRICOS.....	74
APÊNDICE E - FORMULÁRIO CAP.....	76
APÊNDICE F – AVALIAÇÃO DOFORMULÁRIO CAP.....	79
APÊNDICE G – DETALHAMENTO DE BUSCAS NAS BASES DE DADOS.....	82
ANEXO A – PARECER CONSUSBTANCIADO DO CEP.....	83

1INTRODUÇÃO

O parto vaginal costumava ser um evento que ocorria em casa, com o auxílio de outras mulheres. Em meados do final do século XVI e início do século XVII, o parto foi, gradativamente, deixando de ser um evento familiar e passando a ser assistido em ambiente hospitalar, fenômeno conhecido como medicalização do parto. Com esse processo, muitas intervenções foram sendo introduzidas nessa assistência (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016).

No Brasil, nas últimas décadas do século XX, iniciou-se o trajeto em direção à humanização do parto e do nascimento, que tem se estendido ao século XXI. Em termos de políticas públicas, é possível destacar alguns marcos importantes: em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, com o propósito de contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança (BRASIL, 2011); em 1984, surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, sendo um novo programa com ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde (BRASIL, 1984); em 1999, a portaria nº 985 estabelece a criação de centros de parto normal, detalhando suas atribuições, recursos materiais e humanos (BRASIL, 1999); em 2000, a portaria nº569 institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000). Já no século XXI, em 2004, o Ministério da Saúde lança um documento com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com suas diretrizes e objetivos (BRASIL, 2004); em 2005, a Lei nº 11.108 regulamenta o direito à gestante de ter acompanhante de sua escolha durante e após o parto (BRASIL, 2005); em 2011, a portaria nº 1.459 institui a Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

Em 2014, foi realizada uma grande pesquisa no Brasil sobre a assistência ao parto e ao nascimento, na qual foi constatada a grande quantidade de cesáreas, alcançando 52% de todos os partos, o que contribuiu para que o quadro brasileiro da assistência obstétrica fosse reavaliado e para que acontecesse um estímulo ao parto vaginal, bem como uma assistência respeitosa pautada na humanização do parto e do nascimento. Esta se baseia em três pilares: o protagonismo materno, as práticas baseadas em evidências científicas e a visão integrativa e interdisciplinar a este evento (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015; BRASIL, 2014).

Nesse percurso, tem-se buscado realizar as chamadas boas práticas na assistência ao parto e ao nascimento e evitar intervenções desnecessárias. Dentre as boas práticas temos, por exemplo: ingestão de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto, utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, mobilidade durante o primeiro estágio do trabalho de parto, acompanhamento da progressão por partograma e a presença de

acompanhante durante todo o processo. Dentre as intervenções que devem ser evitadas ou até mesmo abolidas, temos: uso de cateter venoso, uso de ocitocina para aceleração do trabalho de parto, amniotomia, analgesia raqui/epidural, posição de litotomia durante o período expulsivo, manobra de Kristeller e episiotomia (LEAL *et.al.*, 2014).

No Brasil, em 2014, foi observada uma ocorrência de menos de 50% de boas práticas nos partos vaginais. Por outro lado, o uso de ocitocina e amniotomia ocorreu em 40% dos partos vaginais; a manobra de Kristeller, em 37%; a episiotomia, em 56% e a posição litotômica, em 92% (LEAL *et.al.*, 2014). Essas intervenções caracterizam uma assistência inadequada que, conseqüentemente, causou medo e insegurança nas gestantes, levando-as a optar pela cesárea, mesmo na ausência de indicações.

Durante a gestação, as mulheres precisam se preparar para o momento do parto em diversos aspectos e para isso é necessário que busquem informar-se da melhor forma possível, por meio de fontes confiáveis. Um dos pilares da humanização do parto é a visão integrativa e interdisciplinar. Neste se encaixa a atuação de diversos profissionais de áreas de medicina, enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia, dentre outras (BRASIL, 2014). Na área da saúde da mulher, mais especificamente na obstetrícia, a fisioterapia pode trabalhar no tratamento e na prevenção de dores musculoesqueléticas, disfunções do assoalho pélvico, vícios posturais, atividades físicas específicas para gestantes, acompanhamento do trabalho de parto através do uso de métodos não farmacológicos do alívio da dor e orientação de posturas e exercícios que favoreçam a biomecânica do parto (BIO, 2015).

Nesse contexto, é interessante refletir sobre a ocorrência de lesões perineais, que muitas vezes acontecem no momento do parto e que podem causar prejuízos à saúde da mulher em curto e em longo prazo. Estas lesões podem ocorrer de forma espontânea, que são as chamadas lacerações perineais, ou podem ser provocadas, através da episiotomia. As lacerações perineais são lesões espontâneas que atingem o períneo no momento do parto (WILLIAMS, 1997 *apud* BECKMANN; STOCK, 2013). Já a episiotomia é um procedimento cirúrgico usado em obstetrícia para aumentar a abertura vaginal com uma incisão no períneo ao final do segundo estágio do parto vaginal, corresponde a uma laceração de 2º grau (ZANETTI *et al.*, 2009; CARROLI; MIGNINI, 2009). A lesão perineal deve ser um indicador de qualidade em todas as configurações obstétricas e todos os esforços devem ser feitos para reduzir a incidência desta variável (BRITO; FERREIRA; MARCOLIN, 2015).

É um desafio separar os efeitos da gestação, do parto vaginal e das lesões perineais graves para as disfunções do assoalho pélvico, até porque as mulheres podem apresentar diversos fatores de risco (ACOG, 2016). A literatura aponta ainda algumas

possíveis consequências, como incontinência urinária (IU) e incontinência fecal (IF), disfunções sexuais, dor perineal e prolapso de órgãos pélvicos (LEEMAN *et al.*, 2016).

Várias propostas têm sido investigadas a fim de prevenir as lesões perineais, desde as que acontecem durante a condução do trabalho de parto, a exemplo do uso de compressas aquecidas no períneo durante o período expulsivo, a realização de massagem perineal durante o segundo estágio do trabalho de parto e também a realização da manobra de Ritgen (ou manobra de Ritgen modificada), que consiste em controlar a saída da cabeça fetal através de uma pressão manual no períneo; bem como as medidas que podem ser adotadas durante o período do pré-natal, conhecidas como preparação perineal ou do assoalho pélvico para o parto (ACOG, 2016).

Para prevenir ou tratar as disfunções do assoalho pélvico é que a fisioterapia lança mão de recursos como o treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP) e da massagem perianal (MP). Mais recentemente, aqui no Brasil, o dispositivo EPI-NO[®] têm sido utilizado na prática clínica diante da procura de gestantes. Dessa forma, quando usado o termo *preparação do assoalho pélvico para o parto* neste trabalho, estamos nos referindo a esses recursos para prevenção de lesões perineais durante o parto e prevenção e tratamento de disfunções do assoalho pélvico (DAP) (WOODLEY *et al.*, 2017; BECKMANN; STOCK, 2013; BRITO; FERREIRA; MARCOLIN, 2015). A preparação do assoalho pélvico no período gestacional pode contribuir para a prevenção das lesões perineais, visto que uma musculatura saudável, forte e com boa flexibilidade, pode ser mais resistente ao estresse que sofre no momento do parto (LEON-LARIOS *et al.*, 2017).

O TMAP evoluiu da proposta dos exercícios de Kegel, que consistiam na realização de contrações da musculatura do assoalho pélvico para seu fortalecimento em prol da prevenção ou do tratamento conservador de disfunções do assoalho pélvico (KEGEL, 1948). Após aperfeiçoamentos, o TMAP é bastante recomendado, com bases em evidências científicas, para prevenção/tratamento das disfunções do assoalho pélvico, como no caso da incontinência urinária (IU) em que a *International Continence Society* (ICS) o considera padrão-ouro para tratamento da IU de esforço e sua eficácia para promoção da continência é comprovada em estudos com máximo nível de evidência (nível de evidência 1, grau de recomendação A), inclusive na gestação e no pós-parto (ABRAMS *et al.*, 2010). Contudo, poucos estudos avaliam o resultado de sua realização sobre a integridade perineal, em virtude do parto vaginal (LEON-LARIOS *et al.*, 2017).

Outro recurso amplamente estudado para essa preparação é a massagem perineal (MP), que pode ser realizada a partir da 34^a semana de idade gestacional por uma terceira

pessoa ou pela própria gestante. A literatura tem apontado que sua realização é benéfica na prevenção de lesões perineais, em especial as que necessitam de sutura (BECKMANN; STOCK, 2013). Porém, os estudos sugerem que outras pesquisas sejam realizadas com maior rigor em relação à frequência e à duração da mesma, em relação à amostra, e em relação aos seus efeitos sobre a dor perineal, a satisfação sexual e as IU e incontinências anais(IA) (BECKMANN; STOCK, 2013; MARCELINO; LANUEZ, 2008; KAMPEM *et al.* 2015).

Já o dispositivo EPI-NO[®] vem recebendo maior atenção nos últimos anos, a fim de comprovar (ou não) seus efeitos através de evidências científicas. Trata-se de um dilatador vaginal composto por um balão de silicone inflável acoplado a um manômetro e a uma bomba manual. A maioria dos estudos realizados tem mostrado que o uso do EPI-NO[®] no período pré-natal, a partir da 37^a semana, não tem conseguido prevenir lesões perineais. Porém, sugerem também que sejam realizadas outras pesquisas com populações diferentes, com maior rigor em relação ao uso do dispositivo (frequência, duração do uso e supervisão), que investiguem a satisfação das mulheres em relação à função do assoalho pélvico, à redução da dor durante a relação sexual e aos sintomas urinários e anais (ATAN *et al.*, 2016; BRITO *et al.*, 2015; KAVVADIAS; HOESLI, 2016). É possível observar que os estudos não têm apresentado uma padronização do uso do dispositivo, sendo interessante uma análise dos protocolos propostos para que a assistência possa ter embasamento para sua utilização.

Para investigar se as mulheres possuem conhecimentos acerca dessa temática e se utilizam os procedimentos adequadamente, pode-se realizar uma pesquisa que avalie conhecimentos, atitudes e práticas (CAP), realizando, assim, um diagnóstico situacional que possibilite intervenções futuras. Considera-se *Conhecimento* a recordação sobre assuntos específicos ou a habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento. Já *Atitude* refere-se à opinião/crença sobre determinado fato. E a *Prática* está relacionada ao fato de executar uma ação, com base em seus conhecimentos e sua atitude (KALIYAPERUMAL, 2004; MARINHO *et al.*, 2003).

O presente estudo propõe avaliar CAP de puérperas em relação à preparação do assoalho pélvico para o parto vaginal, com o foco principal de evitar lesões perineais intraparto. Sua realização pode contribuir para a sensibilização e orientação profissional acerca dos cuidados com o assoalho pélvico durante a gestação.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho justifica-se pela necessidade da realização de um diagnóstico situacional, por meio da ciência dos conhecimentos, atitudes e práticas das mulheres sobre a preparação do assoalho pélvico para o parto, para que, a partir de então, seja possível traçar estratégias de intervenção adequadas às necessidades da população.

A proposta deste estudo é inédita, uma vez que não foram encontrados na literatura estudos investigando CAP de mulheres acerca da preparação do assoalho pélvico durante a gestação.

A introdução de intervenções sobre essa temática deve contribuir para uma melhor assistência pré-natal e, conseqüentemente, uma melhor experiência de parto e pós-parto às mulheres. Dessa forma, os profissionais de saúde necessitam estar capacitados a inseri-las em sua prática clínica, com base em evidências científicas.

3OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas de puérperas em relação à preparação do assoalho pélvico para o parto.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico das participantes.
- Analisar os fatores associados aos conhecimentos, atitudes, práticas em relação à preparação do assoalho pélvico para o parto.

4 HIPÓTESES

A hipótese é de que os conhecimentos, atitudes e práticas sobre a preparação do assoalho pélvico para o parto com a finalidade principal de prevenir lesões, de modo geral, não sejam satisfatórios, comprovando a necessidade de traçar estratégias que forneçam os cuidados com saúde adequados às mulheres durante a gestação no que diz respeito à musculatura do assoalho pélvico.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Conhecimentos, Atitudes e Práticas

Pesquisas sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) visam fazer um diagnóstico situacional sobre determinado assunto em uma população; contribuem para conhecer o que as pessoas sabem sobre certas coisas, como elas se sentem e também como elas se comportam (KALIYAPERUMAL, 2004).

Conhecimento é a capacidade de adquirir, reter e usar informações; uma mistura de compreensão, experiência, discernimento e habilidade. *Atitude*, por sua vez, se refere a inclinações a reagir de certo modo em determinadas situações; enxergar e interpretar eventos de acordo com determinadas predisposições; organizar opiniões em estruturas coerentes e inter-relacionadas. Por *Prática* entendemos a aplicação de regras e conhecimentos que levam à ação, a boa prática está relacionada ao progresso do conhecimento (BRADAN, 1995).

Em uma pesquisa, realizada na Austrália, que avaliou conhecimentos, atitudes e práticas de gestantes sobre a musculatura do assoalho pélvico (MAP), observou-se a necessidade de educação em saúde voltada às gestantes no que diz respeito à MAP; embora 76% das gestantes soubessem que uma das funções da MAP era prevenir a IU apenas 27% sabiam que também previne a IF e 41% achava que era normal perder urina durante a gestação; também somente 11% realizaram exercícios para o fortalecimento da MAP (HILL *et al.*, 2017).

Um estudo de corte transversal foi realizado na Malásia a fim de avaliar conhecimentos, atitudes e práticas de gestantes sobre exercício da MAP. A proporção de gestantes com pontuações satisfatórias de conhecimento foi de 51,8%; de atitude, 96,4%; e de prática foi de 10,7%, demonstrando correlação positiva significativa entre os escores de conhecimento e prática (ROSEDIANE *et al.*, 2012).

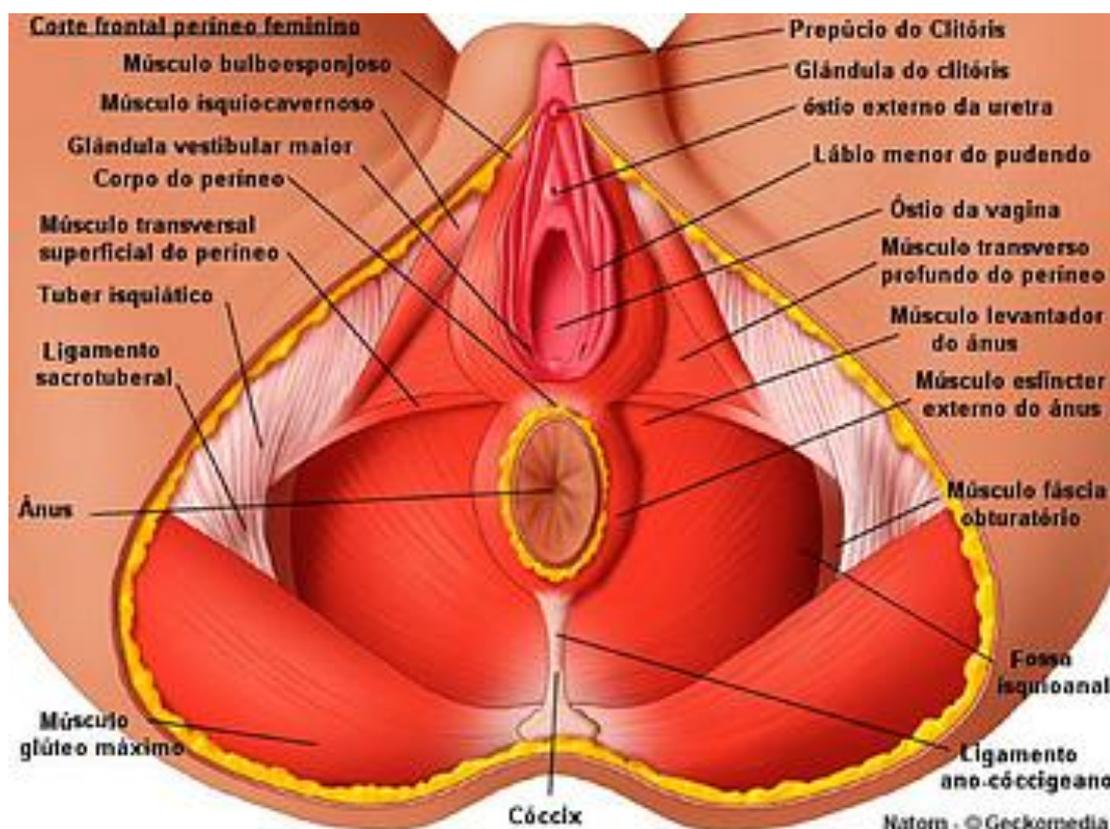
Esse tipo de pesquisa é comum na área da saúde. Para a elaboração de intervenções que venham realmente a ser eficazes, é necessário que saibamos os níveis de conhecimentos, atitudes e práticas das mulheres, em especial, das gestantes, sobre o assoalho pélvico (AP) e sua preparação durante a gestação; assim, será possível a proposição de intervenções que possam ir ao encontro das necessidades dessa população. No Brasil, existe uma lacuna no que diz respeito aos estudos sobre CAP relacionadas ao assoalho pélvico, ou à sua preparação durante a gestação, o que só fortalece a necessidade dessa avaliação.

5.2 O assoalho pélvico e as lesões perineais no parto

A pelve é composta por dois ossos ilíacos (cada um deles formado pela fusão dos ossos íleo, ísquio e púbis), pelo cóccix e pelo sacro, como suporte dessa estrutura temos o *assoalho pélvico* (AP). O AP é formado por músculos, ligamentos e fáscias, e possui duas funções principais: sustentar os órgãos pélvicos e contrair os canais anal e vaginal, e a uretra. Profundamente (diafragma pélvico) é composto pelos músculos pubococcígeo (ou pubovisceral), puborretal, ileococcígeo, transverso profundo do períneo e o esfíncter da uretra; na porção superficial (diafragma urogenital) temos: isquicavernoso, transverso superficial do períneo, bulbocavernoso e o esfíncter anal (um complexo composto pelos esfíncteres externo – controle voluntário e interno – controle autonômico); os músculos pubococcígeo, puborretal e ileococcígeo formam o músculo levantador do ânus, também conhecido como sinônimo de diafragma pélvico (SOUZA; LOTTI; REIS, 2014; RAIZADA; MITTAL, 2008). Monte púbico ou de Vênus, pequenos e grandes lábios, clitóris, vestíbulo vaginal e corpo perineal compõem a genitália feminina externa e todas essas estruturas podem sofrer danos durante o parto vaginal; sendo o último o que mais comumente sofre lesões (ACOG, 2016; SOUZA; LOTTI; REIS, 2014).

O corpo perineal é uma massa interconectada de tecido conjuntivo denso que inclui músculos superficiais e profundos da membrana perineal, incluindo os músculos perineais transversos e anexos do músculo bulbocavernoso; mede cerca de dois centímetros de diâmetro e está situado em posição mediana entre a vagina e o trato anorretal (WOODMAN; GRANEY, 2002). Sua importância clínico-funcional é múltipla e diversa: serve de suporte da região anorretal à pelve e da vagina à fáscia pélvica, previne a expansão do hiato urogenital, funciona como barreira fisiológica entre a vagina e o reto, preserva a continência urinária e fecal e mantém o platô do orgasmo. Sua integridade, portanto, é fundamental para a qualidade de vida da mulher (BARBOSA, 2004). A figura 1 traz uma ilustração da anatomia do assoalho pélvico feminino.

FIGURA 1 – Assoalho Pélvico Feminino

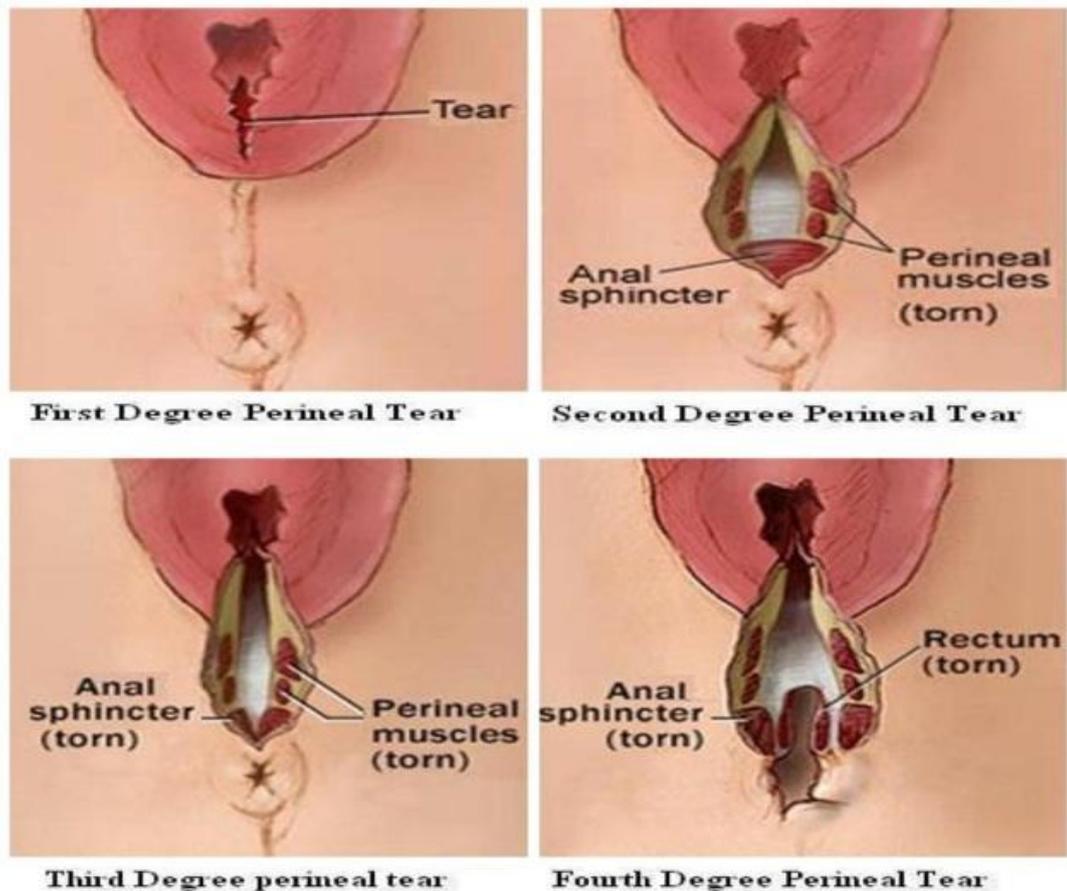


Fonte: Google imagens.

As lacerações perineais são as lesões espontâneas que atingem o períneo no momento do parto. São classificadas em graus (figura 2), dependendo dos tecidos atingidos; as de primeiro grau afetam somente pele; as de segundo grau estendem-se até os músculos perineais, mas não chega a atingir o esfíncter anal; as de terceiro grau atingem o complexo do esfíncter anal, são subdivididas em 3a (lesiona menos de 50% da espessura externa do esfíncter anal), 3b (lesiona mais de 50% da espessura externa do esfíncter anal) e 3c (lesiona esfíncteres externo e interno); e as de quarto grau, além dos esfíncteres, atingem também o epitélio anal (BECKMANN; STOCK, 2013; ACOG, 2016).

Das mulheres que passam pelo parto vaginal, 53 a 79% experimentam algum grau de laceração, sendo a maioria de primeiro ou segundo graus. As lacerações graves, de terceiro e quarto graus também são denominadas como lesões obstétricas ao esfíncter anal – OASIS (do inglês, *obstetric anal sphincter injuries*) (ROGERS *et al.*, 2014). Lane *et al.* (2017), em um ensaio prospectivo com 127 primíparas, encontraram que o comprimento do corpo perineal $\leq 3,5$ cm e uma duração maior que 99 minutos do segundo estágio do trabalho de parto se associaram a ocorrência de lacerações de terceiro e quarto graus.

FIGURA 2 – Lacerações perineais e seus graus.



Fonte: Google imagens.

Um estudo prospectivo, realizado entre 2006 e 2011 em Albuquerque – Novo México, avaliou 448 mulheres que tiveram partos vaginais, 151(33,7%) sofreram lacerações de segundo, terceiro e quarto grau (grupo 1) e 297(66,2%) tiveram o períneo intacto ou lacerações de primeiro grau (grupo 2), avaliadas na gestação e 6 meses após o parto. O trauma perineal não foi associado com IU ou IF, diminuição da atividade sexual, dor perineal ou prolapso de órgãos pélvicos. Mulheres do grupo 1 tiveram escores de função sexual ligeiramente inferiores aos do grupo 2 (27,3 versus 29,1). Medidas objetivas de força do AP, tônus retal, IU e anatomia perineal foram equivalentes. O grupo 1 demonstrou aumento da probabilidade de dor perineal (15,5% versus 6,2%) e MAP mais fraca (61,0% versus 44,3%) em comparação com o grupo 2. Dessa forma, a laceração espontânea não se associou ao aumento de risco de DAP no pós-parto, mas associou-se ao aumento da dor perineal, redução de força da MAP e escores ligeiramente inferiores de função sexual (LEEMAN *et. al.*, 2016).

Smith *et. al.*(2013) conduziram um estudo observacional prospectivo para descrever a extensão de lesão perineal em mulheres que passaram por parto vaginal, com

gestação única e estimar os efeitos de características maternas e obstétricas sobre a incidência de lesões perineais. A porcentagem de períneo íntegro foi de 9,6% para as primíparas e 31,2% para as múltiparas. A análise multivariada mostrou que a multiparidade (OR 0,52; IC 95%: 0.30-0.90) foi associada a chances reduzidas de OASIS, enquanto fórceps (OR 4,43; IC 95%: 2.02-9.71), segundo estágio do trabalho prolongado (OR 1,49; IC 95%: 1,13-1,98) e peso do recém-nascido elevado (OR 1, 00; IC 95%: 1,001-1,001) foram associados ao aumento das probabilidades. Encontraram uma baixa incidência de OASIS e baixa realização de sutura em lacerações de segundo grau, confirmaram também a incidência elevada de lesões perineais durante o parto vaginal e uma forte associação entre o uso de fórceps e a ocorrência de trauma perineal.

A Episiotomia é um procedimento cirúrgico usado em obstetrícia para aumentar a abertura vaginal com uma incisão no períneo ao final do segundo estágio do parto vaginal (CARROLI; MIGNINI, 2009); pode ser realizada com incisões mediana ou mediolateral, sendo esta última a recomendada pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), com a justificativa de que a mediana oferece maior risco de lesão do esfíncter anal, apesar de dados limitados sugerirem que a incisão mediolateral pode causar mais dores perineais e dispareunias (ACOG, 2016). Uma das principais indicações para a realização da episiotomia é a iminência de laceração de 3º e 4º graus, percebida subjetivamente pela rigidez perineal. As evidências apontam que seu uso deve ser restrito e não rotineiro (ZANETTI *et al.*, 2009; CARROLI; MIGNINI, 2009; JIANG *et al.*, 2017). Leal *et. al.* (2014), em pesquisa realizada com 23.894 mulheres, encontraram que a episiotomia é realizada, no Brasil, em 50% dos partos vaginais, e quase 75% das primíparas são submetidas a esse procedimento. Porém, sabe-se que a nuliparidade associa-se com a maior chance de preservação da integridade perineal, cuja plausibilidade clínica pode ser atribuída à maior elasticidade perineal entre as mulheres sem cicatriz anterior (RIESCO *et al.*, 2011).

Alguns estudos afirmam que a realização da episiotomia seletiva ou restritiva, com a técnica correta e considerando o momento ideal para a sua realização, reduz o risco de lacerações perineais graves se comparada a não realização do procedimento ou a realização rotineira do mesmo, sendo, dessa forma, benéfica (CORRÊA JÚNIOR; PASSINI JÚNIOR, 2016; CARROLI; MIGNINI, 2009). Questões como as reais indicações para a realização de episiotomia restritiva ainda necessitam ser esclarecidas à luz das evidências científicas (CARROLI; MIGNINI, 2009).

Em uma revisão, que incluiu 8 estudos (5.541 mulheres), foi observado que o uso restritivo mostra menor risco para lesão perineal severa (RR 0,67, IC 95%: 0,49 a 0,91), lesão perineal posterior (RR 0,88, IC 95%: 0,84 a 0,92), necessidade de suturar a lesão perineal (RR 0,71, IC 95%: 0,61 a 0,81) e complicações de cicatrização aos sete dias (RR 0,69, IC 95%: 0,56 a 0,85); sem diferenças para dispareunia e IU. A única desvantagem que encontraram para episiotomia restritiva foi o aumento de lesões perineais anteriores (RR 1,84, IC 95%: 1,61 a 2,10) (CARROLI; MIGNINI, 2009).

Um ensaio clínico randomizado, realizado no Nordeste do Brasil, comparou um protocolo de não realização da episiotomia com o uso restritivo; não foram observadas diferenças significativas entre os grupos em relação aos resultados maternos ou perinatais, mostrando que o protocolo de não realização é seguro para mãe e filho. As taxas de episiotomia foram semelhantes em ambos os grupos (1,7%). Os autores destacaram a necessidade de investigação que se proponha a analisar, de fato, alguma indicação para o procedimento (AMORIM *et. al.*, 2017). A Organização Mundial de Saúde (2018) não recomenda o uso liberal ou rotineiro de episiotomia e reconhece que, no presente, não há evidências científicas corroborando qualquer indicação do procedimento.

Jiang *et. al.* (2017), em sua revisão sistemática que comparou a realização de episiotomia de rotina com episiotomia seletiva não encontrou diferenças significativas sobre infecção perineal (RR 0,90; IC 95%: 0,45 a 1,82, três ensaios, 1467 participantes, evidência de baixa qualidade), dispareunia em longo prazo (seis meses ou mais) (RR 1,14; IC 95%: 0,84 a 1,53, três ensaios, 1107 participantes, evidência de moderada qualidade) e pouca ou nenhuma diferença para a IU de longo prazo (seis meses ou mais) (RR 0,98; IC 95%: 0,67 a 1,44, três ensaios, 1107 participantes, evidência de baixa qualidade). Concluíram que a episiotomia seletiva resulta na ocorrência de menos lesões severas e que o uso rotineiro não é apoiado pela evidência atual, ressaltam ainda a necessidade de pesquisas com melhor qualidade. Sugerem ainda a importância de se pesquisar se mulheres que necessitarão de parto instrumental devem ou não ser submetidas à episiotomia. É provável que as mulheres submetidas à episiotomia necessitem de maior tempo de internação pós-parto, enquanto que as mulheres que tiverem o períneo íntegro deixem o hospital mais rapidamente, reduzindo também os custos hospitalares.

Um estudo de corte prospectivo comparou um grupo de mulheres que sofreram lacerações de terceiro e quarto graus com outro grupo composto por mulheres que passaram por episiotomia ou tiveram lacerações de primeiro e segundo graus. O grupo de mulheres com lacerações graves apresentou significativa redução nos escores que avaliaram a função sexual

em 6 e 12 meses em comparação com o grupo controle [$18 \pm 2,4$ vs. $28,1 \pm 4,1$ ($p < 0,002$) aos 6 meses e $21,8 \pm 2,9$ vs. $29,2 \pm 4,1$ ($p < 0,05$) aos 12 meses]. As lacerações de terceiro e quarto graus impactam negativamente a função sexual feminina e podem persistir por pelo menos 1 ano após o parto (AHMED *et al*, 2017).

Em um estudo observacional realizado em Fortaleza, Ceará, foram analisados 974 prontuários de mulheres que tiveram parto vaginal. A episiotomia foi realizada em 6,4% dos partos, 2,8% apresentaram lacerações perineais de 3º e 4º graus, 54,4% lacerações de 1º e 2º graus e 42,8% de períneo íntegro (FEITOZA, 2018).

Dessa forma, observa-se que a prevalência de lesões perineais é variada; porém, devido às possíveis repercussões para a saúde da mulher, se faz necessário estudar possibilidades para a sua prevenção, a fim de que estas sejam adotadas na prática da assistência obstétrica, contribuindo para o cuidado integral com a saúde da mulher.

5.3 Preparação do assoalho pélvico para o parto

Para elaboração deste tópico foi realizada uma revisão de ensaios clínicos randomizados, apresentada no artigo a seguir.

RECOMENDAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO DURANTE A GESTAÇÃO: UMA REVISÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS

RESUMO

Objetivos: apresentar recomendações atuais para a preparação do assoalho pélvico durante a gestação a fim de prevenir as lesões perineais e de prevenir e/ou tratar disfunções do assoalho pélvico na gestação e no pós-parto. **Métodos:** revisão da literatura por meio de busca nas bases de dados PubMed e Lilacs com as palavras-chave *antenatal perineal massage*, *antenatalpelvicfloormuscle training*, *antenatalpelvicfloormuscleexercise* e *Epi-no*. Utilizou-se a estratégia PICOS na seleção de ensaios clínicos randomizados (ECR) para análise dos protocolos de intervenção. **Resultados:** Foram incluídos sete protocolos de treinamento da musculatura do assoalho pélvico, com início entre 16 e 32 semanas de gestação; as supervisões, quando realizadas, foram 1 vez por semana ou por mês; o número de séries e repetições foi variado. Nos seis protocolos de massagem perineal, o início ocorreu entre 32 e 36 semanas, 3 a 7 vezes por semana, por 4 a 10 minutos. Nos quatro protocolos do dispositivo Epi-no[®], o treino iniciou a partir de 37 semanas, 1 ou 2 vezes ao dia, por 15 ou 20 minutos. **Conclusões:** Embora os protocolos apresentem variações quanto à frequência, à supervisão e à idade gestacional, foi possível propor recomendações e reflexões quanto à sua utilização que facilitam a compreensão dos profissionais que atuam no pré-natal.

PALAVRAS-CHAVES: Diafragma Pélvico, Cuidado Pré-natal, Fisioterapia.

ABSTRACT

Objective: To present current recommendations for pelvic floor preparation during pregnancy in order to prevent perineal tears and prevent and/or treat pelvic floor dysfunction during pregnancy and postpartum. **Methods:** A literature review was carried out through searches in the databases PubMed and Lilacs, using the keywords *antenatal perineal massage*, *antenatal pelvic floor muscle training*, *antenatal pelvic floor muscle exercise* and *Epi-no*. PICOS strategy was used to select the randomized clinical trial (RCT) about the theme, with subsequent analysis of their intervention protocols. **Results:** We included seven protocols of pelvic floor muscle training, which began between 16 and 32 weeks of gestational age; supervision, when it happened, took place once per week or once per month; the number of sets and repetitions was varied. In the six protocols of perineal massage, the massage should start at between 32 and 36 weeks of gestational age and should take place between 3 and 7 times per week, during 4 to 10 minutes. In the four usage protocols for the Epi-no[®] device, its use should begin at 37 weeks, once or twice per day, during 15 or 20 minutes. **Conclusions:** Although the

protocols showed some variation concerning frequency, supervision and gestational age, it was possible to propose recommendations and reflections about the use of these resources that foster understanding in the professionals who assist pregnant women during prenatal care.

KEY-WORDS: Pelvic Floor, Prenatal Care, Physical Therapy Specialty.

INTRODUÇÃO

Em virtude da busca por humanização na assistência obstétrica, o fisioterapeuta, bem como outros profissionais, vem ganhando espaço para sua atuação, a fim de proporcionar à mulher uma melhor experiência durante o ciclo gravídico-puerperal, visto que a humanização se baseia em assistência integrada e multidisciplinar, além da base em evidências científicas e no protagonismo feminino¹. O fisioterapeuta que atua na área da saúde da mulher pode contribuir para a prevenção e o tratamento de disfunções do assoalho pélvico e de lesões perineais decorrentes da gestação e do parto.

O assoalho pélvico (AP) é uma estrutura composta por músculos, ligamentos e fâscias cujas funções são contrair os esfíncteres uretral, vaginal e retal, e sustentar os órgãos pélvicos. Durante o período gestacional, ocorre uma sobrecarga dessa estrutura devido, principalmente, ao aumento de peso e volume uterinos e o peso fetal. Além disso, ações hormonais da relaxina e da progesterona contribuem para o relaxamento da musculatura, o que permite aumento da abertura da pelve menor e, conseqüentemente, promove um alongamento do AP, interferindo na sua capacidade de contração e, assim, contribuindo para a ocorrência de disfunções do assoalho pélvico (DAP). A gravidez, por si, é o fator de risco mais importante e independente para as DAP; contudo, a via de parto vaginal também é fator de risco considerável^{2,3}.

O parto vaginal pode causar impactos à musculatura do assoalho pélvico (MAP). Durante o período expulsivo ou no segundo estágio do trabalho de parto, pois o AP sofre uma expressiva distensão com a passagem fetal; estima-se que a cabeça fetal seja quatro vezes maior que o diâmetro do hiato urogenital. Esse estiramento pode também contribuir para as DAP⁴. É também nesse momento que podem acontecer lesões perineais, que aqui iremos, didaticamente, distinguir em lacerações espontâneas e episiotomia.

As lacerações espontâneas que ocorrem naturalmente e variam de primeiro a quarto graus, conforme a severidade de tecidos lesionados, que podem atingir desde somente pele até o epitélio anal^{5,6}. Das mulheres que passam pelo parto vaginal, 53% a 79% experimentam algum grau de laceração, sendo a maioria de primeiro ou segundo graus, consideradas leves. As lacerações graves, de terceiro e quarto graus, também são

denominadas como lesões obstétricas ao esfíncter anal – OASIS (do inglês, obstetric anal sphincter injuries)⁷. As episiotomias são incisões cirúrgicas que correspondem a uma laceração de segundo grau. No Brasil, as taxas de episiotomia atingiram 56% dos partos normais, e 74,6% nas primíparas⁸. Quanto mais graves as lesões, mais elas podem contribuir para a ocorrência de DAP além de causar dores na região perineal. É um desafio separar as contribuições do parto vaginal, da gestação e das lesões perineais graves para as disfunções do assoalho pélvico, até porque as mulheres podem apresentar diversos fatores de risco^{5,6}.

A fim de evitar a ocorrência de DAP e lesões perineais, a Fisioterapia tem lançado mão de três principais recursos para preparar o AP durante a gestação, são eles: o treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP), a massagem perineal (MP) e o uso do dispositivo Epi-no[®] 9, 10, 11.

Algumas revisões sistemáticas da literatura avaliaram a eficácia desses recursos na gestação. Woodley *et al.* (2017) afirmam que a realização do TMAP na gestação pode prevenir a ocorrência de IU no final da gestação e nos primeiros meses após o parto¹². Beckman e Stock (2013) concluíram que a realização de MP nos últimos meses de gestação pode prevenir a ocorrência de lesões perineais, especialmente a episiotomia, e de dor perineal pós parto¹³. Brito, Ferreira e Marcolin (2015) afirmam que o uso do dispositivo Epi-no[®] não reduz a incidências de episiotomias ou de lacerações perineais¹¹.

Para além da eficácia, o presente estudo se propõe a discutir as recomendações atuais com base nos protocolos utilizados em ensaios clínicos randomizados para a preparação do assoalho pélvico durante a gestação a fim de prevenir as lesões perineais e de prevenir e/ou tratar disfunções do assoalho pélvico na gestação e no pós-parto, baseadas nas melhores evidências científicas. Este estudo visa preencher uma lacuna no que diz respeito às recomendações para a preparação do assoalho pélvico na gestação.

O objetivo deste artigo é apresentar as recomendações atuais para a preparação do assoalho pélvico durante a gestação a fim de prevenir as lesões perineais e de prevenir e/ou tratar disfunções do assoalho pélvico na gestação e no pós-parto, baseadas nas melhores evidências científicas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é uma revisão narrativa crítica da literatura disponível nas bases de dados: PubMed e LILACS/BVS, usando as seguintes palavras-chave: *antenatal perineal massage*, *antenatal pelvic floor muscle training*, *antenatal pelvic floor muscle exercise* e *Epi-no*. (Dados completos da busca estão em informações de suporte).

Com base na estratégia PICOS (*Population, Intervention, Comparison, Outcome, Studydesing*) foram definidos como critérios de inclusão estudos em que a população fosse composta por gestantes; a intervenção deveria incluir um ou mais dos recursos: treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), massagem perineal (MP), ou utilização do dispositivo Epi-no[®]; a comparação poderia ser com grupo controle sem intervenção, com intervenção mínima ou comparação entre recursos; e o desfecho deveria contemplar as disfunções do assoalho pélvico (IU, IA, prolapsos de órgãos pélvicos ou disfunção sexual) ou desfechos relacionados ao parto (laceração perineal, episiotomia ou dor perineal no pós-parto). O tipo de desenho dos estudos incluídos foi ensaio clínico randomizado. Foram excluídos estudos que não fossem em inglês, espanhol ou português, estudos de revisão da literatura, opinião de especialista e/ou comentários para revistas. Não foram considerados estudos que avaliaram a massagem perineal durante o trabalho de parto, bem como com intervenções no pós-parto.

A busca foi realizada entre abril e julho de 2019. Inicialmente foram selecionados estudos com base nos títulos, excluindo aqueles claramente não estavam relacionados com o tema da revisão. Em seguida, todos os títulos selecionados tiveram seus resumos analisados para identificar aqueles que atendessem aos critérios de inclusão. Os textos completos dos artigos potencialmente relevantes foram recuperados para avaliação final, foram apresentados a um avaliador experiente em revisões sistemáticas e com expertise no tema para a decisão de inclusão. Os artigos de texto completo foram avaliados para coletar dados sobre o desenho e objetivo do estudo, tamanho da amostra, população estudada e o protocolo de intervenção (idade gestacional ao iniciar o protocolo, frequência, duração, supervisão e outras peculiaridades de cada recurso). Os resultados foram apresentados em tabelas de acordo com recurso avaliado: TMAP, MP e EPI-NO.

RESULTADOS

A busca eletrônica resultou em um total de 167 referências. Após a exclusão dos artigos duplicados de títulos e resumos claramente não relacionados ao tema, foram incluídos 17 artigos completos. Um detalhamento das buscas nas bases de dados encontra-se no apêndice G.

Os dados dos protocolos de intervenção estão sumarizados nas tabelas, sendo a tabela 1 sobre TMAP (7 protocolos); a tabela 2 sobre MP (6 protocolos); e a tabela 3 sobre o Epi-no[®](4 protocolos). Dois artigos fizeram associação entre MP e TMAP^{14,15}. Não foram encontrados estudos associando o uso do dispositivo Epi-no[®] à MP ou ao TMAP.

DISCUSSÃO

Treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP)

O TMAP consiste na realização de exercícios para ganho de força, resistência, potência, relaxamento ou uma combinação desses parâmetros¹⁶. O precursor do que hoje entendemos por TMAP foi Arnold Kegel, um ginecologista americano, que pensou na realização de contrações ou exercícios da MAP para prevenção ou tratamento de disfunções do assoalho pélvico^{16,17}.

O TMAP é indicado para tratar IU de esforço, de urgência ou mista, reduzir sintomas de prolapso urogenital e prevenir ou retardar a deterioração do prolapso urogenital anterior¹⁹. Durante a gestação, o TMAP tem sido utilizado principalmente para prevenir ou tratar IU na gestação e no pós-parto²⁰⁻²⁴.

A realização de TMAP durante a gestação em primíparas reduz a ocorrência de IU no final da gestação e após o parto, por até 6 meses; as evidências científicas disponíveis suportam a sua utilização; porém, algumas apontam que os resultados positivos podem não ser mantidos em longo prazo. A probabilidade de relatar IF também é menor para as mulheres que realizam TMAP na gestação. As mulheres que apresentam IU persistente três meses após o parto e realizam TMAP são menos propensas a relatar sintomas de IU 12 meses após o parto^{12, 21,24-27}.

Os resultados perinatais não são afetados pela realização de TMAP na gestação, sendo considerada uma prática segura; não influencia idade gestacional, solicitação por peridural, taxas de episiotomia, lesão perineal, número de cesáreas ou partos instrumentais, indução do trabalho de parto, duração do segundo estágio do trabalho de parto, tempo total do trabalho de parto, o peso e o tamanho do recém-nascido e o índice de Apgar^{28, 29}. Du *et al.*, (2015) encontraram que a realização de TMAP durante a gestação encurtou o primeiro e o segundo estágio do trabalho de parto³⁰. Em relação às lesões perineais, a realização de TMAP e de MP durante a gestação pode elevar a probabilidade de integridade perineal, reduzir a probabilidade de episiotomia, necessidade de sutura, dor perineal e solicitação por analgesia após o parto^{14,15}. Os exercícios do AP, por melhorarem aspectos de força, flexibilidade e controle motor, podem contribuir para que o período expulsivo seja menos traumático³¹.

Em relação às intervenções propostas nos estudos, é possível observar que a maioria aplica-se a primigestas ou nulíparas, outros englobam todas as gestantes, de forma que as múltiparas não são contempladas de forma agrupada. Geralmente, os protocolos se iniciam por volta da 20ª semana de idade gestacional. Três estudos foram realizados com a

mesma população, porém apresentam resultados diferentes em relação aos aspectos avaliados; um deles avaliou se o TMAP na gestação reduziria IU no pós-parto, outro avaliou a influência do TMAP nos resultados perinatais, e o terceiro determinou a eficácia do TMAP em longo prazo sobre a IU^{25,26,28}. Nesses três estudos, é proposta a supervisão mensal, assim como Mason *et al.* (2010)²⁰. Dias *et al.* (2011)²⁹, Koet *al.*(2011)²¹ e Stafneet *al.*(2012)²³ propõem supervisão semanal. Leon-Larios *et al.*(2017)¹⁴e Diebet *al.*(2019)¹⁵ não apresentam supervisão em sua proposta; Mason *et al.* (2010)²⁰, Koet *al.*(2011)²¹ e Stafneet *al.*(2012)²³ propõem atendimento em grupo. A supervisão do treinamento, seja individual ou em grupo, é um aspecto muito importante para alcançar resultados²⁷.

Sobre os protocolos, observamos variação de 1 a 4 séries, com contrações máximas sustentadas por 5 até 12 segundos, com descanso entre as séries variando de 6 segundos a 2 minutos, alguns acrescentam 3 ou 4 contrações rápidas ao final das séries. Quase todos os estudos incluídos recomendaram a realização dos exercícios duas vezes ao dia, com exceção do estudo de Diebet *al.*(2019)¹⁵ que recomendou a realização uma vez por dia.

O trabalho de Bo (1990) foi base para vários protocolos propostos³². Nele, as participantes eram instruídas individualmente sobre a anatomia do assoalho pélvico e sobre como realizar sua contração de forma correta, que era verificada de forma visual e através de palpação intravaginal. Para as participantes que iriam realizar exercícios intensivos o protocolo incluía realizar 8 a 12 contrações máximas, sustentadas por 6 a 8 segundos, ao final de cada contração elas deveriam realizar 3 a 4 contrações rápidas; os exercícios deveriam ser realizados em diferentes posições (em pé, sentada, deitada e ajoelhada com as pernas afastadas para facilitar as contrações máximas). As mulheres participavam de treinamento em grupo uma vez por semana, por 45 minutos, e deveriam realizar 3 séries de exercícios por dia em suas residências. As mulheres que realizaram o protocolo proposto apresentaram redução significativa de IU.

Outra referência é o trabalho de Morkved (2003), que também se baseou no trabalho de Bo (1990), porém, acrescentou o período de 6 segundos de descanso entre as contrações; neste, as mulheres que realizaram o protocolo conseguiram prevenir a ocorrência de IU no final da gestação e até 3 meses após o parto³³. Nos estudos aqui trazidos, observamos que a maioria dos protocolos incluem a realização dos exercícios duas vezes por dia, cada vez com três ou quatro séries^{21,23,25,26,28,29}, mais do que o proposto por Bo; outros propõem a realização dos exercícios duas vezes por dia; porém, inclui apenas 1 série de 8 a 15 contrações^{14,20}e um protocolo propôs a realização diária de 3 séries de 8 a 12 contrações¹⁵.

Para a realização do TMAP é necessário que a função muscular do AP seja avaliada previamente por um fisioterapeuta quanto a aspectos como reflexos, sensibilidade, trofismo, ocorrência de perda urinária ao realizar manobra de Valsalva, prolapso de paredes vaginais, grau de contração muscular, tônus, controle motor, coordenação motora e resistência muscular. A realização dessa avaliação é muito importante, pois permite a elaboração de um protocolo terapêutico individualizado, com base nas necessidades de cada mulher. Além disso, o fisioterapeuta também possui a função de ensinar como realizar a contração da MAP adequadamente, o que interfere diretamente na obtenção dos benefícios do TMAP^{9, 34}. O sucesso do TMAP depende da capacidade de identificação da MAP e integração da região perineal no esquema corporal, consciência da contração correta e adesão ao protocolo de exercícios¹⁸.

A partir dos estudos incluídos, observamos que não existe um consenso em relação aos protocolos propostos, o que justifica que sejam realizadas investigações que os comparem, observando os resultados obtidos. Apesar disso, em virtude dos benefícios e da segurança da prática de TMAP durante a gestação, esta deve ser incentivada e incorporada na assistência obstétrica.

Massagem perineal(MP)

A MP é um recurso que tem por objetivo aumentar a flexibilidade e diminuir a resistência da MAP, especificamente na região perineal. Pode ser iniciada a partir de 34 semanas de gestação, por uma ou duas vezes por semana, com duração de 5 a 10 minutos. A MP também pode ser realizada durante o segundo estágio do trabalho de parto; porém os estudos são controversos no que diz respeito aos seus resultados sobre o traumatismo perineal, com estudos de qualidade moderada afirmando que sua realização pode reduzir a incidência de lacerações de terceiro e quartos graus e sendo recomendada pela OMS^{13,35-37}.

Na gestação, a fisioterapia lança mão desse recurso com a finalidade de prevenir lesões perineais e dor perineal pós-parto. Sua realização durante a gestação pode aumentar as chances de integridade perineal, reduzir lesões perineais que necessitam de sutura e episiotomia; para as mulheres que já tiveram parto normal anteriormente, pode também reduzir a dor perineal no período pós-parto. Seu uso também não apresenta efeitos negativos sobre os resultados perinatais^{13, 38, 39}.

A técnica para a sua realização pode facilmente ser ensinada às gestantes para que elas mesmas ou seus parceiros possam praticá-la. Não causa grandes incômodos, sendo, geralmente, bem aceita pelas mulheres. Considerando os benefícios advindos de sua

realização e sua característica de não causar interferência negativa nos resultados perinatais, deve-se incentivar sua realização na assistência pré-natal^{10,13,39,40}.

A associação da MP ao TMAP também pode proporcionar maior possibilidade de integridade perineal, redução nas taxas de episiotomia, menor quantidade de mulheres que necessitam de sutura, menos dor perineal e menos solicitação por analgesia no pós-parto. Dessa forma, podemos inferir que essa associação pode ser benéfica às gestantes, já que os benefícios da MP são mantidos e a realização do TMAP pode contribuir também para a prevenção e tratamento de IU na gestação e no pós-parto^{14,15,24}.

Para a realização da MP, é necessário que as mãos estejam bem lavadas e as unhas aparadas; caso seja o profissional fisioterapeuta a fazer, é necessário o uso de luvas de procedimento. O local para a sua realização deve ser privado, onde a mulher possa ficar à vontade e assumir uma posição confortável. Os dedos e os tecidos perineais devem ser lubrificados com óleos vegetais (óleo de coco e óleo de amêndoas, por exemplo), gel lubrificante à base de água ou ainda a lubrificação natural da vagina. Inicialmente, deve-se realizar uma massagem externamente, com movimentos circulares ou de deslizamento ao redor da vagina e no centro tendíneo do períneo de 20 a 30 segundos. Caso seja automassagem, a mulher deve introduzir os polegares; se for outra pessoa, introduzir os dedos indicador e médio cerca de 3 a 4 centímetros na vagina. Pode-se iniciar com semicírculos de uma lateral a outra, passando pela região anal por 20 a 30 segundos. Em seguida, deve ser realizada pressão para baixo (em direção ao ânus) e para os lados até que se sinta uma sensação de leve queimação (não deve provocar dor ou muita queimação), a fim de provocar um pouco de alongamento, a posição deve ser mantida por 1 ou 2 minutos. Em seguida, realiza-se novamente os semicírculos, movimentos em 'U', na metade inferior do introito vaginal, por 2 ou 3 minutos^{10, 13, 41}.

Apenas o estudo de Shipman *et al.* (1997) apresentou uma referência para a sua proposta de intervenção⁴², o estudo de Avery e Van Arsdale (1987). Neste, é proposto que a massagem perineal seja realizada diariamente nas últimas 6 semanas de gestação, por 5 a 10 minutos, utilizando óleos naturais, com introdução digital de cerca de 2 polegadas (aproximadamente 5 cm), sustentando o alongamento por 30 a 60 segundos⁴³. Os estudos não apresentam consenso em relação à frequência e em relação à introdução digital, se deve ser um pouco mais profunda ou superficial^{14,15,39,44,45}.

Observamos que, diferentemente do que acontece no Brasil, em outros países as *Midwifers* (que correspondem a parteiras, enfermeiras obstetras e obstetritzas) são as

principais responsáveis por orientar a realização da MP. Não observamos fisioterapeutas envolvidos nos estudos aqui apresentados.

A MP é uma intervenção preventiva que requer motivação, informações adequadas, suporte e conhecimento por parte do fisioterapeuta. Orientação, demonstração e execução supervisionada são um diferencial no processo de aprendizado motor. Dessa forma, realizar essa intervenção com determinada frequência de supervisão por fisioterapeuta especializado, considerando seus amplos conhecimentos sobre a MAP, proporciona uma melhor experiência na sua realização e, conseqüentemente, melhores resultados¹⁰.

A prática de MP não requer tecnologias pesadas, podendo ser facilmente realizada pela própria mulher durante a gestação. Considerando seus possíveis benefícios, os profissionais que trabalham na assistência obstétrica devem orientar e incentivar sua realização.

Dispositivo Epi-no

O dispositivo EPI-NO[®] é um dilatador vaginal composto por um balão de silicone inflável acoplado a um manômetro e a uma bomba manual (figura 2). O dispositivo foi inspirado nas africanas, que realizavam alongamento perineal com cabaças de diâmetros progressivos. O objetivo do dispositivo é simular o parto, alongando e treinando a MAP, de forma que favoreça a integridade perineal^{46,47}. Alguns estudos encontraram efeitos benéficos do uso do dispositivo, como a redução das taxas de episiotomia, das lesões do elevador do ânus e aumento da probabilidade da integridade perineal. Contudo, a maioria dos resultados não possui significância^{48,49, 50}. Em outros estudos e revisões sistemáticas não foram observados redução nas taxas de episiotomia, redução do segundo estágio do trabalho de parto, aumento de integridade perineal, nenhuma influencia na redução de todas as lesões perineais ou de lesões perineais graves, na incidência de avulsão do elevador do ânus, na hiperdistensão hiatal irreversível e no trauma clínico do esfíncter anal. Dessa forma, especificamente para a prevenção de lesões perineais, avulsão do elevador do ânus e lesão do esfíncter anal, o dispositivo não possui suporte de evidências científicas até o momento; porém, é necessário que sejam realizados estudos bem delineados em várias configurações obstétricas sobre sua utilização para que conclusões mais concretas possam ser estabelecidas^{11,44}.

Para utilizá-lo, a recomendação do fabricante é que seja inserido dois terços do balão na vagina. Para fortalecer não é necessário inflar o balão, apenas movimentá-lo, sustentando por 10 segundos para cima e relaxando por 10 segundos. Para o alongamento, o

balão deve ser gradualmente inflado até que cause uma sensação de alongamento confortável, devendo permanecer inflado por cerca de 10 minutos; com a progressão das sessões, o balão pode alcançar maiores diâmetros. Com o balão inflado, o treinamento para o período expulsivo pode ser realizado. Segundo os produtores, o treinamento ideal é alcançado quando o balão atinge um diâmetro de 8-10 cm (3-4 polegadas) e pode ser deslizado para fora enquanto inflado após cerca de duas semanas de treinamento⁴⁵. Na literatura, não existem outras recomendações sobre o seu uso; os estudos incluídos não apresentaram referências para embasar as propostas de seus protocolos.

Em relação ao dispositivo Epi-no[®], todos os estudos realizaram seu uso após as 37 semanas. Não apresentaram consenso em relação à frequência de seu uso, nem em relação à duração de cada treino com o dispositivo, nem em relação à introdução do balão (o quanto deveria ser introduzido).

Os fabricantes afirmam que o dispositivo pode ser usado pela própria mulher; porém, considerando que os conhecimentos da população sobre o AP e seu funcionamento são limitados, é possível que a prática supervisionada seja mais segura e mais adequada. Observa-se a necessidade de estudos que realizem uma investigação com a realização da prática supervisionada para que assim sejam avaliados seus efeitos sobre a MAP com maior rigor.

COCLUSÕES

Esta revisão objetiva suprir uma lacuna sobre as recomendações para a preparação do assoalho pélvico na gestação, estabelecendo como propósito que o profissional tenha fácil acesso a informações de qualidade. Para isso, protocolos de intervenção de ECR foram analisados e sumarizados. Foram utilizadas bases de dados confiáveis e processo de revisão detalhado. Como o foco deste estudo é avaliar protocolos, a eficácia dos métodos não foi avaliada.

Recomenda-se a realização de TMAP durante a gestação a fim de prevenir a ocorrência de sintomas de IU ao final da gestação e após o parto (até 6 meses). O TMAP pode ser iniciado após o primeiro trimestre, incluindo 3 séries de 8 a 12 contrações sustentadas por 6 a 8 segundos, com 3 ou 4 contrações rápidas ao final de cada série de forma opcional, duas vezes ao dia.

Recomenda-se a realização de MP durante a gestação a fim de prevenir episiotomia e lesões perineais que requeiram sutura no momento do parto e dor perineal pós-parto. A MP pode ser iniciada a partir da 34^a semana de gestação, por cerca de 10 minutos,

com óleos vegetais ou lubrificantes à base de água, podendo ser realizada 3 ou 4 vezes por semana.

Em relação à utilização do dispositivo Epi-no[®], a recomendação é que seja realizada a partir da 37^a semana de idade gestacional, seguindo o protocolo proposto pelo fabricante. Contudo, é importante esclarecer à gestante que as evidências científicas disponíveis até o momento não deixam claros seus efeitos sobre o AP. Considerando integração da experiência do profissional, com as vontades e valores do paciente e a melhor evidência científica disponível, bases para tomada de decisão clínica, sua utilização deve ser discutida de forma individualizada.

A avaliação criteriosa da função muscular do AP se faz necessária para o seguimento de um protocolo terapêutico bem orientado e supervisionado. Neste sentido, o profissional fisioterapeuta possui as competências necessárias para a realização dessa função, podendo, dessa forma, contribuir na atenção à saúde da gestante.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Cadernos HumanizaSUS: Humanização do Parto e do Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf.
2. Souza ELBL, Lotti RCB, Reis AB. Anatomia Feminina. In: Baracho E. Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. P. 3-12.
3. Bozkurt M, Yumru AE, Sahin L. Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. Taiwan J ObstetGynecol. 2014. [acesso em 27 de maio de 2019]. 53: 453-458. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1028455914001697?via%3Dihub>.
4. Baracho E, Baracho S, Saltiel F. Avaliação e intervenção da fisioterapia na gravidez. . In: Baracho E. Fisioterapia aplicada à saúde da mulher. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014. P. 32 – 45.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin N° 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. Obstetrics&Gynecology. 2016. [acesso em 1 de dezembro de 2017]. 128 (1): 1-15. Disponível em: http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2016/07000/Practice_Bulletin_No__165__Prevention_and.46.aspx.
6. Leeman L, Rogers R, Borders N, Teaf D, Qualls C. The Effect of Perineal Lacerations on Pelvic Floor Function and Anatomy at 6 Months Postpartum in a Prospective Cohort of Nulliparous Women. Birth. Issues In Perinatal Care. 2016. [acesso em 1 de dezembro de 2017].43(4): 293-302. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5125543/>.

7. Rogers RG, Leeman LM, Borders N, Qualls C, Fullilove AM, Teaf D, *et al.* The contribution of the second stage of labor to pelvic floor dysfunction: a prospective cohort comparison of nulliparous women. *BJOG*. 2014. [acesso em 4 de dezembro de 2017]; 121(9): 1145-1154. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4565727/pdf/nihms-539008.pdf>.
8. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*. 2014; suplemento: 1-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005.
9. Batista RLA, Ribeiro AM, Vasconcelos ECLM, Ferreira CHJ. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico durante a gestação. In: Lemos A. *Fisioterapia obstétrica baseada em evidências*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. P. 89 – 93.
10. Lemos A. Massagem perineal e o número necessário para tratar. In: Lemos A. *Fisioterapia obstétrica baseada em evidências*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. P. 95 – 104.
11. Brito LGO, Ferreira CHJ, Marcolin AC. Epi-No should be tested in different obstetric settings until an evidence-based clinical decision can be made. *IntUrogyn J*. 2015 [acesso em 8 de outubro de 2016]; 26: 1883. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26449214>.
12. Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Morkved S, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017. [acesso em 20 de maio de 2019]; 12. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007471.pub3/full>.
13. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013. [acesso em 8 de outubro de 2016]; 4:1-60. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23633325>.
14. Leon-Larios F, Corrales-Gutierrez I, Casado-Mejía R, Suarez-Serrano, C. Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. *Midwifery*. 2017. [acesso em 20 de maio de 2019]; 50: 72–77. Disponível em: [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(17\)30226-7/fulltext](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(17)30226-7/fulltext).
15. Dieb AS, Shoab AY, Nabil H, Gabr A, Abdallah AA, Shaban MM, Attia AH. Perineal massage and training reduce perineal trauma in pregnant women older than 35 years: a randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*. 2019. [acesso em 13 de agosto de 2019]. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-019-03937-6>.
16. Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans G, *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of

female pelvic floor dysfunction. *IntUrogynecol J*. 2017 [acesso em 27 de setembro de 2017]; 28:191–213. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27921161>.

17. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am. J. Obst&Gynec*. 1948 [acesso em: 23 de junho de 2017]; 56 (2): 238–48. Disponível em: [http://www.ajog.org/article/0002-9378\(48\)90266-X/abstract](http://www.ajog.org/article/0002-9378(48)90266-X/abstract).

18. Ferreira M, Santos P. Princípios da Fisiologia do Exercício no Treino dos Músculos do Pavimento Pélvico. *Acta Urológica*. 2009. [acesso em 14 de agosto de 2019]; 26; 3: 31-38. Disponível em: <https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2018/10/princ-fisio-ex-trei.pdf>.

19. Abrams P, Anderson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, *et al*. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence. *NeurourologyandUrodynamics*. 2010 [acesso em 1 de dezembro de 2017]; 29: 213–240. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.20870/abstract>.

20. Mason L, Roe B, Wong H, Davies J, Bamber J. The role of antenatal pelvic floor muscle exercises in prevention of postpartum stress incontinence: a randomised controlled trial. *JournalofClinicalNursing*. 2010. [acesso em 20 de maio de 2019]; 19: 2777–2786. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2702.2010.03297.x>.

21. Ko PC, Liang CC, Shang SD, Lee JT, Chao AS, Cheng PJ. A randomized controlled trial of antenatal pelvic floor exercises to prevent and treat urinary incontinence. *InternationalUrogynecologyJournal*. 2011. [acesso em 20 de maio de 2019]; 22: 17-22. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-010-1248-4>.

22. Sangswang B, Serisathien Y. Effect of pelvic floor muscle exercise programme on stress urinary incontinence among pregnant women. *JournalofAdvancedNursing*. 2012 [acesso em 27 de maio de 2019]; 68(9), 1997–2007. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2011.05890.x>.

23. Stafne SN, Salvesen KA, Romundstad PR, Torjusen IH, Morkved S. Does regular exercise including pelvic floor muscle training prevent urinary and anal incontinence during pregnancy? A randomisedcontrolledtrial. *BJOG*. 2012. [acesso em 20 de maio de 2019]; 119: 1270-1280. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1471-0528.2012.03426.x>.

24. Boyle R, Hay-Smith EJC, Cody JD, Morkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review). *Cochrane DatabaseofSystematicReviews*. 2012. [acesso em 20 de maio de 2019]; 10. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007471.pub2/abstract>.

25. Reily ETC, Freeman RM, Waterfield MR, Waterfield AE, Steggle P, Pedlar F. Prevention of postpartum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises. *BJOG*. 2002. [acesso em 20 de maio de 2019]; 109: 68-76. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1471-0528.2002.t01-1-01116.x>.

26. Agur WI, Steggles P, Waterfield M, Freeman RM. The long-term effectiveness of antenatal pelvic floor muscle training: eight-year follow up of a randomised controlled trial. *BJOG*. 2008. [acesso em 20 de maio de 2019]; 115: 985-990. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1471-0528.2008.01742.x>.
27. Hay-Smith EJC, Herderschee R, Dumoulin C, Herbison P. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011 [acesso em 29 de maio de 2019]; 12: 1-150. Disponível em: https://www.cochrane.org/CD009508/INCONT_comparisons-of-approaches-to-pelvic-floor-muscle-training-for-urinary-incontinence-in-women.
28. Agur W, Steggles P, Waterfield M, Freeman R. Does antenatal pelvic floor muscle training affect the outcome of labour? A randomised controlled trial. *International Urogynecology Journal*. 2008. [acesso em 20 de maio de 2019]; 19: 85-88. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17530154>.
29. Dias LAR, Driusso P, Aita DLCC, Kintana SM, Bo K, Ferreira CHJ. Effect of pelvic floor muscle training on labour and newborn outcomes: a randomized controlled trial. *Rev. Bras. Fisioter.* 2011. [acesso em 20 de maio de 2019]; 15(6): 487-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552011000600010.
30. Du Y, Xu L, Ding L, Wang Y, Wang Z. The effect of antenatal pelvic floor muscle training on labor and delivery outcomes: a systematic review with meta-analysis. *Int. Urogynecol. J.* 2015. [acesso em 4 de outubro de 2017]; 26: 1415-27. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25711728>.
31. Bo K, Fleten C, Nystad W. Effect of Antenatal Pelvic Floor Muscle Training on Labor and Birth. *Obstetrics & Gynecology*. 2009 [acesso em 27 de setembro de 2017]; 113 (6):1279-84. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19461423>.
32. Bo K, Hagen RH, Kvarstein B, Jorgensen J, Larsen S. Pelvic Floor Muscle Exercise for the Treatment of Female Stress Urinary Incontinence: 111. Effects of Two Different Degrees of Pelvic Floor Muscle Exercises. *Neurourology and Urodynamics*. 1990. [acesso em 20 de maio de 2019]; 9: 489-502. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.1930090505>.
33. Morkved S, Bo K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic Floor Muscle Training During Pregnancy to Prevent Urinary Incontinence: A Single-Blind Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*. 2003. [acesso em 20 de maio de 2019]; 101(2): 313-319. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029784402027114>.
34. Figueiredo EM, Cruz MC. Avaliação funcional do assoalho pélvico feminino. In: Baracho E. *Fisioterapia aplicada à saúde da mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014. P. 231-242.
35. Vieira F, Guimarães JV, Souza MCS, Sousa PML, Santos RF, Cavalcante AMRZ. Scientific evidence on perineal trauma during labor: Integrative review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2018. [acesso em 20 de maio de 2019];

- 223: 18-25. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211518300472>.
36. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinart LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017 [acesso em 01 de junho de 2019], 6: 1-118. Disponível em: https://www.cochrane.org/CD006672/PREG_perineal-techniques-during-second-stage-labour-reducing-perineal-trauma.
37. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [acesso em 28 de maio de 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.
38. Eogan M, Daly L, O’Herlihy C. The effect of regular antenatal perineal massage on postnatal pain and anal sphincter injury: A prospective observational study. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 2006. [acesso em 20 de maio de 2019]; 19(4):225-229. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.579.6336&rep=rep1&type=pdf>.
39. Ugwu EO, Ifeikigwe ES, Obi SN, Eleje GU, Ozumba BC. Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2018. [acesso em 20 de maio de 2019]; 44(7): 1252–1258. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jog.13640>.
40. Neumayr RFR. Relação entre adesão à massagem perineal e as disfunções do assoalho pélvico: um estudo exploratório [dissertação] [internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013. [acesso em 27 de maio de 2019]. Disponível em: <file:///C:/Users/ednaj/Dropbox/Mestrado%20Jéssica/ARTIGOS/Massagem%20perineal/Neumayr2013.pdf>.
41. American College of Nurse-Midwives. Perineal Massage in Pregnancy. *Journal of Midwifery & Women’s Health*. 2005 [acesso em 27 de maio de 2019]; 50 (1): 143-144. Disponível em: file:///C:/Users/ednaj/Dropbox/Mestrado%20Jéssica/ARTIGOS/Massagem%20perineal/2016-Journal_of_Midwifery_&_Women-s_Health.pdf.
42. Shipman MK, Boniface DR, Tefft ME, McCloghry F. Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes: a randomised controlled trial. *BJOG*. 1997. [acesso em 20 de maio de 2019]; 104: 787-791. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.1997.tb12021.x>.
43. Avery MD, Van Asdarle L. Effect on the Incidence of Episiotomy and Laceration in a Nulliparous Population. *Journal of Nurse-Midwifery*. 1987. [acesso em 20 de maio de 2019]; 32(3): 181-184. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3647123>.
44. Mei-dan E, Walfisch A, Raz I, Levy A, Hallak M. Perineal Massage during Pregnancy: A Prospective Controlled Trial. *IMAJ*. 2008. [acesso em 20 de maio de 2019]; 10: 499-502. Disponível em: <https://www.ima.org.il/MedicineIMAJ/viewarticle.aspx?aid=968>.

45. Takeuchi S, Horiuchi S. Randomised controlled trial using smartphone website vs leaflet to support antenatal perineal massage practice for pregnant women. *WomenandBirth*. 2016. [acesso em 20 de maio de 2019]; 29(5): 430-435. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519216000342>.
46. Atan IK, Shek KL, Langer S, Rojas RG, Caudwell-Hall J, Daly JO, Dietz HP. Does the Epi-No_ birth trainer prevent vaginal birth-related pelvic floor trauma? A multicentre prospective randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016. [acesso em 8 de outubro de 2016.]; 123(6): 995-1003. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13924/full>.
47. Manual dispositivo Epi-no[®]. Birth Preparation and Postnatal Pelvic Floor Muscle Trainer. Instruction Manual. [acesso em 18 de junho de 2019]. Disponível em: <https://www.epino.nl/Downloads/UserManualEN.pdf>.
48. Kovacs GT, Heath P, Heather C. First Australian trial of the birth-training device Epi-No: A highly significantly increased chance of an intact perineum. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2004. [acesso em 20 de maio de 2019]; 44: 347 –348. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1479-828X.2004.00265.x>.
49. Ruckhaberle E, Jundt K, Bauerle M, Brisch KH, Ulm K, Dannecker C, Schneider KTM. Prospective randomised multicentre trial with the birth trainer EPI-NO for the prevention of perineal trauma. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2009. [acesso em 8 de outubro de 2016]; 49(5): 478-483. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19780729>.
50. Shek KL, Chantarasorn V, Langer S, Phipps H, Dietz HP. Does the Epi-No[®] Birth Trainer reduce levator trauma? A randomised controlled trial. *International Urogynecology Journal*. 2011. [acesso em 8 de outubro de 2016]; 22(12): 1521-1528. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21809156>.

Tabela 1 – Protocolos para realização de TMAP

Estudo	Participantes	IG de início	Supervisão	Protocolo	Recomendação para seguimento em domicílio
Reily, <i>et al.</i> 2002* ; Agur <i>et al.</i> , 2008 – a*; Agur <i>et al.</i> 2008 – b*	Primigestas com aumento da mobilidade do colo vesical. 120 no grupo de intervenção; 110 no grupo controle.	20 semanas	1 vez por mês, por fisioterapeuta, em atendimento individual. Não informa sobre a observação da contração através de palpação vaginal ou visualmente.	3 séries de 8 de contrações sustentadas por 6 segundos, com intervalo de descanso de 2 minutos entre as séries; ao atingir a 34ª semana de gestação, o número de contrações subia para 12.	Realizar os exercícios duas vezes por dia.
Mason <i>et al.</i> , 2010	Nulíparas. 141 no grupo de intervenção; 145 no controle.	20 semanas	1 vez por mês, por fisioterapeuta, em atendimento em grupo. A contração foi observada através de palpação intravaginal antes do início do protocolo.	8 a 12 contrações máximas sustentadas por 6 a 8 segundos, cada contração seguida de 3 ou 4 contrações rápidas; realizadas nas posições deitada, sentada, ajoelhada e em pé com as pernas afastadas.	Realizar os exercícios duas vezes por dia.
Dias <i>et al.</i> , 2011	Nulíparas. 21 no grupo de intervenção, 21 no controle.	20 semanas	1 vez por semana, por fisioterapeuta, em atendimento individual. Não informa sobre a observação da contração através de palpação vaginal ou visualmente.	4 séries de 10 contrações sustentadas por 6 a 8 segundos, com 6 segundos de descanso entre as contrações; ao final das 10 contrações eram realizadas 3 contrações rápidas; o intervalo entre as séries era de 30 segundos e as séries foram realizadas nas posições deitada em decúbito lateral, sentada, ajoelhada e em pé.	Realizar os exercícios duas vezes por dia.
Koet <i>al.</i> , 2011	Nulíparas. 150 no grupo de intervenção, 150 no controle.	Entre 16 e 24 semanas	1 vez por semana durante 12 semanas, por fisioterapeuta, em atendimento em grupo. As mulheres recebiam instruções individuais sobre a MAP e a correta contração, que era observada	3 séries de 8 contrações sustentadas por 6 segundos, com intervalo de 2 minutos entre as séries.	Realizar os exercícios duas vezes por dia.

<i>Stafneet al., 2012</i>	Gestantes. 396 no grupo de intervenção; 365 no controle.	20 semanas	visualmente. 1 vez por semana durante 12 semanas, por fisioterapeuta, em atendimento em grupo. As mulheres recebiam instruções individuais sobre a MAP e a correta contração, que era observada através da palpação intravaginal.	Atividade aeróbica, treinamento de força (incluindo TMAP) e exercícios de equilíbrio. Para o TMAP, 3 séries de 8 a 12 contrações máximas e sua sustentação por 6 a 8 segundos; se possível, adicionar 3 contrações rápidas ao final de cada contração, em diferentes posições para enfatizar a MAP.	Realizar os exercícios duas vezes por dia.
<i>Leon-Larios et al., 2017</i> (quasi-randomizado)	Gestantes. 254 no grupo de intervenção e 212 no controle.	32 semanas	Sem supervisão.	TMAP + MP. Para o TMAP, 10 a 15 contrações sustentadas por 5 segundos.	Realizar os exercícios duas vezes por dia.
<i>Diebet al., 2019</i>	Gestantes. 200 no grupo de intervenção e 200 no controle.	36 semanas	Sem supervisão	TMAP + MP. Para o TMAP, 3 séries de 8 a 12 contrações. Sustentadas por 8 segundos, com descanso de 8 segundos entre as contrações, nas posições deitada e sentada	Diariamente.

Fonte: produzido pela autora.

*Trata-se do mesmo protocolo e mesmas participantes; porém os ECR tiveram objetivos diferentes.

Tabela 2 – Protocolos para realização de massagem perineal

Estudo	Participantes	IG de início	Instrução	Frequência	Duração	Lubrificante	Introdução digital (em cm)
Shipman <i>et al.</i> , 1997	Nulíparas. 332 no grupo de intervenção, 349 no controle.	6 semanas antes da DPP	Verbal e por escrito	3 ou 4 vezes por semana	4 minutos	Óleo de amêndoas doces	5 cm
Mei-dan <i>et al.</i> , 2008	Nulíparas. 128 no grupo de intervenção, 106 no controle.	34 semanas	Verbal e por escrito	Diariamente	10 minutos	Óleo de calêndula com vitamina E	2-3 cm
Takeuchi <i>et al.</i> , 2016	Primigestas. 47 no grupo de intervenção, 49 no controle.	34 semanas	Website para smartphone	3 ou 4 vezes por semana	5 – 10 minutos	Não informado	Não informado
Leon-Larios <i>et al.</i> , 2017	Gestantes. 254 no grupo de intervenção e 212 no controle.	32 semanas	Verbal e por escrito	Diariamente	8 minutos	Azeite de oliva	3-4 cm
Ugwuet <i>et al.</i> , 2018	Primigestas.	34-36 semanas	Verbal	Diariamente	10 minutos	Gel lubrificante KY	3-5 cm
Diebet <i>et al.</i> , 2019	Gestantes. 200 no grupo de intervenção e 200 no controle	4 semanas antes da DPP	Verbal	3 vezes por semana	5 minutos	Lubrificante hipoalergênico	3-5 cm

Fonte: produzido pela autora.

Tabela 3 – Protocolos para utilização do dispositivo Epi-no[®]

Estudo	Participantes	IG de início	Frequência	Duração	Introdução do dispositivo	Protocolo
Atan <i>et al.</i> , 2016	Nulíparas. 335 no grupo de intervenção, 325 no controle.	37 semanas	2 vezes por dia	20 minutos, em ciclos de 5 minutos.	Inserir dois terços do balão.	Alongamento + treino expulsivo
Ruckhäber <i>leet et al.</i> , 2009	Primigestas. 135 no grupo de intervenção, 137 no controle.	37 semanas e 1 dia	1 vez por dia (no mínimo)	15 minutos	Até que apenas 2 cm do balão fique visível.	Alongamento + contrações + treino expulsivo
Kovacs; Heath; Heather, 2004	Primigestas. 48 no grupo de intervenção, 248 no controle.	37 semanas	1 vez por dia, por 14 dias consecutivos	15 minutos	Não informado.	Alongamento + treino expulsivo.
Sheket <i>et al.</i> , 2011	Nulíparas. 104 no grupo de intervenção, 96 no controle.	37 semanas	2 vezes por dia	20 minutos.	Dois terços distais da vagina.	Alongamento + treino expulsivo.

Fonte: produzido pela autora.

6 MATERIAIS E MÉTODOS

6.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal e abordagem quantitativa do tipo Inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP).

6.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), que compõe o complexo hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC) em parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Trata-se de uma maternidade terciária que atende na rede pública, localizada na cidade de Fortaleza-CE (MEAC, 2019).

A coleta de dados se deu em um dos alojamentos conjuntos da MEAC, localizado no primeiro andar, prioritariamente para puérperas de parto vaginal. O outro alojamento conjunto localiza-se no segundo andar e serve preferencialmente a mulheres submetidas à cesariana (MEAC, 2019).

Em relação aos partos, em 2018, ocorreram 4.854 partos na instituição, sendo 1.953 (40,2%) partos vaginais e 2.901 (59,8%) cesáreas; vale ressaltar que a maternidade é referência para partos de risco elevado, o que pode justificar as taxas de cesáreas (MEAC, 2019).

6.3 Seleção de participantes

A população alvo é de mulheres, que tiveram partos assistidos pela MEAC, no período de dezembro de 2017 a novembro de 2018.

A amostra foi composta por puérperas de parto normal nos alojamentos conjuntos da maternidade.

Os critérios de inclusão foram: puérperas que desejavam parto vaginal durante a gestação, com idade acima de 14 anos.

Os critérios de exclusão foram: puérperas em estado grave, que não estivessem em condições físicas e/ou psicológicas de responder às questões, casos de natimortalidade ou óbito fetal, mães de recém-nascidos que tenham nascido com idade gestacional menor que 34

semanas, considerando que a realização do principal recurso para a prevenção de lesões perineais deve ser iniciado a partir dessa idade gestacional.

Foi realizado um cálculo amostral para populações finitas, com base na estimativa da proporção populacional, levando em consideração o número de 2.041 partos vaginais na instituição no ano de 2017, sendo este o tamanho da população (N), prevalência máxima (p e q) de 50%, erro absoluto tolerável amostral (E) de 5%, nível de confiança (Z) de 95% ($\alpha = 0.05$); sendo estabelecido um tamanho amostral de 324 mulheres. Abaixo segue a fórmula utilizada.

FIGURA 3 –Fórmula para cálculo amostral de populações finitas

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

Fonte: Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/portal/wp-content/uploads/2011/09/Tamanho-da-Amostra-1-1.pdf>. Acesso em: 16 de setembro de 2019.

6.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados quando da estadia das puérperas em alojamentos conjuntos na maternidade, por meio de consulta de prontuários de gestantes e recém-nascidos, cartão da gestante e entrevista no período entre dezembro de 2017 e novembro de 2018. Para coleta, foram utilizados instrumentos elaborados pelas autoras para este fim.

6.5. Instrumentos de coleta de dados

As possíveis participantes passaram primeiramente por uma Lista de Verificação (APÊNDICE A), se estivessem no perfil para os critérios eram esclarecidas sobre a pesquisa e apresentadas ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) para gestantes menores de 18 anos, no qual elas e seus responsáveis poderiam concordar ou não com a sua participação na pesquisa. Após concordarem em participar da pesquisa eram orientadas sobre a coleta de dados.

Para a coleta, foram utilizados dois instrumentos: um formulário para coleta de dados sociodemográficos e clínicos (APÊNDICE D); e o formulário CAP sobre a preparação do assoalho pélvico para o parto (APÊNDICE E).

O formulário para a coleta de dados sociodemográficos, continha: idade, situação conjugal, cor da pele autorreferida, ocupação, escolaridade e renda familiar; e clínicos, a saber: peso pré-gestacional e ao parto, altura, IMC, prática de atividade física na gestação, histórico obstétrico, lesões perineais em partos anteriores e no último parto, se a gestação atual foi planejada, se teve complicações, a idade gestacional ao parto, peso e circunferência cefálica do recém-nascido e se necessitou de fórceps. Prontuário e Cartão da Gestante serão consultados a fim de coletar informações que não eram de entendimento/conhecimento das puérperas.

O formulário com questões objetivas para a avaliação de conhecimentos (cinco questões), atitudes (três questões) e práticas (sete questões; destas, seis eram específicas para as que praticaram) sobre a preparação do assoalho pélvico para o parto foi elaborado pelos(as) autores(as) para esta pesquisa, baseado na pesquisa de Hill *et al.* (2017) sobre a musculatura do assoalho pélvico.

Antes da coleta, o formulário foi avaliado por pesquisadores experientes na área, fisioterapeutas do serviço, que sugeriram alterações considerando os objetivos da pesquisa e o público alvo. Em seguida, foi realizado um teste piloto com a população alvo, incluindo 10 participantes (que não participaram da amostra), para que as perguntas fossem adaptadas considerando o entendimento da população. Dessa forma, o formulário foi padronizado para evitar vieses durante a coleta.

Para a avaliação do formulário CAP, os itens das questões sobre conhecimento receberam pontuações para que fosse possível, após um somatório de pontos, classificar os conhecimentos em: insuficiente (0 a 4 pontos), regular (5 a 10 pontos) e satisfatório (11 a 16 pontos). Já sobre a atitude, será considerada positiva ou negativa, conforme a resposta de cada questão. A prática será considerada realizada ou não, conforme a resposta sobre a realização de alguma preparação do assoalho pélvico na gestação. Caso a mulher tivesse realizado TMAP e/ou MP e/ou utilizado o dispositivo Epi-no[®], seguia-se para questões específicas sobre os mesmos para caracterização da prática. Os CAP seriam considerados adequados quando os conhecimentos fossem satisfatórios, a atitude positiva e a prática realizada; e inadequados quando os conhecimentos fossem regulares ou insuficientes, a atitude negativa e a prática não realizada (APÊNDICE F).

As variáveis dependentes são o conhecimento, a atitude e a prática das mulheres no que diz respeito à preparação do assoalho pélvico para o parto. Como variáveis independentes, são consideradas as variáveis sociodemográficas, clínicas e obstétricas.

6.6 Análise dos dados

Os dados do estudo foram coletados e gerenciados usando a ferramenta de eletrônica de coleta e gerenciamento de dados REDCap (HARRIS *et al*, 2009) hospedadas na Unidade de Pesquisa Clínica do Complexo de Hospitais Universitários da UFC.

A análise estatística foi realizada de forma descritiva utilizando médias e desvios-padrão para variáveis contínuas; e frequências e porcentagens para as variáveis categóricas. Esta análise foi utilizada para descrever as características da população estudada e os resultados referentes aos Conhecimentos, Atitudes e Práticas de puérperas em relação à preparação do assoalho pélvico para o parto. A análise bivariada foi realizada para avaliar a associação entre Conhecimentos, Atitudes e Práticas adequados e as características das mulheres. Na análise das características dos grupos foram utilizados os testes t de Student, U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis condicionado à aderência dos dados à distribuição gaussiana, verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Na investigação de associação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher. Adotou-se um nível de significância de 5%. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa estatístico JAMOVI e Microsoft Excel 2016.

6.7 Aspectos éticos

Este estudo envolve pesquisa com seres humanos, portanto os envolvidos somente participaram após consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os riscos à amostra são mínimos. O benefício será a contribuição para o conhecimento sobre o quanto as gestantes estão informadas a respeito da importância da preparação do assoalho pélvico para o parto e, conseqüentemente, o incentivo a orientações sobre este tema em médio e longo prazo.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC (parecer 2.423.549) (ANEXO A).

7 RESULTADOS

Obtivemos como produto desta pesquisa um artigo original, no qual foram apresentados os resultados obtidos sobre CAP de puérperas quanto à preparação do assoalho pélvico para o parto, apresentado a seguir.

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE PUÉRPERAS SOBRE A PREPARAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO PARA O PARTO

RESUMO

Objetivo: Avaliar conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) de puérperas sobre a preparação do assoalho pélvico para o parto, bem como os fatores a eles relacionados. **Métodos:** Estudo observacional de corte transversal, do tipo inquérito CAP, conduzido em uma maternidade pública, entre dezembro de 2017 e novembro de 2018. Foram incluídas puérperas de parto normal, que desejaram o parto normal durante a gestação e com idade a partir de 14 anos. Os dados foram coletados através de dois formulários: um para coleta de dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos e outro para avaliação de CAP composto por 15 questões objetivas, sendo cinco para a avaliação de conhecimentos, três para atitudes e sete para práticas em relação à preparação do AP para o parto. **Resultados:** 326 mulheres participaram da pesquisa, com média de idade de 24,3 anos, 75,8% possuía parceria estável, 50,6% eram múltiparas, 60,4% não haviam planejado a gestação, 66,3% tiveram laceração perineal e 3,7% passaram por episiotomia. Em relação aos CAP, 2,5% apresentaram conhecimentos satisfatórios, 4,3% mostraram atitude positiva e 4,0% realizaram alguma prática para preparar o AP na gestação. Observamos que houve associação entre a escolaridade e a renda com o aspecto *conhecimento* ($p < 0.05$), e entre escolaridade e *atitude* ($p < 0.05$). **Conclusão:** Os CAP sobre a preparação do AP para o parto apresentaram-se inadequados, de modo geral, corroborando para a necessidade de intervenções para melhorar o cuidado ao AP durante o período gestacional.

PALAVRAS-CHAVE: Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde, Cuidado Pré-natal, Diafragma Pélvico, Fisioterapia.

ABSTRACT

Objective: To evaluate knowledge, attitude and practice (KAP) of postpartum women about pelvic floor preparation for labor, as well as factors related to them. **Method:** An observational cross-sectional study, with a KAP questionnaire, was carried out at a public maternity clinic, between December 2017 and November 2018. Were included in the study postpartum women who underwent normal labor, who wanted a normal labor, and who were at least 14 years old. Data were collected through two forms: one for sociodemographic, clinical and obstetric data, and the other for KAP evaluation, consisting of 15 multiple-choice questions, out of which five evaluated knowledge, three, attitude, and seven, practice concerning pelvic floor preparation for labor. **Results:** 326 women took part in the research, with an average age of

24.3 years; 75.8% were in a stable relationship, 50.6% were multiparous, 60.4% had not planned the pregnancy, 66.3% had perineal tears and 3.7% underwent episiotomy. Concerning KAP, 2.5% showed satisfactory knowledge, 4.3% showed positive attitude, and 4.0% carried out pelvic floor preparation practices during pregnancy. We observed an association between education level and income with the *knowledge* aspect ($p < 0.05$), and between education level and *attitude* ($p < 0.05$). **Conclusion:** The KAP about pelvic floor preparation for labor were, generally, inadequate, corroborating the need for interventions in order to improve pelvic floor care during pregnancy.

KEY-WORDS: Health Knowledge, Attitudes, Practice, Prenatal Care, Pelvic Floor, Physical Therapy Specialty.

INTRODUÇÃO

O partovaginal é um evento fisiológico que, na maioria das vezes, decorre sem complicações. No entanto, visto que durante o período expulsivo ocorre excessiva distensão nessa musculatura (em virtude da passagem fetal pelo canal vaginal), pode ocasionar lacerações perineais espontâneas¹. Estas podem ser classificadas em quatro graus: as de primeiro grau, que afetam somente pele e/ou mucosa vulvar e vaginal; as de segundo grau, que se estendem até os músculos perineais; as de terceiro grau, que atingem o complexo do esfíncter anal e são subdivididas em 3a (lesiona menos de 50% da espessura externa do esfíncter anal), 3b (lesiona mais de 50% da espessura externa do esfíncter anal) e 3c (lesiona esfíncteres externo e interno); e as de quarto grau, que atingem também o epitélio anal^{2,3}.

Na tentativa de evitar as lacerações perineais graves e/ou abreviar o período expulsivo os profissionais de assistência ao parto passaram a utilizar a episiotomia, que é uma incisão cirúrgica aplicada à região perineal durante o segundo estágio do trabalho de parto. No Brasil, em 2014, esta intervenção ocorreu em 56% dos partos vaginais; e em 74,6% nas primíparas⁴, embora a Organização Mundial de Saúde –OMS não recomende o uso liberal ou rotineiro de episiotomia e reconheça que, no presente, não há evidências científicas corroborando com qualquer indicação¹.

As lacerações perineais espontâneas e as episiotomias podem contribuir para a ocorrência de disfunções do assoalho pélvico, apesar de ser difícil separar sua contribuição de fatores etiológicos como o parto e a gestação, além da necessidade de considerar os demais fatores maternos³. Além disso, a incidência de dor perineal pós-parto é maior em mulheres que sofreram lesões perineais, em especial, a episiotomia⁵.

Para uma melhoria na experiência ao parto vaginal, alguns recursos têm sido investigados com o objetivo de prevenir as lesões perineais. O fisioterapeuta que atua na área de saúde da mulher é o profissional que vai atuar buscando prevenir e/ou tratar, dentre outros aspectos, as disfunções do assoalho pélvico na gestante, bem como propor uma preparação do assoalho pélvico para o parto na busca de prevenir lesões perineais⁶. A fisioterapia tem lançado mão de três principais recursos para preparar a musculatura do assoalho pélvico (MAP) durante a gestação, são elas: a massagem perineal, o treinamento da musculatura do assoalho pélvico e o treino com o dispositivo Epi-no^{®7, 8, 9}.

A massagem perineal (MP) é um recurso que promove alongamento e relaxamento da MAP; iniciada por volta da 34ª semana de gestação. Sua realização reduz a probabilidade de lesão perineal, em especial episiotomias, e de dor perineal pós-parto². Já o treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP) consiste em exercícios de contração e relaxamento da MAP para o ganho de força, potência, resistência e relaxamento. Sua realização pode prevenir a ocorrência de incontinência urinária (IU) no final da gestação e até 6 meses após o parto¹⁰. Um programa de preparação do assoalho pélvico para o parto incluindo MP e TMAP pode reduzir as taxas de episiotomia e lacerações perineais graves e aumentar a integridade perineal¹¹. O dispositivo Epi-no[®] pode ser utilizado para fortalecer e alongar a MAP e para a realização de treinamento do período expulsivo do parto. As evidências científicas disponíveis não oferecem suporte para o seu uso com o objetivo de prevenir lesões perineais, mas os estudos também ressaltam a importância de investigações mais bem delineadas metodologicamente e que observe outros desfechos. Esse recurso tem sido utilizado na prática clínica do fisioterapeuta na preparação do assoalho pélvico para o parto^{9, 12}.

Para se realizar um diagnóstico situacional de uma determinada população pode-se fazer uso de uma pesquisa que avalie conhecimentos, atitudes e práticas – CAP. Considera-se Conhecimento a recordação sobre assuntos específicos ou a habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento. Já Atitude refere-se à opinião/crença sobre determinado fato. E a Prática está relacionada ao fato de executar uma ação, com base em seus conhecimentos e suas atitudes¹³. Há uma lacuna no que diz respeito às informações disponíveis acerca de CAP de mulheres em relação à preparação do assoalho pélvico para o parto, portanto a realização desse diagnóstico se torna importante para que, a partir do mesmo, seja possível traçar estratégias para suprir as necessidades educacionais relativas ao tema.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar conhecimentos, atitudes e práticas de puérperas em relação à preparação do assoalho pélvico para o parto, bem como os fatores associados aos mesmos.

MÉTODOS

Tipo de estudo, local e período

Estudo observacional transversal, do tipo inquérito CAP, desenvolvido na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), em Fortaleza – CE, no período de dezembro de 2017 a novembro de 2018 e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos da MEAC (parecer 2.423.549).

Participantes

A população-alvo é composta de mulheres que passaram por parto normal. Os critérios de inclusão foram: desejo pelo parto vaginal durante a gestação (considerando que as mulheres que o apresentavam poderiam ter buscado realizar uma preparação do assoalho pélvico), e idade acima de 14 anos. Os critérios de exclusão foram: puérperas em estado de saúde grave, que não estivessem em condições físicas e/ou psicológicas de responder às questões, casos de natimortalidade ou óbito fetal, mães de recém-nascidos que tivessem nascido com idade gestacional menor que 34 semanas, considerando que a MP, principal recurso para a prevenção de lesões perineais, deve ser iniciada a partir dessa idade gestacional. Uma lista de verificação foi aplicada para checar os critérios de elegibilidade.

Após serem informadas sobre o objetivo da pesquisa, riscos e benefícios e garantia de sigilo, as mulheres que se adequavam aos critérios de inclusão e exclusão eram indagadas se desejavam ou não participar da pesquisa, cuja autorização deu-se através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Coleta de dados

Para a coleta dos dados, foram utilizados dois instrumentos, a saber: um formulário de dados sociodemográficos e clínicos e um formulário específico para avaliar os CAP sobre a preparação do assoalho pélvico para o parto.

Primeiramente, os prontuários das puérperas e dos recém-nascidos eram consultados a fim de coletar os dados sociodemográficos, que incluíam: idade, situação conjugal, cor da pele, ocupação, escolaridade e renda familiar; e clínicos, a saber: peso pré-gestacional e ao parto, altura, IMC de acordo com a OMS¹⁴, prática de atividade física na gestação, histórico obstétrico, lesões perineais em partos anteriores e no último parto, se a gestação atual foi planejada, se teve complicações, a idade gestacional ao parto, peso e

circunferência cefálica do recém-nascido e se necessitou de fórceps. Na falta de alguma informação no prontuário, durante a entrevista à participante também poderia se questionar a informação ou consultar o cartão de gestante, para evitar perda de dados.

Após a consulta aos prontuários, seguia-se para a entrevista à puérpera para aplicação do formulário CAP sobre a preparação do assoalho pélvico para o parto, que incluía cinco questões sobre conhecimentos, três sobre atitude e sete sobre prática, destas seis eram específicas para as que praticaram. O formulário foi construído tomando como referência o trabalho de Hill *et al.*(2017)¹⁵.

Após sua construção, o formulário foi avaliado por pesquisadores experientes na área, fisioterapeutas do serviço, que sugeriram alterações, considerando os objetivos da pesquisa e o público alvo. Em seguida, foi realizado um teste piloto com a população alvo, incluindo 10 participantes (que não participaram da amostra), para que os questionamentos fossem adaptados considerando o entendimento da população alvo. Dessa forma, o formulário foi padronizado para evitar vieses durante a coleta.

O conhecimento foi considerado satisfatório quando a pontuação ficou entre 11 e 16 pontos; regular, quando de 5 a 10; insuficiente, quando de 0 a 4. A atitude foi considerada positiva ou negativa conforme a busca ou não de informações para a prevenção de lesões perineais. E a prática foi considerada realizada ou não realizada; caso a participante tivesse realizado alguma prática para preparação do assoalho pélvico, respondia a seis questões específicas aos recursos, sobre a idade gestacional de início e a frequência que foram realizados. Os CAP seriam considerados adequados quando os conhecimentos fossem satisfatórios, a atitude positiva e a prática realizada; e inadequados quando os conhecimentos fossem regulares ou insuficientes, a atitude negativa e a prática não realizada.

Tamanho amostral

Foi realizado um cálculo amostral para populações finitas, levando em consideração o número 2041 partos vaginais na instituição no ano de 2017 e prevalência máxima 50%, e erro amostral de 5%, estabelecendo um tamanho amostral de 324 participantes.

Análise dos dados

Os dados foram coletados e gerenciados usando a ferramenta de eletrônica de coleta e gerenciamento de dados REDCap¹⁶ hospedadas na Unidade de Pesquisa Clínica do Complexo de Hospitais Universitários da UFC.

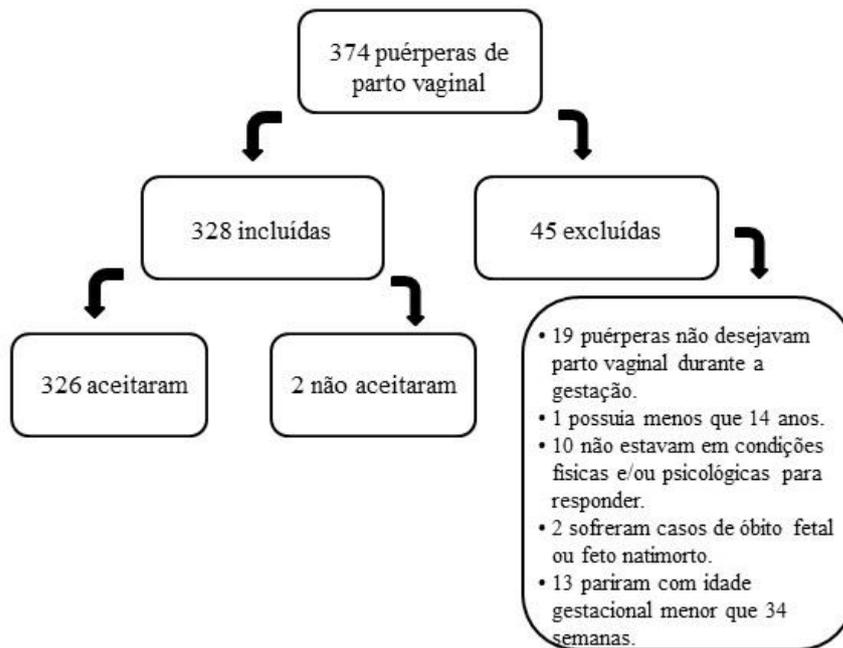
A análise estatística foi realizada de forma descritiva utilizando médias e desvios-padrão para variáveis contínuas; e frequências e porcentagens para as variáveis categóricas.

Esta análise foi utilizada para descrever as características da população estudada e os resultados referentes aos Conhecimentos, Atitudes e Práticas de puérperas em relação à preparação do assoalho pélvico para o parto. A análise bivariada foi realizada para avaliar a associação entre Conhecimentos, Atitudes e Práticas adequados e as características das mulheres. Na análise das características dos grupos foram utilizados os testes t de Student, U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis condicionado à aderência dos dados à distribuição gaussiana, verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Na investigação de associação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher. Adotou-se um nível de significância de 5%. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa estatístico JAMOV e Microsoft Excel 2016.

RESULTADOS

Um total de 326 mulheres participou da pesquisa. As razões das exclusões podem ser observadas na figura 4.

Figura 4 – Seleção de participantes



Fonte: produzido pela autora.

A idade das participantes variou de 14 até 45 anos, com média de 24 anos, a cor da pele autorreferida foi predominantemente parda e o nível socioeconômico baixo. Os dados sociodemográficos estão apresentados na tabela 4.

Em relação à adequação do estado nutricional antes da gestação, 50,2% das mulheres apresentaram-se com IMC adequado; 41,5% estavam classificadas entre acima do

peso e obesidade mórbida. Já prática de atividade física durante a gestação foi realizada por apenas 8% das mulheres; dentre as atividades citadas estão caminhada, yoga e zumba.

Em relação ao histórico obstétrico, cerca de 50% da amostra era composta por múltiparas, destas 95% passaram por parto vaginal anteriormente, ou seja, a taxa de parto normal após cesárea (PNAC) foi de 5%. As características clínicas e obstétricas estão apresentadas mais detalhadamente na tabela 5.

Sobre a última gestação, 60,4% das participantes não a haviam planejado. Apenas 27,3% delas apresentou alguma complicação durante a gestação, uma quantidade pequena considerando que a maternidade em que estavam é referência para gestações de risco. A taxa de laceração espontânea foi de 66,3%, destas menos de 3% foi laceração grave; a episiotomia foi realizada em menos de 4% das puérperas. As variáveis perinatais estão apresentadas na tabela 6.

Em relação aos conhecimentos, apenas 2,5% apresentaram conhecimento satisfatório, pontuando entre 11 e 16 escores. Ouviram falar em assoalho pélvico ou períneo 32,8%. Sobre sua função, 15,6% sabiam sobre a continência urinária, 12% sobre a continência urinária e anal e 27% sobre sustentar os órgãos pélvicos. Já sobre as lesões perineais, 86,2% sabiam que poderiam acontecer no parto.

A atitude de buscar informações sobre a prevenção das lesões perineais foi realizada apenas por 4,3% das mulheres, e 1,22% buscou atendimento profissional, a saber, quatro mulheres; uma buscou o profissional de medicina, outra a enfermagem e duas, a fisioterapia.

Já a prática, de alguma forma, de preparação do assoalho pélvico durante a gestação, de acordo com o entendimento delas, 4% realizou. Destas, apenas uma mulher realizou a massagem perineal, outras sete mulheres (2,1%) realizaram o TMAP; outras cinco (1,5%) realizaram outras práticas que consideravam de alguma forma preparar o assoalho pélvico para o parto, a saber, a prática de yoga, exercícios na bola suíça e alongamento (tabela 7).

Observamos que houve associação entre a escolaridade e a renda o aspecto *conhecimento* ($p < 0.05$) e entre escolaridade e o aspecto *atitude* ($p < 0.05$) (tabela 8).

DISCUSSÃO

Em nossa pesquisa, os conhecimentos apresentaram-se, de modo geral, inadequados, pois apenas 2,5% apresentaram conhecimentos satisfatórios. A atitude também foi inadequada, pois apenas 4,3% tiveram interesse em buscar informações sobre a prevenção de lesões perineais. A prática também foi inadequada, apenas 4% das mulheres realizaram

alguma preparação do assoalho pélvico na gestação, na concepção delas, pois destas treze mulheres, cinco (1,5% da amostra total) realizaram práticas que não trabalham especificamente a MAP. Observamos também que um maior nível socioeconômico (maior escolaridade, trabalho remunerado e renda familiar) se associa com um melhor conhecimento sobre o AP, o TMAP e atitude positiva sobre a preparação do assoalho para o parto.

Poucos estudos foram encontrados avaliando CAP de mulheres sobre o AP ou sobre as DAP. Especificamente sobre a preparação do assoalho pélvico para o parto, tema avaliado por esta pesquisa, não foram encontrados estudos.

Na pesquisa de Hill *et al.*(2017) sobre a MAP, realizada na Austrália, 17,4% das participantes não haviam ouvido falar em AP; embora 76% delas soubessem que a MAP era responsável pela continência urinária, apenas 27% sabiam que evitavam a IF e 41% consideravam normal perder urina durante a gravidez. Apenas 11% estavam praticando exercícios do AP¹⁵. Já em nossa pesquisa, 67,2% das participantes não ouviram falar em assoalho pélvico ou períneo; apenas 15,6% sabiam sobre a função de conter a urina e 12% sobre conter gases e fezes. Apesar das participantes do estudo de Hill *et al.*(2017)¹⁵ apresentarem níveis de conhecimentos um pouco melhores que as da nossa pesquisa, a prática de TMAP foi baixa nas duas amostras, sendo bem menor em nossa amostra.

Os conhecimentos, atitudes e práticas de puérperas em relação aos exercícios do assoalho pélvico foram avaliados por Chiarelli *et al.*(2003), na Austrália. Os resultados demonstraram que 91% das mulheres estavam cientes da frequência necessária para os exercícios (conhecimentos), 54,5% praticaram muitas vezes durante a gravidez, apenas 45% sabiam a duração adequada (prática) e 91% pretendiam fazê-lo no pós-parto (atitude)¹⁷. Comparados aos nossos resultados, observamos que a amostra de Chiarelli *et al.*(2003) possuía níveis gerais de CAP melhores; porém, apesar do bom nível de conhecimento sobre os exercícios do AP, poucas mulheres praticavam adequadamente. Já Rosediani *et al.*(2012) avaliaram conhecimentos, atitudes e práticas de gestantes sobre os exercícios da MAP, na Malásia. Neste, a proporção de mulheres com um bom nível de conhecimento foi de 51,8%, de atitude foi 96,4% e de prática apenas 10,7%¹⁸. Em nossa pesquisa, uma das questões sobre atitude indagava se as mulheres teriam realizado a preparação do assoalho pélvico se tivessem recebido orientações sobre a mesma 91,7% disseram que sim ou talvez, demonstrando atitude positiva numa perspectiva futura. Essa questão pode apresentar um viés de cortesia, visto que as participantes estavam sendo entrevistadas, ou seja, elas poderiam não se sentir à vontade para dizer que não realizariam; contudo, assim como nos outros estudos, observamos que, geralmente, a atitude positiva é mais prevalente. Podemos observar que, apesar de

conhecimentos e atitudes serem geralmente adequados, a prática de exercícios tem se apresentado inadequada, o que leva a uma reflexão sobre as possíveis razões para que isso ocorra.

Conhecimentos de primíparas sobre DAP foram avaliados, em Londres, por O'neillet *al.*(2017). A partir de seu estudo, podemos fazer um paralelo com nossos resultados que questionavam sobre a função do AP. Dentre as participantes do estudo deles, 36% sabiam sobre prolapso de órgãos pélvicos; em nossa amostra, 27% sabiam sobre a função de sustentação de órgãos pélvicos, resultados semelhantes. Sobre IF, 35% deles sabiam sobre; em nossa, 12% sabiam sobre a função de continência fecal. No estudo deles, 63% sabiam sobre IU; porém, quando detalhes eram questionados caía para 41%; apenas 15,6% da nossa amostra sabiam sobre a continência urinária. No que diz respeito aIU e IA a amostra de O'neillet *al.*(2017) possuía conhecimento um pouco melhor que a por nós analisada. Além disso, nesse estudo, o nível de escolaridade também se associou positivamente ao conhecimento ($p<0.01$); quanto maior a escolaridade, maior o nível de conhecimento, assim como em nosso estudo¹⁹.

Alguns estudos avaliaram também se intervenções poderiam melhorar os níveis de CAP de determinada população. Um ensaio clínico randomizado avaliou se conhecimentos sobre o AP poderiam aumentar após sessões de educação em saúde sobre o AP e sua relação com a presença de sintomas de DAP. As participantes foram divididas em três grupos: o grupo A (participou de duas sessões de educação em saúde), o grupo B (participou de uma sessão) e o grupo C (não participou das sessões). Após três avaliações, o grupo A atingiu nível de conhecimento $>99\%$, o B $>80\%$ e o C permaneceu no mesmo nível que os três grupos se encontravam na primeira avaliação (40%). Os grupos também iniciaram com níveis semelhantes de sintomas de DAP, que reduziram para os grupos que receberam as sessões de educação em saúde sobre o AP ($p<0.001$). Portanto, os autores concluíram que os baixos níveis de conhecimento sobre o AP estão associados a altos níveis de DAP; logo, os sintomas diminuem quando os níveis de conhecimentos aumentam²⁰.

Outro ensaio clínico randomizado avaliou a eficácia de uma intervenção em saúde sobre conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres sobre IU e exercícios do AP. Na avaliação inicial, a precisão média de conhecimentos e atitudes foi de 25,6% e 49,8%, respectivamente, e a pontuação média de prática foi de apenas 0,6 de um máximo de 3 pontos; contudo, após a intervenção, que durou 6 meses, o grupo que recebeu a intervenção apresentou escores significativamente maiores, a precisão média para conhecimentos e atitudes aumentou significativamente para 57,3 e 75,7%, respectivamente, e o escore médio

de prática aumentou significativamente em 0,45 (de 0,61 a 1,06)²¹. Isso demonstra que a prática de educação em saúde pode obter efeitos positivos sobre os CAP de uma população e que se as gestantes recebessem orientações adequadas sobre a preparação do assoalho pélvico poderiam apresentar práticas melhores e se beneficiar das mesmas. Dessa forma, essa pode ser uma estratégia a ser adotada a fim de melhorar os níveis de CAP das mulheres sobre a preparação do assoalho pélvico para o parto.

Uma revisão sistemática foi realizada para identificar CAP de mulheres sobre IU. Todos os artigos incluídos concluíram que os níveis de conhecimentos e de práticas foram baixos; apenas um avaliou atitude, que foi positiva para 70% da amostra. Porém, os autores destacam que os instrumentos e a metodologia utilizados nos estudos variaram bastante, dificultando uma comparação entre eles²². Podemos perceber que, sobre as temáticas que envolvem assoalho pélvico, disfunções do assoalho pélvico e exercícios do assoalho pélvico, de modo geral, as mulheres apresentam CAP inadequados.

Práticas como a MP e a associação de MP e TMAP podem reduzir a incidência de lesões perineais^{2, 11}. Em nossa amostra, apenas sete mulheres realizaram o TMAP, uma realizou a MP e nenhuma realizou as duas práticas associadas. Em virtude de pequena quantidade de praticantes não foi possível avaliar se a prática de preparação do assoalho pélvico durante a gestação resultou em menor incidência de lesões perineais no nosso estudo.

Seria possível que os resultados fossem diferentes se a pesquisa tivesse sido aplicada em maternidades privadas, por exemplo, visto que uma das limitações deste estudo é o perfil sociodemográfico das participantes, que em sua maioria possuía baixos níveis de escolaridade e renda. Outra limitação foi a pequena quantidade de estudos que tivessem realizado o mesmo tipo de avaliação para a discussão dos resultados.

Em contrapartida, nossa pesquisa contou com uma quantidade representativa da população de gestantes, haja vista que a maioria dos partos no Brasil é realizada na rede pública. Ademais, realizamos uma investigação inédita, cujos resultados reforçam o argumento sobre a necessidade de se educar as mulheres em relação aos cuidados ao AP e às DAP, considerando que a gestação e o parto normal são fatores que muito influenciam na sua ocorrência³(ACOG, 2016), bem como orientá-las sobre como preveni-las ou trata-las durante a atenção pré-natal.

CONCLUSÃO

Os CAP das puérperas sobre a preparação do AP para o parto se mostraram inadequados. Houve associação entre escolaridade e renda com o aspecto *conhecimento* e entre escolaridade e o aspecto *atitude*. A realização de alguma prática de preparação do AP na gestação não interferiu na ocorrência de lesões perineais; contudo, como a prática foi realizada por apenas 4% das mulheres, não é possível afirmar que as práticas não trazem benefícios; além disso, dentre as práticas realizadas, 1,5% delas realizou práticas que em nada interferem na prevenção de lesões perineais. Esse achado corrobora para a afirmação da necessidade em se introduzir na atenção pré-natal o cuidado ao AP, seja para prevenir ou tratar disfunções ou para prevenir a ocorrência de lesões perineais, bem como as práticas de educação em saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [acesso em 28 de maio de 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.
2. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013. [acesso em 8 de outubro de 2016]; 4:1-60. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23633325>.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin N° 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. Obstetrics & Gynecology. 2016. [acesso em 1 de dezembro de 2017]. 128 (1): 1-15. Disponível em: http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2016/07000/Practice_Bulletin_No__165__Prevention_and.46.aspx.
4. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública. 2014; suplemento: 1-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005.
5. Manresa M, Pereda A, Bataller E, Terre-Rull C, Ismail KM, Webb SS. Incidence of perineal pain and dyspareunia following spontaneous vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. International Urogynecology Journal. 2019 [acesso em 18 de junho de 2019]; 30:853–868. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-019-03894-0>.
6. Baracho E, Baracho S, Satiel F. Avaliação e intervenção da fisioterapia na gravidez. In: Baracho E. Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. P. 32-45.

7. Batista RLA, Ribeiro AM, Vasconcelos ECLM, Ferreira CHJ. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico durante a gestação. In: Lemos A. Fisioterapia obstétrica baseada em evidências. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. P. 89 – 93.
8. Lemos A. Massagem perineal e o número necessário para tratar. In: Lemos A. Fisioterapia obstétrica baseada em evidências. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. P. 95 – 104.
9. Brito LGO, Ferreira CHJ, Marcolin AC. Epi-No should be tested in different obstetric settings until an evidence-based clinical decision can be made. *IntUrogyn J.* 2015 [acesso em 8 de outubro de 2016]; 26: 1883. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26449214>.
10. Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Morkved S, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017. [acesso em 20 de maio de 2019]; 12. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007471.pub3/full>.
11. Leon-Larios F, Corrales-Gutierrez I, Casado-Mejía R, Suarez-Serrano, C. Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. *Midwifery.* 2017. [acesso em 20 de maio de 2019]; 50: 72–77. Disponível em: [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(17\)30226-7/fulltext](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(17)30226-7/fulltext).
12. Atan IK, Shek KL, Langer S, Rojas RG, Caudwell-Hall J, Daly JO, Dietz HP. Does the Epi-No_ birth trainer prevent vaginal birth-related pelvic floor trauma? A multicentre prospective randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2016. [acesso em 8 de outubro de 2016.]; 123(6): 995-1003. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13924/full>.
13. Kaliyaperumal K. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study. *CommunityOphthalmology.* 2004 [acesso em 29 de maio de 2017]; 4 (1). Disponível em: http://v2020eresource.org/content/files/guideline_kap_Jan_mar04.pdf.
14. World Health Organization[homepage na internet]. BMI classification [acesso em 09 de setembro de 2019]. Disponível em: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
15. Hill AM, Mcphail SM, Wilson JM, Berlach RG. Pregnant women’s awareness, knowledge and beliefs about pelvic floor muscles: a cross-sectional survey. *Int. Urogynecol. J.* 2017 [acesso em 27 de setembro de 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28293791>.
16. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap) – A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform.* 2009. [acesso em 13 de agosto de 2019]; 42(2): 377–381. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2700030/>.
17. Chiarelli P, Murphy B, Cockburn J. Women’s Knowledge, Practises, and Intentions Regarding Correct Pelvic Floor Exercises. *NeuourologyandUrodynamics.* 2003 [acesso em

28 de maio de 2019]; 22: 246-249. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.10119>.

18. Rosediani M, NikRosmawati NH, Juliawati M, Norwati D. Knowledge, Attitude and Practice towards Pelvic Floor Muscle Exercise among Pregnant Women Attending Antenatal Clinic in Universiti Sains Malaysia Hospital, Malaysia. *International Medical Journal*. 2012 [acesso em 28 de maio de 2019]; 19 (1): 42 - 43. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/224285856_Knowledge_attitude_and_practice_towards_pelvic_floor_muscle_exercise_among_Pregnant_women_attending_antenatal_clinic_in_USM_Hospital.

19. O'Neill AT, Hockey J, O'Brien P, Williams A, Morris TP, Khan T, *et al.* Knowledge of pelvic floor problems: a study of third trimester, primiparous women. *Int. Urogynecol. J.* 2017 [acesso em 28 de maio de 2019]; 28:125–129. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-016-3087-4>.

20. Berzuk K, Shay B. Effect of increasing awareness of pelvic floor muscle function on pelvic floor dysfunction: a randomized controlled trial. *Int. Urogynecol. J.* 2015 [acesso em 28 de maio de 2019]; 26: 837–844. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-014-2599-z>.

21. Zhang N, He Y, Wang J, Zhang Y, Ding J, Hua K. Effects of a new community-based reproductive health intervention on knowledge of and attitudes and behaviors toward stress urinary incontinence among young women in Shanghai: a cluster-randomized controlled trial. *Int. Urogynecol. J.* 2016 [acesso em 28 de maio de 2019]; 27: 545–553. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-015-2851-1>.

22. Vasconcelos CTM, Firmiano MLV, Oriá MOB, Vasconcelos Neto JA, Saboia DM, Bezerra LRPS. Women's knowledge, attitude and practice related to urinary incontinence: systematic review. *Int. Urogynecol. J.* 2018 [acesso em 29 de maio de 2019]; 30 (2): 171-180. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-018-3759-3>.

Tabela 4 – Características sociodemográficas das puérperas

Características	
Idade (média ± DP)	24,35 ± 6,25
Parceiria estável (n(%))	
Sim	247 (75,8)
Não	79 (24,2)
Cor da pele autorreferida (n(%))	
Branca	26 (8,0)
Amarela	17 (5,2)
Parda	240 (73,6)
Preta	13 (4,0)
Outra	30 (9,2)
Trabalham (n (%))	
Sim	241 (73,9)
Não	85 (26,1)
Remunerado (n (%))	
Sim	118 (49,0)
Não	123 (51,0)
Renda em salários mínimos (n (%))	
≥ 1	73 (22,4)
1 ≤ 3	132 (40,5)
>3	26 (8,0)
Não sabem	95 (29,1)
Escolaridade (n (%))	
Fundamental (completo e incompleto)	107 (32,8)
Médio (completo e incompleto)	186 (57,0)
Superior (completo e incompleto)	33 (10,1)
Quantidade de moradores na casa (média ± DP)	4,41 ± 1,61

Fonte: produzido pela autora.

Tabela 5– Características clínicas e obstétricas das puérperas

Características	N (%)
IMC pré-gestacional	
Muito abaixo do peso	06 (2,1)
Abaixo do peso	18 (6,3)
Peso normal	144 (50,2)
Acima do peso	74 (25,8)
Obesidade	27 (9,4)
Obesidade severa	12 (4,2)
Obesidade mórbida	06 (2,1)
Atividade física na gestação	
Sim	26 (8,0)
Não	300 (92,0)
Paridade	
Primíparas	161 (49,3)
Multíparas	165 (50,6)
Partos anteriores	
Vaginal	158 (48,4)
Cesárea anterior	07 (2,1)
Lesões perineais anteriores	
Episiotomia	74 (46,8)
Laceração	48 (30,5)
Rafia	51 (32,3)
Não sofreu lesão perineal	18 (11,4)
Não recorda	21 (13,3)

Fonte: Produzido pela autora.

Tabela 6 – Características da gestação atual e desfechos perinatais

Características	
Gestação planejada (n (%))	
Sim	129 (39,6)
Não	197 (60,4)
Apresentou alguma complicação na gestação (n (%))	
Sim	89 (27,3)
Não	237 (72,7)
Idade gestacional no parto (média ± DP)	
	38,48 ± 1,62
Lesões perineais (n (%))	
Laceração	216 (66,3)
Episiotomia	12 (3,7)
Fórceps (n (%))	
	2 (0,6)
Peso do RN em gramas (média ± DP)	
	3.173 ± 449,47
Circunferência cefálica do RN em centímetros (média ± DP)	
	34,13 ± 1,34

Fonte: Produzido pela autora.

Tabela 7 – Conhecimentos, atitudes e práticas de puérperas sobre preparação do assoalho pélvico para o parto.

Critérios CAP	N (%)
Conhecimentos	
Insuficiente	167 (51,2)
Regular	151 (46,3)
Satisfatório	08 (2,5)
Atitude	
Positiva	14 (4,3)
Negativa	312 (95,7)
Prática	
Realizada	13 (4,0)
Não realizada	313 (96,0)

Fonte: Produzido pela autora.

Tabela 8 – Fatores associados aos conhecimentos, atitudes e práticas das puérperas em relação à preparação do assoalho pélvico para o parto.

	Conhecimento			p	Atitude			p	Prática		p
	Insuficiente n(%)	Regular n(%)	Satisfatório n(%)		Positiva n(%)	Negativa n(%)	Realizou n(%)		Não realizou n(%)		
Escolaridade											
Fundamental (107)	70 (65,4)	37 (34,6)	00 (0,0)	<0,01**	01 (0,9)	106 (99,1)	<0,01*	02 (1,9)	105 (98,1)	1,13*	
Médio (186)	90 (48,4)	90 (48,4)	06 (3,2)		07 (3,8)	179 (96,2)		08 (4,3)	178 (95,7)		
Superior (33)	07 (21,2)	24 (72,7)	02 (6,0)		06 (18,2)	27 (81,8)		03 (9,1)	30 (90,9)		
Remuneração											
Sim (118)	57 (48,3)	60 (50,8)	01 (0,8)	0,76*	06 (5,1)	112 (94,9)	0,53*	04 (3,4)	114 (96,6)	1,00*	
Não (123)	59 (47,9)	61 (49,6)	03 (2,4)		04 (3,3)	119 (96,7)		05 (4,1)	118 (95,9)		
Renda											
< 1 SM (73)	43 (58,9)	30 (41,1)	00 (0,0)	0,04*	02 (2,7)	71 (97,3)	1,19*	05 (6,8)	68 (93,2)	0,30*	
1 ≤ 3 SM (132)	53 (40,1)	74 (56,0)	05 (3,8)		07 (5,3)	125 (94,7)		04 (3,0)	128 (97,0)		
> 3 SM (26)	10 (38,4)	15 (57,7)	01 (3,8)		03 (11,5)	23 (88,5)		02 (7,7)	24 (92,3)		
Episiotomia anterior											
Sim (74)	32 (43,2)	42 (56,7)	00 (0,0)	0,05**	04 (5,4)	70 (94,6)	0,53*	04 (5,4)	70 (94,6)	0,50*	
Não (252)	135 (53,6)	109 (43,2)	08 (3,2)		10 (4,0)	242 (96,0)		09 (3,6)	243 (96,4)		
Laceração anterior											
Sim (48)	23 (47,9)	24 (50,0)	01 (2,1)	0,85**	00 (0,0)	48 (100,0)	0,23*	02 (4,2)	46 (95,8)	1,00*	
Não (278)	144 (51,8)	127 (45,7)	07 (2,5)		14 (5,0)	264 (95,0)		11 (4,0)	267 (96,0)		

Fonte: Produzido pela autora.

* Exato de Fisher.

** Qui-quadrado de Pearson.

8 CONCLUSÃO

A partir deste estudo, foi possível observar que as mulheres possuem Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre a preparação do AP para o parto, de modo geral, inadequados, confirmando nossa hipótese. A escolaridade se associou ao conhecimento e à atitude, mas não com a prática; renda e episiotomia anterior se associaram apenas ao conhecimento.

Sendo assim, existe a necessidade de ampliar o cuidado à mulher, em especial à mulher gestante, de modo que ela possa compreender a importância da manutenção da funcionalidade do AP e o quanto a gestação e o parto podem contribuir para que essa funcionalidade seja prejudicada.

REFERÊNCIAS

- ABRAMS, P. *et al.*. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence. **Neurourology and Urodynamics**, n. 29, p. 213–240, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.20870/abstract>>. Acesso em: 1 de dezembro de 2017.
- ACOG. Practice Bulletin N° 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. **Obstetrics & Gynecology**, v. 128, n. 1, jul. 2016. Disponível em: <http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2016/07000/Practice_Bulletin_No__165__Prevention_and.46.aspx>. Acesso em: 1 de dezembro de 2017.
- AMORIM, M. M.; *et al.* Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. **Reproductive Health**, v. 14, n. 55, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4142063/>>. Acesso em: 26 de abril de 2017.
- ATAN, I. K.; SHEK, K. L.; LANGER, S.; ROJAS, R. G.; CAUDWELL-HALL, J.; DALY, J. O.; DIETZ, H. P. Does the Epi-No_ birth trainer prevent vaginal birth-related pelvic floor trauma? A multicentre prospective randomised controlled trial. **British Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 123, n. 6, p. 995-1003, mai. 2016. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13924/full>>. Acesso em: 8 de outubro de 2016.
- AWEKE, Y. H.; AYANTO, S. Y. ; ERSADO, T. L. Knowledge, attitude and practice for cervical cancer prevention and control among women of childbearing age in Hossana Town, Hadiya zone, Southern Ethiopia: Community-based cross-sectional study. **PlosOne**, jul. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28742851>>. Acesso em: 4 de dezembro de 2017.
- BARBOSA, A. M. P. **Efeito da Via de Parto na Força Muscular do Assoalho Pélvico, em Primíparas**. 2004. Dissertação (Mestrado em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2004. UNESP
- BECKMANN, M. M.; STOCK, O. M. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, p. 1-60, abr. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23633325>>. Acesso em: 8 de outubro de 2016.
- BIO, ELIANE. **O corpo no trabalho de parto: o resgate do processo natural do nascimento**. São Paulo: Summus, 2015.
- BO, K. *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. **The International Urogynecological Association**. n. 28, p. 191-213. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27921161>>. Acesso em: 27 de setembro de 2017.

BO, K.; FLETEN, C.; NYSTAD, W. Effect of Antenatal Pelvic Floor Muscle Training on Labor and Birth. **Obstetrics&Gynecology**. v. 113, n. 6, p. 1279-84. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19461423>>. Acesso em: 27 de setembro de 2017.

BOYLE, R.; HAY-SMITH, E. J. C. ; CODY, J. D.; MORKVED, S. Pelvic Floor Muscle Training for Prevention and Treatment of Urinary and Fecal Incontinence in Antenatal and Postnatal Women: A Short Version Cochrane Review. **Neurourology and Urodynamics**. n.33, p. 269–76, 2014. Disponível em :<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.22402/abstract;jsessionid=6FF8D34AF269A59435BC541ABC0F4CFD.f03t03>>. Acesso em 23 de junho de 2017.

BRADAN, I. G. Knowledge, attitude and practice the three pillars of excellence and wisdom: a place in the medical profession. **Eastern Mediterranean Health Journal**. v. 1, n. 1, p. 8-16. 1995. Disponível em: <<http://www.emro.who.int/emhj-volume-1-1995/volume-1-issue-1/article1.html>>. Acesso em: 27 de setembro de 2017.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Dispõe sobre o acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 07 de abril de 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 13 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança:70 anos de história**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf>. Acesso em: 13 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, DF, 1984. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0257.pdf>>. Acesso em: 13 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 13 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS: Humanização do Parto e do Nascimento**. v. 4. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 8 de outubro de 2016.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f08.def>>. Acesso em: 8 de outubro de 2016.

BRASIL. Portaria nº 985/GM, de 05 de agosto de 1999. Estabelece critérios para a criação dos centros de parto normal – CPN no âmbito do SUS. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_985.pdf>. Acesso em: 13 de agosto de 2019.

BRASIL. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Institui Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 13 de agosto de 2019.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 13 de agosto de 2019.

BRITO, L. G. O.; FERREIRA, C. H. J.; MARCOLIN, A. C. Epi-No should be tested in different obstetric settings until an evidence-based clinical decision can be made. **International Urogynecology Journal**, v. 26, p. 1883, dez. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26449214>>. Acesso em: 8 de outubro de 2016.

BRITO, L. G. O.; FERREIRA, C. H. J.; DUARTE, G.; NOGUEIRA, A. A.; MARCOLIN, A. C. Antepartum use of Epi-No birth trainer for preventing perineal trauma: systematic review. **International Urogynecology Journal**, v. 26, p. 1429-1436, jan/abr. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25851585>>. Acesso em: 8 de outubro de 2016.

CARROLI, G.; MIGNINI, E. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, jan. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19160176>>. Acesso em: 8 de outubro de 2016.

CORRÊA JÚNIOR, M. D.; PASSINI JÚNIOR, R. Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 38, p. 301-307, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032016000600301>. Acesso em: 1 de dezembro de 2017.

DU, Y.; XU, L.; DING, L.; WANG, Y.; WANG, Z. The effect of antenatal pelvic floor muscle training on labor and delivery outcomes: a systematic review with meta-analysis. **The International Urogynecological Association**, n. 26, p. 1415-27. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25711728>>. Acesso em 4 de outubro de 2017.

EASON, E.; LABRECQUE, M.; WELLS, G.; FELDMAN, P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. **Obstetrics and Gynecology**, v. 95, n. 3, p. 464-471, mar. 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10711565>>. Acesso em: 8 de outubro de 2016.

FEITOZA, Sabrine Rodrigues. **Fatores maternos, fetais e assistenciais associados à ocorrência de lacerações perineais e episiotomias**. 2018. Dissertação (Mestrado em saúde da mulher e da criança) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

HARRIS, P. A.; TAYLOR, R.; THIELKE, R.; PAYNE, J.; GONZALEZ, N.; CONDE, J. G. Research electronic data capture (REDCap) – A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. **Journal of Biomedical Informatics**. 2009.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2700030/>>. Acesso em: 13 de agosto de 2019.

HILL, A. M.; MCPHAIL, S. M.; WILSON J. M.; BERLACH, R. G. Pregnant women's awareness, knowledge and beliefs about pelvic floor muscles: a cross-sectional survey. **The International Urogynecological Association**. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28293791>>. Acesso em: 27 de setembro de 2017.

JIANG, H.; QIAN, X.; CARROLI, G. ; GARNER, P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, 2017. Disponível em: <http://www.cochrane.org/CD000081/PREG_selective-versus-routine-use-episiotomy-vaginal-birth>. Acesso em: 1 de dezembro de 2017.

KALIYAPERUMAL, K. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study. **Community Ophthalmology**. v. 4, n.1, jan-mar 2004. Disponível em: <http://v2020.eresource.org/content/files/guideline_kap_Jan_mar04.pdf>. Acesso em: 29 de maio de 2017.

KAMPEM, M. V.; DEVOOGDT, N.; DE GROEF, A. ; GIELEN, A. ; GERAERTS, I. The efficacy of physiotherapy for the prevention and treatment of prenatal symptoms: a systematic review. **International Urogynecology Journal**, v. 26, p.1575–1586, mar. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25822028>>. Acesso em: 8 de outubro de 2016.

KAVVADIAS, T.; HOESLI, I. The EpiNo[®] Device: Efficacy, Tolerability, and Impact on Pelvic Floor—Implications for Future Research. **Obstetrics and Gynecology International**, v. 2016, p. 1-5, jan. 2016. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/ogi/2016/3818240/>>. Acesso em: 8 de outubro de 2016.

KEGEL, A. H. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, n. 56, p. 238–48, 1948. Disponível em: <[http://www.ajog.org/article/0002-9378\(48\)90266-X/abstract](http://www.ajog.org/article/0002-9378(48)90266-X/abstract)> . Acesso em: 23 de junho de 2017.

LANE, T. L. *et al.* Perineal body length and perineal lacerations during delivery in primigravid patients. **Proceedings (Baylor University Medical Center)**, v. 30, n. 2, p. 151-153, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28405063>>. Acesso em: 1 de dezembro de 2017.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; THEME FILHA, M. M.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; BASTOS, M. H.; GAMA, S. G. N. da. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005>. Acesso em: 8 de outubro de 2016.

LEEMAN, L.; ROGERS, R.; BORDERS, N.; TEAF, D.; QUALLS, C. The Effect of Perineal Lacerations on Pelvic Floor Function and Anatomy at 6 Months Postpartum in a Prospective Cohort of Nulliparous Women. **Birth. Issues In Perinatal Care**, v. 43, n. 4, p. 293-302, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5125543/>>. Acesso em: 1 de dezembro de 2017.

LEON-LARIOS, F.; CORRALES-GUTIERREZ, I. ; CASADO-MEJÍA, R.; SUAREZ-SERRANO, C. Influence of a pelvic floor training program to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. **Midwifery**, n. 50, p. 72–77, 2017. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(17\)30226-7/fulltext](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(17)30226-7/fulltext)>. Acesso em 23 de junho de 2017.

MARCELINO, T. C.; LANUEZ, F. V. Abordagem fisioterapêutica na massagem perineal no pré-parto. **ConScientiaeSaúde**, v. 8, n. 2, p. 339-344, dez. 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/242734901_Abordagem_fisioterapeutica_na_massagem_perineal_no_preparto_Physiotherapeutic_view_in_prenatal_perineal_massage>. Acesso em: 8 de outubro de 2016.

MARINHO, L. A. B.; COSTA-GURGELA, M.S.; CECATTI, J. G.; OSIS, M. J. D. Conhecimento, atitude e prática do autoexame das mamas em centros de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 576-82, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000500005&script=sci_abstract&tlng=PT>. Acesso em: 29 de maio de 2017.

MEAC. **Maternidade Escola Assis Chateaubriand**. Relatório Institucional Assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – 2018. Disponível em: <<http://www.2.ebserh.gov.br/documents/214336/2794244/Relat%C3%B3rio+Institucional+Assistencial+06.05.19.pdf/889d7af0-4346-46dc-a4ba-476b92b25680>>. Acesso em: 05 de junho de 2019.

RAIZADA, V.; MITTAL, R.K. Pelvic floor anatomy and applied physiology. **Gastroenterology Clinic of North America**, v.37, n.3, p.493-509, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2617789/>>. Acesso em: 1 de dezembro de 2017.

RIESCO, M. L. G.; COSTA, A. S. C. da; ALMEIDA, S. F. S. de; BASILE, A. L. O.; OLIVEIRA, S. M. J. V. de. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 19, n. 1, p. 77-83, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a13.pdf>>. Acesso em: 8 de outubro de 2016.

ROGERS, R. G. *et al.* The contribution of the second stage of labor to pelvic floor dysfunction: a prospective cohort comparison of nulliparous women. **BJOG**, v. 121, n. 9, p. 1145-1154, ago. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4565727/pdf/nihms-539008.pdf>>. Acesso em: 4 de dezembro de 2017.

ROSEDIANE, M.; NIK ROSMAWATI, N. H.; JULIWATI, M.; NORWATI, D. Knowledge, Attitude and Practice towards Pelvic Floor Muscle Exercise among Pregnant Women Attending Antenatal Clinic in Universiti Sains Malaysia Hospital, Malaysia. **International Medical Journal**, v. 19, n. 1, p. 42- 43, mar. 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/224285856_Knowledge_attitude_and_practice_towards_pelvic_floor_muscle_exercise_among_Pregnant_women_attending_antenatal_clinic_in_USM_Hospital>. Acesso em: 8 de agosto de 2019.

RUCKHABERLE, E.; JUNDT, K.; BAUERLE, M.; BRISCH, K. H.; ULM, K.; DANNECKER, C.; SCHNEIDER, K. T. M. Prospective randomised multicentre trial with the birth trainer EPI-NO® for the prevention of perineal trauma. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 49, n.5, p. 478-483, out. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19780729>>. Acesso em: 8 de outubro de 2016.

SHEK, K. L.; CHANTARASORN, V.; LANGER, S.; PHIPPS, H.; DIETZ, H. P. Does the Epi-No® Birth Trainer reduce levator trauma? A randomised controlled trial. **International Urogynecology Journal**, v. 22, n. 12, p. 1521-1528, dez. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21809156>>. Acesso em: 8 de outubro de 2016.

SMITH, L. A. *et al.* Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. **BMC Pregnancy & Childbirth**, v. 13, n. 59, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23497085>>. Acesso em: 1 de dezembro de 2017.

SOUZA, E. L. B. L. de; LOTTI, R. C. B.; REIS, A. B. Anatomia Feminina. *In*: BARACHO, E. (Org.). **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

WOODMAN, P. J. ; GRANNEY, D. O. Anatomy and Physiology of the Female Perineal Body With Relevance to Obstetrical Injury and Repair. **Clinical Anatomy**, v. 15, n. 5, p. 321-334, ago. 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12203375>>. Acesso em: 8 de outubro de 2016.

ZANETTI, M. R. D.; PETRICELLI, C. D. ; ALEXANDRE, S. M.; TORLONI, M. R.; NAKAMURA, M. U.; SASS, N. Episiotomia: revendo conceitos. **Femina**, v. 37, n. 7, p. 367-371, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/feminav37n7p367-71.pdf>>. Acesso em: 8 de outubro de 2016.

VENDRÚSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842/1731>>. Acesso em: 05 de junho de 2019.

AHMED, W. A. S.; KISHK, E. A.; FARHAN, R. I.; KHAMEES, R. E. Female sexual function following different degrees of perineal tear. **International Urogynecology Journal**, v. 28, p. 917 – 921, 2017. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-016-3210-6>>. Acesso em: 05 de junho de 2019.

WOODLEY, S. J.; BOYLE, R.; CODY, J. D.; MØRKVED, S.; HAY-SMITH, E. J. C. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 12, p. 1- 216, 2017. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007471.pub3/full>>. Acesso em: 05 de junho de 2019.

APÊNDICE A –LISTA DE VERIFICAÇÃO

LISTA DE VERIFICAÇÃO

CRITÉRIOS	SIM	NÃO
Desejo pelo parto vaginal na gestação		
Idade acima de 14 anos		
Em condições físicas e psicológicas para participar		
Não sofreu caso de óbito fetal ou feto natimorto		
IG no parto maior que 34 semanas		
	INCLUÍDA	EXCLUÍDA

Aceita participar da pesquisa? () Sim () Não

Se não, por quê? _____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Conhecimentos, atitudes e práticas de puérperas sobre a preparação do assoalho pélvico para o parto”, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) Edna Jéssica Lima Gondim.

Sua participação é voluntária e consistirá no fornecimento de dados sociais, gestacionais, alguns hábitos de vida, e sobre seus conhecimentos, atitude e prática em relação à preparação do assoalho pélvico para o parto. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos e envolvem possível constrangimento em responder as perguntas propostas. Como benefícios você poderá contribuir para que a comunidade científica reflita sobre a importância em se orientar a preparação do assoalho pélvico para o parto. Se você aceitar participar estará contribuindo para o aperfeiçoamento da assistência obstétrica. Se depois de consentir em sua participação você desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Você não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade será preservada. Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Edna Jéssica Lima Gondim, através dos telefones (85)98728.9740 ou (85) 99711.9050 ou no Departamento de Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Ceará, na Rua Professor Costa Mendes, 1608, 5º andar, bairro Rodolfo Teófilo, Fortaleza – CE, telefone (85) 3366-8041. Você poderá ainda entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, na Rua Coronel Nunes de Melo, s/n - Rodolfo Teófilo, Fortaleza – CE.

Consentimento Pós-Infirmação

Eu, _____, fui informada sobre o que o(a) pesquisador(a) quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas (2) vias que serão ambas assinadas por mim e pelo(a) pesquisador(a), ficando uma via com cada um de nós.

Data: ___/___/___

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Conhecimentos, atitudes e práticas de puérperas sobre a preparação do assoalho pélvico para o parto”, sob responsabilidade da pesquisadora Edna Jéssica Lima Gondim.

Sua participação é voluntária e consistirá no fornecimento de dados sociais, gestacionais, alguns hábitos de vida, e sobre seus conhecimentos, atitude e prática em relação à preparação do assoalho pélvico para o parto. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos e envolvem possível constrangimento em responder as perguntas propostas. Como benefícios você poderá contribuir para que a comunidade científica reflita sobre a importância em se orientar a preparação do assoalho pélvico para o parto. Se você aceitar participar estará contribuindo para o aperfeiçoamento da assistência obstétrica. Se depois de consentir em sua participação você desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu assentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Você não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade será preservada. . Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Edna Jéssica Lima Gondim, através dos telefones (85)98728.9740 ou (85) 99711.9050 ou no Departamento de Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Ceará, na Rua Professor Costa Mendes, 1608, 5º andar, bairro Rodolfo Teófilo, Fortaleza – CE, telefone (85) 3366-8041. Você poderá ainda entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, na Rua Coronel Nunes de Melo, s/n - Rodolfo Teófilo, Fortaleza – CE.

Assentimento Pós-Infomação

Eu, _____, fui informada sobre o que o(a) pesquisador(a) quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas (2) vias que serão ambas assinadas por mim e pelo(a) pesquisador(a), ficando uma via com cada um de nós.

Data: ___/ ___/ ____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

**APÊNDICE D–FORMULÁRIO SOBRE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS,
CLÍNICOS E OBSTÉTRICOS**

1. Nº: _____
2. Idade: _____
3. Parceria estável: 1. () Sim 2. () Não
4. Cor da pele autorreferida:
 1. () Branca
 2. () Amarela
 3. () Parda
 4. () Preta
 5. () Outra: _____
5. Ocupação: _____ () Não trabalha/estuda
6. Remunerada: 1. () Sim 2. () Não
7. Escolaridade: _____
8. Quantas pessoas moram na sua casa? _____
9. Somando a renda mensal das pessoas que moram na sua casa, qual a renda total?
 * *Contar com salário, aposentadoria, bolsa família ou outros benefícios.*
 _____ () Não sei
10. Peso pré-gestacional: _____ kg
11. Altura: _____ cm
12. IMC pré-gestacional: _____ kg/m²
13. Peso na última consulta: _____ kg
14. IMC na última consulta: _____ kg/m²
15. Praticou atividade física/exercícios na gestação? 1. () Sim 2. () Não
 Se sim,
 - a. Qual? _____
 - b. Por quanto tempo (meses)? _____
 - c. Qual frequência? _____
16. G: _____ P: _____ A: _____
17. Em caso de partos anteriores, quantos foram: Cesariana _____ Vaginal _____
18. Se vaginal, sofreu laceração/ “rasgos”? 1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei
19. Necessitou de sutura? 1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei
20. Episio/ “corte” feito pelo profissional? 1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei

SOBRE A ÚLTIMA GESTAÇÃO/PARTO

21. Gravidez planejada: 1. () Sim 2. () Não
22. Apresentou alguma complicação na gestação? 1. () Sim 2. () Não
23. Se sim, qual? _____
- Coletar do prontuário:
24. Idade gestacional do parto: _____ semanas completas.
25. Peso do recém-nascido: _____g
26. Circunferência cefálica do recém-nascido: _____cm
27. Sofreu laceração perineal? 1. () Sim 2. () Não
28. Se sim, qual grau? 1. () 1° 2. () 2° 3. () 3° 4. () 4° 5. () Não informado
29. Necessitou de sutura? 1. () Sim 2. () Não
30. Episiotomia? 1. () Sim 2. () Não
31. Se sim, qual a indicação? _____
32. Utilizou fórceps? 1. () Sim 2. () Não
33. Utilizou vácuo extrator? 1. () Sim 2. () Não

APÊNDICE E – FORMULÁRIO CAP

Preparação do assoalho pélvico para o parto

1. Você já ouviu falar em assoalho pélvico ou períneo?

- a. Sim
- b. Não
- c. Não tenho certeza

2. Em sua opinião, para que serve o assoalho pélvico/períneo? (Pode escolher mais de uma opção).

- a. Segurar o xixi
- b. Sustentar as costas
- c. Segurar xixi, cocô e gases
- d. Sustentar os órgãos pélvicos (bexiga, útero...)
- e. Eu não sei

3. Você já ouviu falar na ocorrência de lesões do períneo (rasgos ou cortes na vagina quando o bebê passa) durante o parto normal?

- a. Sim
- b. Não

4. Você acha que essas lesões (rasgos ou cortes na vagina durante o parto normal) podem provocar algum dos seguintes sintomas? (Pode escolher mais de uma opção).

- a. Perder xixi sem querer
- b. Perder cocô e/ou gases sem querer
- c. Dor ou incômodo durante a relação sexual
- d. Dor/ardor na região lesionada
- e. Sensação de bola ou peso no canal vaginal, por onde o bebê passa quando está nascendo
- f. Não acho que as lesões perineais tragam consequências

5. Você já buscou informações sobre a possibilidade de prevenir essas lesões?

- a. Sim
- b. Não

6. Se sim, você já buscou atendimento profissional com o objetivo de prevenir essas lesões?

- a. Sim
- b. Não

7. Se sim, qual profissional você buscou?

- a. Enfermeiro (a).
- b. Médico(a).
- c. Fisioterapeuta.
- d. Outro profissional. Qual? _____

8. Vou te dar algumas opções e você vai me dizer, em sua opinião, quais delas podem preparar o assoalho pélvico/períneo para prevenir as lesões (rasgos ou cortes na vagina) que podem acontecer durante o parto normal: (Pode escolher mais de uma opção).

- a. Treinamento da musculatura do assoalho pélvico/períneo
- b. Uso do dispositivo Epi-no
- c. Pilates
- d. Hidroginástica
- e. Massagem perineal
- f. Não acho que seja possível prevenir as lesões perineais

9. Durante a última gestação, você fez alguma preparação/trabalho do assoalho pélvico/períneo? Como?

- a. Não
- b. TMAP
- c. MP
- d. Epi-no
- e. Outra. O Qual? _____

**Se a resposta for não ou outra que não TMAP, MP ou EPI-NO, pular para a pergunta de número 16.*

10, 11, e 12. A partir de que idade gestacional/quanto tempo de gestação?

	10. TMAP	11. MP	12. EPI-NO
A	<input type="checkbox"/> Assim que descobriu a gestação (até 13 semanas e 6 dias).	<input type="checkbox"/> Assim que descobriu a gestação (até 13 semanas e 6 dias).	<input type="checkbox"/> Assim que descobriu a gestação (até 13 semanas e 6 dias).
B	<input type="checkbox"/> Após o 1º trimestre (a partir de 14 semanas).	<input type="checkbox"/> Após o 1º trimestre (a partir de 14 semanas).	<input type="checkbox"/> Após o 1º trimestre (a partir de 14 semanas).
C	<input type="checkbox"/> Início do 3º trimestre (a partir de 32 semanas).	<input type="checkbox"/> Início do 3º trimestre (a partir de 32 semanas).	<input type="checkbox"/> Início do 3º trimestre (a partir de 32 semanas).
D	<input type="checkbox"/> A partir do termo (a partir de 37 semanas).	<input type="checkbox"/> A partir do termo (a partir de 37 semanas).	<input type="checkbox"/> A partir do termo (a partir de 37 semanas).

13, 14 e 15. Com que frequência?

	13. TMAP	14. MP	15. EPI-NO
A	<input type="checkbox"/> 1 vez por dia	<input type="checkbox"/> 1 vez por dia	<input type="checkbox"/> 1 vez por dia
B	<input type="checkbox"/> 2 ou mais vezes por dia	<input type="checkbox"/> 2 ou mais vezes por dia	<input type="checkbox"/> 2 ou mais vezes por dia
C	<input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes por semana
D	<input type="checkbox"/> 1 vez por semana	<input type="checkbox"/> 1 vez por semana	<input type="checkbox"/> 1 vez por semana

16. Você teria feito a preparação do assoalho pélvico/períneo para o parto a fim de evitar as lesões perineais (rasgos ou corte na vagina) caso tivesse recebido orientações sobre?

- a. Sim
- b. Não
- c. Talvez

APÊNDICE F – AVALIAÇÃO DO FORMULÁRIO CAP

1. Você já ouviu falar em assoalho pélvico ou períneo?

- a. () Sim (2 pontos)
- b. () Não (0 ponto)
- c. () Não tenho certeza (1 ponto)

2. Em sua opinião, para que serve o assoalho pélvico/períneo? (Pode escolher mais de uma opção).

- a. () Segurar o xixi (1 ponto)
- b. () Sustentar as costas (0 ponto)
- c. () Segurar xixi, cocô e gases (2 pontos)
- d. () Sustentar os órgãos pélvicos (bexiga, útero...) (2 pontos)
- e. () Eu não sei (0 ponto)

3. Você já ouviu falar na ocorrência de lesões do períneo (rasgos ou cortes na vagina quando o bebê passa) durante o parto normal?

- a. () Sim (1 ponto)
- b. () Não (0 ponto)

4. Você acha que essas lesões (rasgos ou cortes na vagina durante o parto normal) podem provocar algum dos seguintes sintomas? (Pode escolher mais de uma opção).

- a. () Perder xixi sem querer (1 ponto)
- b. () Perder cocô e/ou gases sem querer (1 ponto)
- c. () Dor ou incômodo durante a relação sexual (1 ponto)
- d. () Dor/ardor na região lesionada(1 ponto)
- e. () Sensação de bola ou peso no canal vaginal, por onde o bebê passa quando está nascendo (1 ponto)
- f. () Não acho que as lesões perineais tragam consequências (0 ponto)

5. Você já buscou informações sobre a possibilidade de prevenir essas lesões?

- a. () Sim (atitude adequada/positiva)
- b. () Não (atitude inadequada/negativa)

6. Se sim, você já buscou atendimento profissional com o objetivo de prevenir essas lesões?

- a. Sim (atitude adequada/positiva)
- b. Não (atitude inadequada/negativa)

7. Se sim, qual profissional você buscou?

- a. Enfermeiro (a).
- b. Médico(a).
- c. Fisioterapeuta.
- d. Outro profissional. Qual? _____

8. Vou te dar algumas opções e você vai me dizer, em sua opinião, quais delas podem preparar o assoalho pélvico/períneo para prevenir as lesões (rasgos ou cortes na vagina) que podem acontecer durante o parto normal: (Pode escolher mais de uma opção).

- a. Treinamento da musculatura do assoalho pélvico/períneo (1 ponto)
- b. Uso do dispositivo Epi-no (1 ponto)
- c. Pilates (0 ponto)
- d. Hidroginástica (0 ponto)
- e. Massagem perineal (2 pontos)
- f. Não acho que seja possível prevenir as lesões perineais (0 ponto)

9. Durante a última gestação, você fez alguma preparação/trabalho do assoalho pélvico/períneo? Como?

- a. Não (prática inadequada/não realizou)
- b. TMAP (prática adequada)
- c. MP (prática adequada)
- d. Epi-no (prática adequada)
- e. Outra (realizou; porém não adequada)

Qual? _____

**Se a resposta for não ou outra que não TMAP, MP ou EPI-NO, pular para a pergunta de número 16.*

10, 11, e 12. A partir de que idade gestacional/quanto tempo de gestação?

	10. TMAP	11. MP	12. EPI-NO
A	<input type="checkbox"/> Assim que descobriu a gestação (até 13 semanas e 6 dias).	<input type="checkbox"/> Assim que descobriu a gestação (até 13 semanas e 6 dias).	<input type="checkbox"/> Assim que descobriu a gestação (até 13 semanas e 6 dias).
B	<input type="checkbox"/> Após o 1º trimestre (a partir de 14 semanas).	<input type="checkbox"/> Após o 1º trimestre (a partir de 14 semanas).	<input type="checkbox"/> Após o 1º trimestre (a partir de 14 semanas).
C	<input type="checkbox"/> Início do 3º trimestre (a partir de 32 semanas).	<input type="checkbox"/> Início do 3º trimestre (a partir de 32 semanas).	<input type="checkbox"/> Início do 3º trimestre (a partir de 32 semanas).
D	<input type="checkbox"/> A partir do termo (a partir de 37 semanas).	<input type="checkbox"/> A partir do termo (a partir de 37 semanas).	<input type="checkbox"/> A partir do termo (a partir de 37 semanas).

13, 14 e 15. Com que frequência?

	13. TMAP	14. MP	15. EPI-NO
A	<input type="checkbox"/> 1 vez por dia	<input type="checkbox"/> 1 vez por dia	<input type="checkbox"/> 1 vez por dia
B	<input type="checkbox"/> 2 ou mais vezes por dia	<input type="checkbox"/> 2 ou mais vezes por dia	<input type="checkbox"/> 2 ou mais vezes por dia
C	<input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes por semana
D	<input type="checkbox"/> 1 vez por semana	<input type="checkbox"/> 1 vez por semana	<input type="checkbox"/> 1 vez por semana

16. Você teria feito a preparação do assoalho pélvico/períneo para o parto a fim de evitar as lesões perineais (rasgos ou corte na vagina) caso tivesse recebido orientações sobre?

- a. Sim (atitude adequada/positiva)
- b. Não (atitude inadequada/negativa)
- c. Talvez (atitude adequada/positiva)

APÊNDICE G– DETALHAMENTO DAS BUSCAS NAS BASES DE DADOS

Na base de dados PubMed: Busca com as palavras-chaves *antenatal perineal massage*, resultou em 25 artigos. Desses, 9 foram excluídos por se tratarem de revisões; 2 por tratarem de comentários e cartas sobre estudos; 3 por serem estudos observacionais; 6 tratarem de outros temas. Dessa forma, restaram 6 artigos.

Ainda na mesma base de dados, a busca com as palavras-chaves *antenatal pelvic floor muscle training* resultou em 45 artigos. Desses, 5 foram excluídos por serem estudos observacionais; 6 por se tratarem de revisões; 3 por se tratarem de editoriais, comentários e cartas sobre estudos; 3 por terem sido realizados no período pós-parto; 1 por apresentar informações insuficientes; 2 por serem qualitativos; 18 por tratarem de outros temas. Assim, restaram 7 artigos.

Com as palavras-chaves *antenatal pelvic floor muscle exercise* a busca resultou em 46 artigos, destes 34 eram repetidos. Dos 12 artigos que não se repetiam, 4 foram excluídos por se tratarem de revisões; 1 por ser observacional; 1 por ser estudo quasi-experimental; 1 por ter sido realizado após o parto; 1 por ser comentário; e 2 por tratarem de outros temas. Restaram, portanto, 2 artigos.

Na mesma base de dados com a palavra-chave *Epi-no*, a busca resultou em 26 artigos. Foram eliminados 2 artigos por se tratarem de revisões; 6 por se tratarem de questionamentos e comentários sobre estudos; 3 por se tratarem de estudos observacionais; 2 por serem estudos quase-experimentais; 1 por ser estudo piloto; 8 por tratarem de outros temas. Finalizando com 4 artigos.

Já na base de dados Lilacs, com as palavras-chaves *antenatal perineal massage* foi encontrado 1 artigo que não era ECR. Com *antenatal pelvic floor muscle training*, foi encontrado 1 artigo, que foi incluído. Com *antenatal pelvic floor muscle exercise*, foi encontrado o mesmo artigo que o termo anterior. Com *Epi-no*, foram encontrados 22 artigos, desses 2 eram estudos observacionais, 7 eram comentários, 4 eram revisões, 1 era uma análise crítica, 1 era estudo quasi-experimental, 1 tratava de outro tema, 2 se repetiam; foram incluídos 4 artigos, sendo estes os mesmos incluídos da base de dados PubMed.

ANEXO A –PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE PUÉRPERAS SOBRE A PREPARAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO PARA O PARTO

Pesquisador: Jéssica Gondim

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80165717.9.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.423.549

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional transversal a ser realizado em uma maternidade pública de Fortaleza-Ce. A população amostral será composta por 600 puérperas alojadas nas enfermarias ou alojamentos conjuntos entre dezembro de 2017 e março de 2018. Os critérios de inclusão serão: puérperas que tenham passado por parto vaginal, que desejavam parto vaginal durante a gestação, que possuam idade acima de 14 anos. Os de exclusão:

estado grave, que não estejam em condições físicas e/ou psicológicas de responder às questões, casos de recém-nascidos que tenham nascido com idade gestacional menor que 34 semanas.

Os dados serão coletados por meio de instrumentos elaborados pelo(a) autor(a), quando da estadia das puérperas nas enfermarias e/ou alojamentos conjuntos na maternidade, através de consulta de prontuário e entrevista.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar Conhecimentos, Atitudes e Práticas de puérperas em relação à preparação do assoalho pélvico para o parto.

Objetivo Secundário:

Avaliar os conhecimentos de puérperas sobre o assoalho pélvico e sua preparação para o parto. Avaliar a atitude de puérperas sobre a preparação do assoalho pélvico para o parto. Avaliar as

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n	CEP: 60.430-270
Bairro: Rodolfo Teófilo	Município: FORTALEZA
UF: CE	E-mail: cepmeac@gmail.com
Telefone: (85)3366-8569	Fax: (85)3366-8528

Página 01 de 03

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.423.549

práticas de puérperas em relação à preparação do assoalho pélvico para o parto. Analisar os fatores associados ao conhecimento, atitude, prática adequados em relação à preparação do assoalho pélvico para o parto. Verificar a

frequência de lacerações perineais e seus graus, bem como a de episiotomia na amostra estudada. Comparar a associação de laceração perineal e/ou episiotomia entre primíparas e múltiparas. Analisar a associação entre a prática de preparação do assoalho pélvico para o parto e a frequência de laceração perineal e episiotomia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos: constrangimento durante a entrevista.

Benefícios: Contribuir com conhecimento para melhorar a assistência pré-natal e o preparo para o parto vaginal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem elaborada. Todos os componentes de um projeto estão descritos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão colocados.

Recomendações:

Aceitar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Concordamos com o relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1009842.pdf	10/11/2017 15:09:56		Aceito
Outros	TermoUtilizacaodosProntuarios.pdf	10/11/2017 11:25:47	Jéssica Gondim	Aceito
Outros	TermoDeCiencia.pdf	10/11/2017 11:22:36	Jéssica Gondim	Aceito
Outros	TermoFielDepositario.pdf	10/11/2017 11:19:56	Jéssica Gondim	Aceito
Outros	CartaDeAnuencia.pdf	10/11/2017 11:14:52	Jéssica Gondim	Aceito

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8569 Fax: (85)3366-8528 E-mail: cepmeac@gmail.com

Página 02 de 03

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
 ASSIS CHATEAUBRIAND DA
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.423.549

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	10/11/2017 11:12:01	Jéssica Gondim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	10/11/2017 11:09:35	Jéssica Gondim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/11/2017 11:07:54	Jéssica Gondim	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	10/11/2017 11:07:01	Jéssica Gondim	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10/11/2017 10:59:53	Jéssica Gondim	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoDePesquisadores.pdf	10/11/2017 10:52:37	Jéssica Gondim	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoAssinada.pdf	10/11/2017 10:45:31	Jéssica Gondim	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 07 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n**Bairro:** Rodolfo Teófilo**CEP:** 60.430-270**UF:** CE**Município:** FORTALEZA**Telefone:** (85)3366-8569**Fax:** (85)3366-8528**E-mail:** cepmeac@gmail.com