

ESCOLA DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA LTDA
FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA – FACENE

YASMIN SANTOS LOPES VIANA

**CARACTERIZAÇÃO MATERNO-INFANTIL DO PARTO NORMAL E A
OCORRÊNCIA OU NÃO DE TRAUMA PERINEAL**

JOÃO PESSOA

2021

YASMIN SANTOS LOPES VIANA

**CARACTERIZAÇÃO MATERNO-INFANTIL DO PARTO NORMAL E A
OCORRÊNCIA OU NÃO DE TRAUMA PERINEAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^a. Dra. Smalyanna Sgren da Costa Andrade

JOÃO PESSOA

2021

YASMIN SANTOS LOPES VIANA

**CARACTERIZAÇÃO MATERNO-INFANTIL DO PARTO NORMAL E A
OCORRÊNCIA OU NÃO DE TRAUMA PERINEAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado pela aluna YASMIN SANTOS LOPES VIANA, do Curso de Graduação em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores.

Aprovado em _____ de _____ de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Smalyanna Sgren da Costa Andrade
Orientadora (FACENE)

Prof^a Ma. Edna Samara Ribeiro César
(FACENE)

Prof^a Dra. Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro
(FACENE)

FICHA CATALOGRÁFICA

V668c Viana, Yasmin Santos Lopes

Caracterização Materno-Infantil do Parto Normal e a Ocorrência ou Não de Trauma Perineal / Yasmin Santos Lopes Viana. – João Pessoa, 2021.

44f.; il.

Orientadora: Prof^a. Dra. Smalyanna Sgren da Costa Andrade.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

1. Prevalência. 2. Ferimentos e Lesões. 3. Períneo. 4. Mulheres. 5. Enfermagem.

I. Título.

CDU: 618.2

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais, minha irmã e meu esposo que são os meus maiores incentivadores e por sempre estarem comigo me dando todo apoio nessa trajetória.

AGRADECIMENTOS

Hoje vivo uma realidade que parece um sonho, mas foi preciso muito esforço, determinação, paciência e perseverança para chegar até aqui, mesmo sabendo que não cheguei ao fim da estrada, mas há uma longa jornada pela frente. Eu jamais chegaria até aqui sozinha. Minha gratidão a todos aqueles que colaboraram para que este sonho pudesse ser concretizado.

Gratidão a Deus pelo dom da vida, pelo seu infinito amor e por ter permitido tamanha vitória em minha vida, sem Ele nada sou. Mesmo sem merecer, Deus tem me presenteado todos os dias. Ele também colocou pessoas maravilhosas em minha vida.

Agradeço aos meus pais Ana Lúcia dos Santos Lopes e Normando de Moraes Lopes, meus maiores exemplos. Obrigada por ter aberto as portas para o meu futuro e que muitas vezes sacrificaram seus sonhos em favor dos meus. Obrigada por cada incentivo e orientação, pelas orações em meu favor, pela preocupação para que estivesse sempre andando pelo caminho correto. Obrigada por estarem sempre ao meu lado, por me ajudarem a alcançar o tão sonhado sonho e ver o sorriso de satisfação e orgulho estampado em seus rostos é muito gratificante.

A minha irmã Graziella Santos Lopes por ser esta sempre ao meu lado, lutando junto comigo para tudo o que fosse preciso, esses anos de faculdade não seriam o mesmo sem você ao meu lado. Lembre-se sempre será eu e você, minha tão sonhada irmã. Obrigada por todo amor e carinho, sou chata às vezes, mas sabia que eu te amo.

Ao meu esposo Rafael Stallone Viana da Silva, por todo amor, carinho e paciência que tem me dedicado, por estar sempre orando por mim, me apoiando nas minhas decisões e por ser tão compreensivo. Estando sempre ao meu lado, seu apoio foi muito importante para a conclusão desta etapa. A você, o meu muito obrigada, mesmo ciente de quaisquer que sejam as palavras, jamais conseguirão expressar toda a minha admiração por ti. Amo-te!

Agradeço aos professores que sempre estiveram dispostos a ajudar a contribuir para um melhor aprendizado, em especial a minha professora e orientadora Smalyanna Sgren da Costa Andrade, pela aceitação do meu projeto, por dedicar-se do seu tempo para me orientar neste trabalho, tanto tem me inspirado para que eu me torne uma profissional melhor a cada dia. Quero expressar o meu reconhecimento e a admiração pela sua competência profissional. Obrigada pelos seus ensinamentos. Sempre grata a você. Enfim, palavras não vão decifrar a minha gratidão! "Porque para Deus nada é impossível!" Lucas 1:37.

RESUMO

O reconhecimento do aspecto materno-infantil da parturição e a sua relação com o trauma perineal pode trazer informações importantes ao campo da obstetrícia. Assim, este estudo tem como objetivo avaliar a prevalência do trauma perineal decorrente do parto normal. Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, que foi realizado com 308 mulheres de João Pessoa que vivenciaram o parto normal. O instrumento ocorreu através de um questionário *online* criado pela pesquisadora. A coleta de dados foi realizada no mês de agosto a novembro de 2021. A tabulação foi realizada por meio do *Microsoft® Office Excel*, versão 97-2003. A pesquisa foi aprovada conforme protocolo 239/2020, parecer 4.286.234 e CAAE n. 33486820.5.0000.5179. Sobre a caracterização sociodemográfica, a maioria das mulheres estava entre 25 e 30 anos (38,7%), cursou o ensino médio (55,5%), tem alguma ocupação remunerada (59,4%), católica (44,8%), parda (47,4%), vive com até dois salários mínimos (60%) e possui companheiro (84,7%). Sobre os hábitos de vida, maioria não fumante (87%), não etilista (58,7%) e sedentária (51,9%). Além disso, vale enfatizar um alerta preocupante sobre o cronograma das consultas de pré-natal em que 156 (50,6%) foram a menos de cinco consultas; 181 (58,7%) sendo primípara e 127 (41,3%) múltipara. A maioria das mulheres passou pela vivência do parto com a idade gestacional de 37 até 42 semanas (95,1%), sendo 224 (72,7%) com peso maior que 85 kg, apresentou 5 a 10 cm de dilatação na chegada do hospital (54%), estando em trabalho de parto entre 12-24h (44,2%), no momento do parto foi utilizado a posição sentada/reclinada (38,6%), sem nenhuma intervenção medicamentosa (49,7%), com rompimento espontâneo da bolsa (52,9%), sem episiotomia (72,7%) ou lacerações (50%) durante o trabalho de parto e que teve reparação do trauma perineal (53,3%). Grande parte das mulheres mencionaram ter seus filhos em hospital público (69,8%) onde foram atendidas durante o processo de trabalho de parto por médico (37,17%) e enfermeiro obstetra (31,19%), mencionaram não ter tido complicações durante o parto e/ou pós-parto imediato (50%), com o peso do bebê entre 2,500 g e 4.000g (80,8%), com altura entre 40 cm a 50 cm (88,22%) e perímetro cefálico de 30cm a 40cm (86,9%). Acredita-se que este estudo traz contribuições à área materno-neonatal, bem como aos profissionais de saúde, no sentido de refletir uma percepção aproximada da gestante durante o período pré-natal e possuir uma visão diferenciada sobre a mulher ao longo do processo parturitivo. O enfermeiro voltado ao parto humanizado pode trazer ao processo de trabalho de parto a inserção de boas práticas ou com posições que ajudam a evitar lacerações e violências obstétricas.

Palavras-chave: Prevalência. Ferimentos e Lesões. Períneo. Mulheres. Enfermagem.

ABSTRACT

The recognition of the maternal-infant aspect of parturition and its relationship with perineal trauma can provide important information to the field of obstetrics. Thus, this study aims to assess the prevalence of perineal trauma resulting from vaginal birth. This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, which was carried out with 308 women from João Pessoa who experienced vaginal birth. The instrument took place through an online questionnaire created by the researcher. Data collection was carried out from August to November 2021. Tabulation was performed using Microsoft® Office Excel, version 97-2003. The research was approved according to protocol 239/2020, opinion 4,286,234 and CAAE n. 33486820.5.0000.5179. Regarding sociodemographic characteristics, most women were between 25 and 30 years old (38.7%), attended high school (55.5%), had some paid occupation (59.4%), Catholic (44.8%), brown (47.4%), lives with up to two minimum wages (60%) and has a partner (84.7%). Regarding lifestyle, most were non-smokers (87%), non-drinkers (58.7%) and sedentary (51.9%). In addition, it is worth emphasizing a worrying warning about the schedule of prenatal consultations in which 156 (50.6%) attended less than five consultations; 181 (58.7%) being primipara and 127 (41.3%) multipara. Most women went through the experience of childbirth with a gestational age of 37 to 42 weeks (95.1%), 224 (72.7%) weighing more than 85 kg, presented 5 to 10 cm of dilatation at the arrival of the hospital (54%), being in labor between 12-24h (44.2%), at the time of delivery, the sitting/reclining position (38.6%) was used, without any medication intervention (49.7%), with spontaneous rupture of the pouch (52.9%), without episiotomy (72.7%) or lacerations (50%) during labor and who had repair of the perineal trauma (53.3%). Most of the women mentioned having their children in a public hospital (69.8%) where they were attended during the labor process by a doctor (37.17%) and an obstetric nurse (31.19%), they mentioned that they had no complications during delivery and/or immediate postpartum (50%), with the baby's weight between 2,500 g and 4,000 g (80.8%), with height between 40 cm to 50 cm (88.22%) and head circumference of 30cm to 40cm (86.9%). It is believed that this study brings contributions to the maternal-neonatal area, as well as to health professionals, in the sense of reflecting an approximate perception of the pregnant woman during the prenatal period and having a different view of the woman throughout the birth process. The nurse focused on humanized childbirth can bring to the labor process the insertion of good practices or positions that help to prevent lacerations and obstetric violence.

Keywords: Prevalence. Wounds and Injuries. Perineum. Women. Nursing.

LISTA DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSMI	Programa Nacional de Saúde Materno- Infantil
DINSAMI	Divisão Nacional à Saúde da Mulher e da Criança
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
SUS	Sistema Único de Saúde
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
CPN	Centros de Parto Normal
RDS	Respondent Driven Sampling
SPSS	Statistics Package for the Social Sciences

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Informações gestacionais e pré-parto das mulheres que tiveram a experiência do parto via vaginal.....22
- Tabela 2:** Aspectos relacionados ao trabalho de parto, intervenções e ocorrência de traumas perineais entre mulheres que tiveram a experiência do parto via vaginal.....23
- Tabela 3:** Rede de atenção, complicações no parto e características do neonato.....24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.2 OBJETIVOS	14
1.2.1 Objetivo Geral	14
1.2.3 Objetivos Específicos	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AO PARTO NORMAL	15
2.2 PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO	16
3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	18
3.1 TIPO DE ESTUDO	18
3.2 LOCAL DA PESQUISA	18
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	19
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS	20
3.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DOS DADOS	20
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	20
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	20
3.7.1 Riscos e Benefícios	21
4 RESULTADOS	22
5 DISCUSSÃO	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICES	37

1 INTRODUÇÃO

A gravidez simboliza uma das fases mais importantes para as mulheres ainda que o parto, como episódio fisiológico, representa o ápice dos fenômenos psicoemocionais, tanto da mulher, quanto do parceiro e seus familiares. O parto normal possui alguns benefícios, tanto para a mãe quanto para a criança, como reabilitação mais rápida, ausência de dor no período pós-parto, alta precoce, menor risco de hemorragia e infecções (BRASIL, 2016).

Durante o parto normal, podem ocorrer os traumas perineais que pode ser decorrentes de inúmeros fatores: como a rigidez dos tecidos perineais, o processamento rápido da etapa expulsiva, o tamanho do feto, quando a saída pélvica não permite uma boa adaptação da cabeça fetal com a sínfise púbica, e ainda quando o parto se processa em posições insatisfatórias. Os traumas perineais podem acontecer sob a forma de laceração ou episiotomia (CARNEIRO *et al.*, 2017).

No Mundo, especificamente em Taiwan, foi realizado um estudo com 1.879 mulheres submetidas a partos vaginais com episiotomia cuja prevalência foi de 10,9%. Já no Brasil, os índices de episiotomia ainda se mantêm elevados, chegando a 45,7% em muitos casos por motivos de cultura. No Ceará, em estudo realizado com 423 mulheres encontrou-se uma prevalência de lacerações perineais em 55% das pacientes submetidas a parto vaginal destas, 52,5% foram leve (primeiro e segundo grau) e 2,5% foram graves (terceiro e quarto grau) (AGUIAR *et al.*, 2019).

No que tange a laceração perineal, ela é uma lesão de continuidade de tecidos vulvovaginais e perineais, com extensão e profundidade de amplitudes diferentes que pode atingir mucosa, pele e músculos envolvendo em relação a estrutura anatômica feminina. As lacerações podem ser classificadas em quatro graus: a de primeiro grau atinge a pele ou mucosas, já na de segundo grau, feixes musculares e também alguma solução de continuidade e na de terceiro grau é quando atinge o esfíncter anal. Em alguns casos ocorre a lesão envolvendo a mucosa retal e é considerada de quarto grau (CAROCIL *et al.*, 2016).

Sob esta ótica, o trauma perineal no decorrer do parto normal tem impacto sobre a mulher trazendo como principais morbidades decorrentes, o sangramento, infecção, dor e outras possíveis consequências que podem ser evitadas como, por exemplo, a fístula retal que geralmente ocorre na laceração de 3º grau, incontinência urinária, edema entre outros (TESSER, 2015; FERREIRA *et al.*, 2018).

Em relação à episiotomia, ela consiste em um alargamento do períneo, realizado por incisão cirúrgica durante o período expulsivo, feito com lâmina de bisturi ou tesoura,

necessitando de sutura para sua correção. É considerada uma violência obstétrica quando é realizada sem necessidade e sem consentimento da parturiente isso porque é uma mutilação genital que agride a integridade e autonomia das mulheres e a recuperação do corte é muito incômoda e dolorosa. Essa prática tem sido apontada como uma forma de desumanização do parto (TESSER, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde conceitua a atenção humanizada como um conjunto que envolve conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e dos nascimentos saudáveis e a prevenção materna e perinatal. Iniciando no pré-natal e procurando garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia. Cada mulher tendo a liberdade de escolher a posição a ser adotada quando está parindo, qual se torna mais confortável para a puérpera (BRASIL, 2011).

Durante o pré-natal é orientado a gestante, enquanto função do enfermeiro, sobre a evolução da dilatação e do trabalho de parto, ensinando condutas a serem tomadas, como técnicas respiratórias a cada contração e relaxamento dos intervalos. Ações que podem diminuir intervenções desnecessárias, além de favorecer a parturiente no processo de parto (SANTOS *et al.*, 2018).

Além disso, é importante que a equipe multidisciplinar composta durante o parto seja capaz de prevenir o trauma perineal, e o médico e enfermeiro do setor obstétrico possam avaliar e reparar tal lesão, assegurando os tecidos vulvovaginais e perineais e suas estruturas envolvidas sejam reparadas corretamente, com técnica correta para promover a cicatrização (SANTOS *et al.*, 2017).

A enfermeira tem o papel de prestar assistência adequada e de qualidade, por isso sempre está acolhendo a mulher, proporcionando segurança, reconhecendo manifestações que possam indicar alguma irregularidade, criando um ambiente de cuidado e conforto tanto para a parturiente como para a família. A enfermeira-obstetra tem um papel relevante no que tange a humanização durante o processo de nascimento. Portanto, a atuação da enfermeira no processo de parturição é considerada como uma possibilidade de redução da morbimortalidade materna e perinatal (NETO *et al.*, 2018; MATOS, 2017).

Para tanto, considerando a importância da enfermagem no campo materno-infantil e da avaliação de injúrias perineais decorrentes de partos via vaginal em qualquer localização geográfica, surgiu a necessidade de averiguação destas intercorrências entre as puérperas residentes no município de João Pessoa, por se tratar da cidade de atuação da pesquisadora.

Assim, baseado nas repercussões relacionadas ao trauma perineal, nos índices epidemiológicos sobre esta problemática, bem como compreendendo a influência da equipe e a importância do preparo pré-natal e saberes da parturiente sobre o processo de parto, este estudo foi norteado pelo seguinte questionamento: quais os aspectos materno-neonatais da partição e ocorrência de traumas perineais em mulheres residentes em região metropolitana?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a prevalência do trauma perineal decorrente do parto normal entre puérperas residentes na capital paraibana.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Apontar a caracterização sócio demográfica, hábitos de vida, histórico sexual/reprodutivo das mulheres;

- Verificar a ocorrência de trauma perineal e fatores de risco às lesões.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AO PARTO NORMAL

Os acontecimentos históricos no Brasil ligados às sessões de humanização assistencial ocorridos no passado tiveram a interferência da Igreja Católica. Com o decreto da Igreja, durante o parto normal, acreditavam que o sofrimento era um propósito ou vontade divina, portanto, era impossibilitada qualquer ajuda que pudesse aliviar os riscos e as dores no parto. A partir do Século XX houve diretamente a participação e a aplicação da ordem efetivada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), elegendo o médico como o agente principal na assistência ao parto humanizado com o objetivo de monitorar o processo fisiológico do parto (MENDONÇA, 2015).

O acesso ao parto normal dentro do hospital foi indispensável relacionado a amplificação no saber médico, o que gerou em torno da parturiente a medicalização do seu corpo na contramão de um parto hipermedicalizado, sugerindo diversos movimentos referente a defesa de um parto normal. Em direção o Ministério da Saúde, criou entre 1974 a 1978 o Programa Nacional de Saúde Materno- Infantil (PNSMI) que tinha como o intuito fundamental suprir as necessidades relacionadas à gravidez e ao parto. Este programa viabilizou a mulher somente na sua função biológica e social. Era um programa isolado dos demais e não tinha articulação com ações do governo (AYRES et al., 2016).

Em 1983, através da Divisão Nacional à Saúde da Mulher e da Criança (DINSAMI), foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISM) objetivando a melhorias voltada a saúde da mulher e da criança, ampliando a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde. Posteriormente o PAISM foi ajustado em dois programas específicos: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (BRASIL, 2011).

Os programas PAISM e PAISC foram desenvolvidos como resolução de reposta ao setor da saúde em relação aos agravos recorrentes do grande grupo populacional, intitulado o principal objetivo diminuir a morbimortalidade infantil e materna e, além disso, englobar melhorias na saúde por meio o aumento da cobertura e a capacidade resolutiva dos serviços conforme a Constituição Federal e o Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza (LEAL *et al.*, 2015).

As principais ações relacionadas ao PAISM e PAISC são para o PAISM: assistência pré-natal; prevenção da mortalidade materna; doenças sexualmente transmissíveis; assistência

ao parto e puerpério; planejamento familiar; controle do câncer ginecológico e mamário; promoção ao parto normal. Já para o PAISC: crescimento e desenvolvimento; controle das diarreias e desidratação; controle das infecções respiratórias agudas (IRA); prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso; prevenção de acidentes e intoxicações; assistência ao recém-nascido (BRASIL, 2004).

2.2 PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, objetivando que estejam assegurados a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade de acompanhamento pré-natal, da assistência ao pré- parto até o momento do parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, visando a redução do índice de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2000).

É intitulada a necessidade de ampliação no acesso ao pré-natal, o estabelecimento de procedimentos e ações, na qual é indispensável para esse acompanhamento, e a ascensão do vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto. A assentar a medida ministerial, na instituição das portarias do PHPN, divulga uma nova citação de humanização como um novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto. A humanização da assistência da PHPN é homologada como a principal estratégia, seguida das informações conceituais sobre humanização.

A Humanização voltada a Assistência Obstétrica e Neonatal tem como o ensejo o acompanhamento adequado durante o parto e o puerpério, e é subentendida como pelo menos dois aspectos sendo o primeiro a convicção que é dever das unidades de saúde receber com respeito e dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido requisitando atitude ética e solidária através dos profissionais de saúde e a instituição e o segundo refere-se a adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, restringindo qualquer prática intervencionista desnecessária onde não beneficia a puérpera e nem o recém-nascido apenas acarretando maiores riscos para ambos (BRASIL, 2014).

Em 2011, foi efetivada a Rede Cegonha com o intuito proporcionar melhoria a saúde, qualidade de vida e bem-estar às mulheres durante o período gestacional, parto, puerpério e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. Ela tem uma nova visão de sistematizar e institucionalizar um novo modelo de parto e ao nascimento que vem sendo abordado no Brasil desde a década de 1980, com base no pioneirismo e nas experiências de

médicos e enfermeiras obstetras e neonatais, obstetrites, doulas, parteiras entre outros (BRASIL, 2011).

Na Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013, entre algumas ações da rede, relata a implementação de Centros de Parto Normal (CPN), em que toda mulher é acompanhada por enfermeira obstetra, em um ambiente onde possa ter poder de suas decisões e escolhas como, por exemplo, se montar livremente, ter acesso a métodos não farmacológicos de alívio a dor. A CPN funciona como um conjunto de humanização nas maternidades durante o parto com a intenção de favorecer as gestantes um ambiente adequado, privativo e além de tudo um atendimento centrado na mulher e na família (BRASIL, 2015).

A humanização de assistência à saúde da parturiente vem sendo referida na perspectiva de objetivar o processo de parir e nascer com um contexto de promoção à saúde da puérpera e de seu recém-nascido. A assistência dá destaque a importância de garantir que em um momento único, como o parto seja vivenciado de forma única, positiva e enriquecedora com o intuito de resgatar o contato humano onde é preciso ouvir, acolher, explicar, criar vínculo é ponto de partida importante quanto ao cuidado físico e emocional, realizando procedimentos comprovadamente benéficos, a redução de medidas intervencionista, a privacidade, o respeito e a autonomia da parturiente (POSSATI *et al.*, 2017).

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva detalha os acontecimentos de uma realidade específica, buscando correspondência entre o objeto de estudo e suas variáveis e requer do pesquisador uma coletânea de dados sobre o que se deseja estudar (LACERDA, 2016).

É um estudo onde expõe um agente ou causa presente ao efeito no mesmo intervalo de tempo analisado. O estudo transversal é voltado a descrever um fenômeno em um momento não definido, apenas representado pela presença da doença, assim sendo, não havendo necessidade de saber o tempo de exposição. Conseqüentemente é um modelo onde expõe de forma instantânea a população por meio de uma amostragem, examinando-se nos integrantes da casuística ou amostra, a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência do efeito (ou doença). Possui como principais vantagens o fato de serem de baixo custo, e por praticamente não haver perdas de seguimento (CAMPANA, 2001; HADDAD, 2004; BAILAR, 1994).

A abordagem quantitativa consiste na quantificação dos dados. Os achados se configuram como uma exposição fiel da população-alvo da pesquisa, uma vez que as amostras são na maioria das vezes bem representativas. É uma pesquisa bastante objetiva pautada pelo positivismo e que julga que o fato entendido é baseado na investigação dos achados brutos, auxiliados por instrumentos padronizados (LACERDA, 2016).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo aconteceu em ambiente virtual. O questionário *online* (*Google Forms*) foi encaminhado via aplicativo de mensagens instantâneas a um grupo virtual de gestantes/puérperas inseridas em um projeto de extensão da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, que será o ponto de partida para envio das mensagens, ou seja, o projeto de extensão foi utilizado para dar início à pesquisa. Além disso, as mulheres foram estimuladas a encaminhar o *link* do questionário para outras participantes que já tinham experiência do parto normal. Desse modo, pretendeu-se atingir as mulheres que residiam em João Pessoa.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população-alvo deste estudo foi composta por mulheres que passaram pela experiência do parto vaginal, conforme os seguintes critérios:

Ø Critérios de inclusão: ter vivenciado o parto normal nos últimos cinco anos, ter tido ou não algum trauma perineal e ser escolarizada. Importa salientar que se a mulher teve mais de um filho no decorrer de cinco anos, as respostas serão sinalizadas para que ela considere os dados neonatais daquele em que ocorreu o trauma perineal. Caso tenha acontecido mais de uma vez, ela deve considerar o último filho.

Ø Critérios de exclusão: menores de idade, pois para responder ao questionário precisaria de termo de consentimento do responsável, o que não é possível verificar em ambiente virtual e aquelas residentes em outros municípios.

Ø Critérios de descontinuidade: aquelas mulheres que enviarem e-mail, solicitando a desistência, automaticamente seriam excluídas da pesquisa, sendo o seu e-mail a única forma de identificação, pois pelo formulário, via *smartphone*, ter-se-iam acesso ao e-mail cadastrado na conta do dispositivo.

De acordo com o IBGE, a quantidade de gestantes foi calculada por meio de Estatísticas do Registro Civil. No momento da geração da amostra, a população de João Pessoa apresentava 14.950 puérperas (IBGE, 2018). O nível de confiança foi de 95%, com margem de erro de 5%, ou seja, $\alpha = 0,05$ ($z = 1,96$). Considerando que o Brasil apresentava 55% de cesarianas, ou seja, 45% de partos via vaginal em todos os países (FEBRASGO, 2018), bem como se atentando aos dados dos indicadores de saúde materna e neonatal, mais precisamente o percentual de parto vaginal do município de João Pessoa como 9.08% (ANS, 2019), admitiu-se que as pesquisadas poderiam ser usuárias tanto do sistema público quanto privado, e a proporção estimada foi a média entre os dois valores, ficando $p = 0,27$. A amostra probabilística foi calculada em 297 mulheres de João Pessoa que poderiam ter como experiência o parto via vaginal, entretanto participaram 308 mulheres, até o momento final determinado para o período de coleta dos dados.

O p significa a quantidade de acerto esperado em percentual, também chamada de proporção amostral de sucesso. É a proporção da variável-desfecho do estudo. Costuma-se empregar uma margem de erro entre 5% e 10%. Sobre o z , ele significa o percentil que reflete o grau de confiabilidade sobre o erro máximo. Para a área da saúde, costuma-se utilizar $\alpha = 0,05$. Isso resulta em $z = 1,96$.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para a coleta de dados dessa pesquisa sucedeu-se através de um questionário com 34 perguntas (Apêndice C) criado pela pesquisadora Caracterização Materno-Infantil do Parto Normal e a Ocorrência ou Não de Trauma Perineal.

O instrumento supracitado foi composto de duas partes: a) variáveis sobre caracterização sócia demográfica: idade, etnia, escolaridade; b) Características sexuais, reprodutivas e condições do Parto: Posição, Tamanho do Feto e da Parturiente, paridade.

3.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta dos dados ocorreu em ambiente virtual *online* após encaminhamento e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, seguindo os trâmites determinados pela Plataforma Brasil.

O instrumento foi aplicado por mulheres, por meio da técnica *Respondent Driven Sampling* (RDS) durante o mês de agosto a novembro de 2021. O RDS é um método matemático utilizado para obter estimativa séria nos estudos voltados à população de difícil acesso, ou cujo próprio pesquisador pode recrutar outros indivíduos (HECKATHORN, 1997).

A coleta ocorreu seguindo os passos: a) Solicitação da inserção do link de acesso às coordenadoras do projeto de extensão universitária da FACENE voltada ao público-alvo; b) Questionário *online* através do *Google Forms* e tiveram o Termo de Consentimento de Livre e Esclarecido (APÊNDICE A); c) incentivo à disseminação do link às mulheres na mesma condição da participante.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

A tabulação dos dados ocorreu por meio do programa *Microsoft Office Excel*®, versão 97-2003, para *Windows* 10. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas, contendo frequência absoluta e percentual.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisadora responsável se comprometeu a cumprir as disposições legais em relação à pesquisa envolvendo seres humanos (APÊNDICE B).

A pesquisa foi realizada conforme disposições da:

a) Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

b) Resolução 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem que versa sobre o código de ética dos profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017).

c) Embora tenha sido aprovado em 2020, cabe mencionar que esse estudo seguiu as recomendações das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde – CNS – nº 466 de 2012 e a de nº 510 de 2016.

A pesquisa foi aprovada conforme protocolo 239/2020, parecer 4.286.234 e CAAE n. 33486820.5.0000.5179.

3.7.1 Riscos e benefícios da pesquisa

A presente pesquisa não possui riscos previsíveis, contudo pode haver algum tipo de constrangimento em responder às questões de natureza íntima. Para sanar esse possível desconforto, foi enviado um e-mail com cópia das respostas para o e-mail pessoal da participante logada no *smartphone* e uma mensagem de agradecimento por contribuir com a evolução científica. Não houve perguntas que pudessem identificar a participante e o perfil conforme os objetivos foram mantidos em sigilo.

Já os benefícios do estudo referenciam um diagnóstico situacional sobre a laceração e episiotomia em parturientes, fornecendo contribuições para a implantação de métodos futuros que refinem o nível de conhecimento sobre o assunto entre a população-alvo e os profissionais da área de saúde.

4 RESULTADOS

Sobre a caracterização sócio demográfica, a maioria das mulheres estava entre 25 e 30 anos (38,7%), cursou o ensino médio (55,5%), tem alguma ocupação remunerada (59,4%), católica (44,8%), parda (47,4%), vive com até dois salários mínimos (60%) e possui companheiro (84,7%). Sobre os hábitos de vida, maioria não fumante (87%), não etilista (58,7%) e sedentário (51,9%).

As mulheres apresentaram em sua maioria menos de cinco consultas de pré-natal, sendo primíparas, com trabalho de parto a termo, com peso de mais de 85 kg anterior à gestação, de altura mediana, sem morbidade específica da gestação (Tabela 1).

Tabela 1: Informações gestacionais e pré-parto das mulheres que tiveram a experiência do parto via vaginal. João Pessoa, Paraíba, Brasil. (n=308).

Variáveis	f	%
Número de consultas pré-natal (N= 308)		
≤5 consultas	156	50,6
≥6 consultas	152	49,4
Paridade (N= 308)		
Primípara	181	58,7
Múltipara	127	41,3
Idade gestacional em trabalho de parto (N=302)¹		
≤36 semanas	9	3
37 até 42 semanas	293	95,1
>42 semanas	6	1,9
Peso materno (Kg) no momento do parto (N= 308)		
Não lembra	5	1,6
45-65	26	8,4
66-75	26	8,4
76-85	20	6,4
>85	224	72,7
Não identificados	7	2,5
Altura da mãe (N= 97) ²		
<1,50m	7	7,2
1,50 e 1,70m	69	71,1
>1,71m	21	21,7
Pressão Alta ou Diabetes na Gestação (N= 308)		
Sem pressão alta ou diabetes	202	65,5
Somente Pressão Alta	68	22,0
Somente Diabetes Gestacional	26	8,7
Pressão alta e Diabetes Gestacional	12	3,8

Fonte: pesquisa direta, 2021. ¹ Seis participantes deixaram a resposta incompreensível. ² Do total de participantes, 210 não responderam a esse questionamento.

Na tabela 2 é possível identificar que as mulheres em sua maioria apresentaram 5 a 10 cm de dilatação na chegada do hospital (54%), estando em trabalho de parto entre 12-24h (44,2%), no momento do parto ter utilizado a posição sentada/reclinada (38,6%), sem nenhuma intervenção medicamentosa, mencionou que sua bolsa rompeu espontaneamente (52,9%), sem episiotomia (72,7%) ou laceração (50%) durante o trabalho de parto e que teve reparação do trauma perineal (53,3%).

Tabela 2. Aspecto relacionado ao trabalho de parto, intervenções e ocorrência de traumas perineais entre mulheres que tiveram a experiência do parto via vaginal. João Pessoa, Paraíba, Brasil. (n=308).

Variáveis	f	%
Dilatação (cm) na chegada (N= 308)		
Em domicílio	15	4,9
Sem dilatação	6	1,9
1 a 4 cm	108	35
5 a 10 cm	165	54
Não lembra	14	4,2
Horas em trabalho de parto (N= 308)		
Menos de 12h	122	39,6
Entre 12-24h	136	44,2
Mais de 24h	50	16,2
Posição no momento do parto (N=391)¹		
Sentada/reclinada	151	38,6
Litotômica	84	21,4
Deitada de lado	53	13,55
De cócoras	42	10,7
De quatro	36	9,2
Na banheira	20	5,1
De pé	5	1,9
Intervenções (N= 308)		
Sem medicamentos	153	49,7
Uso de instrumento (fórceps ou vácuo extrator)	105	34,1
Com uso de soro (Ocitocina)	39	12,7
Com uso de comprimido vaginal (Misoprostol)	11	3,6
Rompimento da bolsa (N= 308)		
Espontâneo	163	52,9
Amniotomia	115	37,3
Não sabe informar	30	9,7
Episiotomia (N= 308)		
Não	224	72,7
Sim (com consentimento)	70	22,7
Sim (não informada)	14	4,5

Laceração (N= 308)		
Não	154	50
1º grau	41	13,3
2º grau	47	15,3
3º grau	15	4,9
4º grau	10	3,2
Sim, sem especificação	41	13,3
Reparação do trauma perineal (N= 308)		
Sim	164	53,3
Não	53	17,2
Sem trauma perineal	91	29,5

Fonte: pesquisa direta, 2021. ¹ Variável de múltiplas respostas.

Grande parte das mulheres mencionaram ter seus filhos em hospital público (69,8%) onde foram atendidas durante o processo de trabalho de parto por médico (37,17%) e enfermeiro obstetra (31,19%), mencionaram não ter tido complicações durante o parto e/ou pós-parto imediato (50%) com o peso dos bebês de mais 2,500 g e menos de 4.000g (80,8%), com altura entre 40 cm a 50 cm (88,22%) e no perímetro cefálico de 30cm a 40cm (86,9%). (Tabela 3).

Tabela 3. Rede de atenção, complicações no parto e características do neonato. João Pessoa, Paraíba, Brasil. (n=308).

Variáveis	f	%
Local de parto		
Hospital público	215	69,8
Hospital privado	75	24,4
Domicílio	18	5,8
Profissional que atendeu o parto (N=686)¹		
Médico	255	37,17
Enfermeiro obstetra	214	31,19
Auxiliar/técnico de enfermagem	82	11,95
Enfermeiro generalista	81	11,80
Estudante	25	3,6
Parteira	24	3,4
Fisioterapeuta	3	0,4
Acompanhante	1	0,1
Domicílio	1	0,1
Complicação no parto e/ou pós-parto imediato (N= 350)¹		
Sem complicações	175	50
Atonia uterina/Hemorragia pós-parto	57	16,2
Período expulsivo prolongado	52	14,8
Distocia de ombro	22	6,2
Placenta retida	21	6,0
Laceração do colo	11	3,1
Prolapso de cordão	9	2,5

Edema de colo	1	0,2
Outro ²	2	1,0
Peso do bebê (N= 308)		
Menor de 2,500 g	39	12,7
2,500 g e 4.000 g	249	80,8
>4.000 g	20	6,5
Altura do bebê (N= 303)		
Não sabe	1	0,3
Menor de 40 cm	5	1,6
40 cm e 50 cm	267	88,22
Acima de 50 cm	30	9,9
Perímetro cefálico (N= 275)²		
Não consta no cartão	25	9,0
Menor de 30 cm	7	2,5
30 cm e 40 cm	239	86,9
Mais de 40 cm	4	1,6

Fonte: pesquisa direta, 2021. ¹ Múltiplas respostas, pois relatam que mais de um profissional de saúde participou do parto ² Do total de participantes, 33 não responderam a esse questionamento.

5 DISCUSSÃO

A caracterização sócio demográfica das mulheres deste estudo se assemelha a escolaridade, paridade e situação conjugal, mas é dissonante em relação à ocupação, quando comparada à pesquisa realizada no Ceará, em que a idade média das primíparas foi de 21,49 anos (DP = 5,33 anos), em relação à ocupação, a maioria não possuía emprego remunerado, sendo 69,8% de primíparas, com maior frequência de donas de casa e estudantes. Quanto ao estado civil, 46,5% relataram ter relação conjugal, enquanto 36,7% eram solteiras. Uma grande porcentagem das mulheres tinha o ensino médio completo (41,6%) (SOUZA *et al.*, 2020).

Estudos sobre parto vaginal identificaram perfis diversos. Em São Paulo, foi identificado que a idade média das mulheres foi de 27, 28 anos (DP± 5,3) tendo predomínio da faixa etária de 20 a 30 anos. Além disso, a maioria se autodeclarou branca com ensino superior completo, exerciam trabalho remunerado, possuíam parceria fixa, primigesta com média de 1,5 gestações por mulher (LOPES *et al.*, 2019). Na Bahia, a faixa etária foi semelhante, discordante na etnia e escolaridade, sendo maioria negra com ensino médio. Quanto às características obstétricas, 64,2% realizaram entre 6 ou mais consultas de pré-natal, 63% eram primíparas e 79,5% tiveram recém-nascidos a termo (FERREIRA *et al.*, 2018).

As mulheres primíparas têm uma ligação violência obstétricas voltada à idade, adolescentes que engravidaram durante o período da sua juventude, mulheres pobres, negras, sem pré-natal ou sem acompanhante, profissionais do sexo, usuárias de drogas, vivendo em situação de rua ou encarceramento estão mais propícias a sofrerem negligência durante o parto e omissão de socorro. Já a multiparidade, mulheres de baixa renda sofrem violência obstétrica verbal cujas falas são arraigadas de preconceito por terem outros filhos, além de se questionarem se será o último filho da gestante, mas sem orientação contraceptiva que a auxilie no planejamento reprodutivo (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Um pouco mais da metade das mulheres dessa pesquisa tiveram menos de cinco consultas de pré-natal. Pesquisa no sul do Brasil afirma que o pré-natal possui influência sobre a preparação para o parto em que se verificou a importância de receber instrução para o parto e o quantitativo de consultas pré-natais realizadas ($p=0,028$). Obter orientação para o parto e o intervalo entre a última consulta de pré-natal e o parto também apresentou significância estatística ($p=0,002$). Mulheres que passaram por um intervalo de até 15 dias entre a última consulta pré-natal e o parto possuem mais conhecimentos para o mesmo

(80,8%). Também houve significância estatística entre a adequação do pré-natal e o recebimento de orientação para o parto ($p=0,024$) (GONÇALVES *et al.*, 2017).

A maioria das mulheres dessa pesquisa estava com peso maior que 85 kg, sendo também maioria na estatura mediana. Um estudo publicado na década de 80 aponta a relação da obesidade com a gravidez e possibilidades de morbidades para mãe e o bebê. Os resultados demonstraram que gestantes obesas têm um maior índice de patologias durante o período gestacional do que as com peso adequado, o que indica o aumento do risco gravídico. Além disso, apresentaram evidências no alto risco fetal, pois os filhos das gestantes obesas estão expostos a um elevado número de perdas fetais ou em razão da alta incidência de peso inadequado ao nascer ($< 2.500g$ e $> 4.000g$) (TANAKA, 1981).

Conforme o mesmo estudo realizado por Tanaka (1981) fica evidente pelo elevado coeficiente de mortalidade perinatal uma maior incidência de prematuridade, tendo em vista o ganho de peso insuficiente durante a gravidez, pois a restrição alimentar da gestante, ocasionado pelo receio de engordar ainda mais traz prejuízo de crescimento fetal (menor peso ao nascer) quando a grávida ganha menos de 8 Kg durante o período gestacional e peso pré-gestacional. Isso parece ser uma variável muito importante como meio de prognóstico de crescimento e desenvolvimento intrauterino.

Quando se trata de morbidades associadas à gestação, este estudo identificou ausência de doenças prevalentes na gravidez, embora tenha havido uma proporção considerável de mulheres que apontaram terem tido hipertensão (Tabela 1). As síndromes hipertensivas da gestação têm sido a primeira causa de mortalidade materna no Brasil, sendo o diagnóstico precoce um fator indispensável ao aumento das chances de sobrevivência perinatais para a mãe e o bebê (LOPES *et al.*, 2019).

Na tabela 2, foi possível identificar que a maioria das mulheres deu entrada no hospital na fase ativa do trabalho de parto com duração de até 24h, em posição sentada, seguida da litotomia. Embora, tenha havido maior relato de ausência de intervenções, cabe destacar o uso de instrumentos para abreviação do trabalho de parto, como fórceps e vácuo extrator.

As recomendações é que a internação seja realizada com mensuração da dilatação maior de 4 cm, no sentido de evitar intervenções desnecessárias (BRASIL, 2017). Em São Paulo, a média de dilatação do colo uterino na admissão foi 5,6 cm ($dp=2,4$). Intervenções como amniotomia e administração de ocitocina foram usadas excepcionalmente, ocorrendo em 6,5% e 6,3% dos casos. Cabe mencionar que durante o período expulsivo, em relação à posição no parto, quase um terço das mulheres pariu na posição semi-sentada, seguida das posições de cócoras, sentada e quatro apoios. O parto na água (banheira) aconteceu 32,4% dos

casos; entretanto, os partos ocorreram em diversos lugares do quarto (cama de parto, colchonete ou lençol sobre o piso, banqueta de parto, chuveiro) (LOPES *et al.*, 2019).

Pesquisa realizada no Rio de Janeiro com 1.728 parturientes mostrou que a posição semi-reclinada foi a posição mais frequente, adotada por 53,1%. Além disso, 42,8% das mulheres preferiram a posição vertical, enquanto 57,2% preferiram a posição semi-reclinada (REIS *et al.*, 2019). O parto na água parece reduzir significativamente as chances de lacerações de 3º e 4º graus (CAMARGO; GRANDE, 2019).

A Maternidade de Referência de Fortaleza evidenciou, sobre a variável parto que 90,7% primíparas não apresentaram parto induzido, 6,2% usaram misoprostol e 21,7% usaram ocitocina durante a dilatação e/ou expulsão. Quanto às amniotomias, 24,3% primíparas foram submetidas a esse procedimento, sendo mais frequente na dilatação do colo do útero de 9 cm e 10 cm 6,2% para ambas. Métodos não farmacêuticos para aliviar a dor durante o trabalho de parto foram usados em 92% das mulheres. Os que mais usavam foram tomar banho e 'outros' que incluíam métodos como respiração consciente, deambulação, exercícios pélvicos e semi-escuridão (SOUZA *et al.*, 2020).

O rompimento espontâneo da bolsa ocorreu na maioria dos casos, embora tenha havido número considerável de amniotomia, assim como episiotomia com consentimento. As lacerações de segundo grau foram as mais prevalentes e houve reparação em mais da metade das mulheres que sofreram algum trauma perineal (Tabela 2). No decorrer do processo de trabalho de parto, a uma porcentagem de maior número de mulheres que sofrem algum tipo de trauma perineal, pode ser decorrente de lacerações espontâneas ou da realização da episiotomia. O ocorrido pode ser ocasionado por dois fatores: fetais e obstétricos, envolvendo a própria episiotomia, muitas vezes utilizadas pelos médicos ou enfermeiros obstetras com o propósito de evitar lacerações espontâneas. A execução de boas práticas durante o parto contribui para a prevenção de traumas perineais (CARNEIRO *et al.*, 2017).

Entre janeiro de 2016 a junho de 2017, foi feito um estudo com 415 mulheres em um centro de parto chamado *Casa Ângela* no município de São Paulo, o parto vaginal foi visto como um verdadeiro aliado na diminuição do risco de 56% de ocorrer algum tipo de laceração perineal. Foi observado que a média de dilatação do colo uterino foi de 5,6 cm. Em relação ao acompanhante, esteve presente em 99,5% dos partos (LOPES *et al.*, 2019).

Na Bahia, 60,2% das mulheres fizeram uso de ocitocina, 51,3% apresentaram laceração espontânea (LOPES *et al.*, 2019; FERREIRA *et al.*, 2018). Estima-se que mais de 85% das mulheres sofrem algum tipo de trauma perineal no parto, ocasionado pela

episiotomia ou em decorrência de rotura espontânea dos tecidos durante a passagem do bebê pela vagina (SCHETTINI *et al.*, 2017).

Ainda sobre o estudo de Ferreira e colaboradores (2018), em relação aos desfechos perineais, o períneo manteve-se íntegro em 11,8% das mulheres. A prevalência foi de 61,9% de mulheres com laceração de primeiro grau, seguida de 26,3% com lacerações de segundo grau. Nos casos de laceração múltipla, foi considerada unicamente a laceração de maior grau. Não houve casos de lacerações de terceiro ou quartos graus, assim como de episiotomia.

Pesquisa em Minas Gerais identificou laceração perineal em 81,1% dos casos, e foram classificadas da seguinte forma: grau I [36,1%]; IC95%: 33,7-38,4), grau II [42,4%]; IC95%: 39,9-44,7), grau III [2,5%]; IC95%: 1,7-3,2) e grau IV [0,2%]; IC95%: 0,0-0,4). Ocorreram lacerações de grau IV nas posições de litotomia (n = 1), semi-reclinada (n = 1) e sentada (n = 1) (REIS *et al.*, 2019).

Cabe destacar que dado que em mulheres com lacerações múltiplas, registraram-se 448 lacerações, distribuídas conforme sua localização na região perineal: 37,5% ocorreram nos lábios internos, 36,2% no corpo perineal ou parede vaginal posterior, 16,7% no vestíbulo e 9,6% na parede vaginal anterior (LOPES *et al.*, 2019).

Os resultados dessa pesquisa apontaram que os nascimentos ocorreram em sua maioria em hospitais públicos, com atendimento médico ou da enfermagem obstétrica, chamando atenção para a quantidade de atendimentos realizados pelo profissional de enfermagem de nível técnico. Além disso, a metade não relatou complicações de parto, seguido de atonia uterina/hemorragia pós-parto. A maioria dos bebês nasceu com peso adequado, até 50 cm de estatura e com perímetro cefálico até 40 cm (Tabela 3).

Em estudo comparativo sobre a prática de profissionais médicos e enfermeiras obstetras, quanto à ocorrência das lacerações, ocorreram 10,2% no acompanhamento realizado por enfermeira obstetra e 37% no acompanhamento médico. Além disso, na assistência prestada pelo segundo, predominaram lacerações de 1º grau (59,3%), menor proporção de lacerações de 2º grau (22,2%) e não foram registrados traumas graves (3º e 4º graus). A taxa de períneo íntegro foi maior, 45,2% pelas enfermeiras obstetras e apenas 21,4% para os médicos (ROCHA *et al.*, 2018).

Esses resultados demonstram que as enfermeiras obstetras têm tendência à menor intervenção no acompanhamento de partos de risco habitual e maior preocupação e cuidado com o períneo feminino, restringindo a prática da episiotomia. Em estudo realizado em Israel, houve uma comparação de 168.077 partos com e sem episiotomia e sua associação com situações críticas. A pesquisa apontou associação significativa entre a realização de

episiotomia médio-lateral e a ocorrência de lacerações graves (3º e 4º graus) (ROCHA *et al.*, 2018).

A enfermagem obstétrica é regida por várias normativas, dentre elas a Resolução Cofen nº 516, de 23 de junho de 2016 que dispõe que essa categoria possui habilitação para atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência (COFEN, 2021).

As contribuições das boas práticas da enfermagem obstétrica podem colaborar com a humanização no processo de parturição, aplicando esforços para que o parto flua naturalmente sem necessidade de intervenções dispensáveis e investindo na construção da relação empática com a mulher e sua família desde o pré-natal até o puerpério (ALVES *et al.*, 2019).

Conforme a Lei do exercício profissional da Enfermagem, o profissional técnico e auxiliar não estão habilitados para a assistência ao parto. Essa atribuição é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação (COFEN, 1986).

No município do Sul do Brasil, foi realizado um estudo com 358 mulheres, com 204 amostras foi possível observar que as complicações que mais ocorrem é a necessidade de antimicrobiano (12,8%) e o aparecimento de sinais flogísticos em relação à ferida operatória (11,7%), como também apenas 8 (2,2%) mulheres tiveram parto normal, e apenas uma mulher apresentou complicações que foram hemorragia e complicações uterina, necessitando de um suporte farmacológico para reverter o quadro (MONTESCHIO *et al.*, 2020).

Na Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará (UFC), pesquisa com 226 primíparas observou que em apenas 3 partos (1,3%) ocorreram distocias de ombro e 23 mulheres foram submetidas a episiotomia (SOUZA *et al.*, 2020). Ainda com relação às complicações, a dor e o edema foram as mais recorrentes, referidas por 53,6% e 29,4% (n=79) das mulheres, respectivamente a chance de a mulher sentir dor foi duas vezes maior quando à laceração foi reparada, independentemente do grau da laceração (OR=2,1; 95%IC 1,1-3,9; p=0,029). A chance de ocorrer edema perineal foi também maior nos casos de reparo perineal das lacerações, tanto de primeiro como de segundo grau (OR=2,5; 95%IC 1,4-4,2; p=0,002) (LOPES *et al.*, 2019).

Na Bahia, mulheres com traumas perineais apresentaram menor verbalização de ardor (RP 0,5; IC 95%=0,34-0,86; p-valor=0,010), maior probabilidade para relato de dor (RP 3,4; IC 95%=1,84-6,34; p=0,000) e ocorrência de edema (RP 2,5; IC95%=1,07-6,08; p=0,028)

(FERREIRA *et al.*, 2018). Sobre o peso e o perímetro cefálico, essas medidas parecem influenciar no grau de laceração perineal, demonstrando relação significativa com o trauma, ou seja, bebês acima de 3.400g e com perímetro cefálico acima de 35 cm (VOGT; CARVALHO, 2021).

Na Jamaica foi evidenciado que a prevalência de lacerações de 3º e 4º graus está relacionada, principalmente, ao peso fetal ao nascer (>3,4 kg) e procedimentos invasivos no parto instrumental, como o fórceps e o vácuo extrator. Conforme estudo que analisou esses fatores, a probabilidade de ocorrência de lacerações de 2º grau foi maior em recém-nascidos com peso superior a 3.300 gramas (RIESCO *et al.*, 2017).

Desse modo, torna-se relevante a identificação de elementos materno-infantis que possam influenciar na ocorrência de traumas perineais, de modo que a equipe de Enfermagem possa antecipar possíveis intercorrências e prestar uma assistência baseada em evidências científicas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em atendimento aos objetivos, os resultados apontaram maioria das mulheres com caracterização sócio demográfica, entre 25 e 30 anos, com ensino médio, ocupação remunerada, católica, parda, vive com até dois salários, com companheiro, não fumante, não etilista e sedentária. Além disso, foram a menos de cinco consultas de pré-natal, sendo primíparas, com trabalho de parto a termo, com peso de mais de 85 kg anterior à gestação, de altura mediana, sem morbidade específica da gestação.

É possível identificar que as mulheres em sua maioria apresentaram 5 a 10 cm de dilatação na chegada do hospital, estando em trabalho de parto entre 12-24 h, no momento do parto ter utilizado a posição sentada/reclinada, sem nenhuma intervenção medicamentosa, mencionaram que suas bolsas romperam espontaneamente, declararam que não houve episiotomia ou lacerações durante o trabalho de parto e que teve reparação do trauma perineal.

Grande parte das mulheres mencionaram ter seus filhos em hospital público onde foram atendidas durante o processo de trabalho de parto por médico e enfermeiro obstetra, mencionaram não ter tido complicações durante o parto e/ou pós-parto imediato, com o peso dos bebês de mais 2,500 g e menos de 4.000 g, com altura entre 40 cm a 50 cm e perímetro cefálico de 30 cm a 40 cm.

As limitações desta pesquisa se assentam na própria natureza do estudo, ou seja, realizado em ambiente virtual que dificultou bastante a captação de respondentes devido ao volume de pesquisas *online* disseminadas durante a pandemia da COVID-19, além de trazer desconfianças às pessoas em clicar em *links* desconhecidos. Talvez essa dificuldade tenha atrasado o período estipulado para a coleta de dados, embora tenha havido êxito na captação da amostra significativa conforme a proporção delimitada para o estudo.

Acredita-se que este estudo traz contribuições à área materno-neonatal, bem como os profissionais de saúde refletir uma percepção aproximada da gestante durante o período do pré-natal e possuir uma visão diferenciada sobre a mulher ao longo do processo parturitivo. O enfermeiro voltado ao parto humanizado pode trazer ao processo de trabalho de parto a inserção de boas práticas ou com posições que ajudam a evitar lacerações e violências obstétricas. Sugerem-se novos estudos sobre as práticas relacionadas ao parto normal e a influência de fatores maternos, fetais e de atendimento sobre a ocorrência ou não do trauma perineal, em ambientes domiciliares, casas de parto e maternidades de referência.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Painel de indicadores de atenção materna e neonatal**. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNDAYZmU5MjktMGQyNS00MmY2LWEwNDQtZjQ5N2ZkYzQxYmMwIiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 20 mar. 2020.

AGUIAR, S.; GONÇALVES, E.; BEZERRA L. Análise da incidência de laceração perineal de causa obstétrica em maternidade terciária de Fortaleza-CE. **Rev Med UFC**, 2019. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/40609/1/2019_art_svaguiar.pdf. Acesso em: 20.03.20.

ALVES TCM, COELHO ASF, SOUSA MC et al. CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA PARA AS BOAS PRÁTICAS NO TRABALHO DE PARTO E PARTO VAGINAL. **Revista Oficial do Conselho de Enfermagem** v. 10, n. 4, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2210>. Acesso em: 22 nov 2021.

AYRES, L.; HENRIQUES, B.; AMORIM, W. A representação cultural de um "parto natural" o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. **Cien. da Saúde Coletiva**, 2016. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-812320182311.27812016 Acesso em: 17.04.20.

BAILAR III, JC.; LOUIS, TA.; LAVORI, PW.; POLANSKY M. **Una clasificación de los informes de investigación biomédica**. In: OPS: Oficina Sanitaria Panamericana. Aspectos metodológicos, éticos y prácticos en ciencias de la salud. Publicación Científica nº 550; 1994. p.3-13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>. Acesso em: 05.05.2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.569, 01 de junho de 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.1459, 24 de junho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Aleitamento materno, distribuição de fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. HumanizaSUS. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Educação, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Educação, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 22 nov 2021.

CAMPANA, AO.; PADOVANI, CR.; IARIA, CT.; FREITAS, CBD.; DE PAIVA.; SAR, HOSSEN, WS. **Investigação científica na área médica**. 1st ed. São Paulo: Manole; 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>. Acesso em: 05.05.2020.

CAMARGO JCS, VARELA V, et al. Desfechos perineais e as variáveis associadas no parto na água e no parto fora da água: estudo transversal. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v.19, n.4, p.787-796, out-dez., 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/3LsHcxHjvDkRhMLLgjNJzYh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 nov 2021.

CARNEIRO, M. y FERREIRA-COUTO, C.M. 2017. Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. **Enfermería Global**. v.16, n.3, p. 539-575, jun, 2017. Disponível em: DOI:<https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>. Acesso em: 20.03.20

CAROCIL AS, RIESCO MLG, LEITEL JS, Araújo NM, SCARABOTTO LB, OLIVEIRA SMJV. Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. **Rev enferm UERJ**, 2016. Disponível em :DOI: 0.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201703 Acesso em:20.03.20.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 564,06 de dezembro de 2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 30.03.20.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº N° 672/2021**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. 2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-672-2021_89003.html. Acesso em: 22 nov 2021.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **LEI N 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986**. 1986. Disponível em:http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 22 nov 2021.

FEBRASGO, 2018. Organização Mundial da Saúde (OMS) lança 5p6 recomendações para tentar diminuir as cesáreas. Disponível em:<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/402-organizacao-mundial-da-saude-oms-lanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuir-as-cesareas>. Acesso em: 03 de abril de 2021.

FERREIRA, E.; CERQUEIRA, E.; NUNES, I.; ARAÚJO, E.; CARVALHO, E.; SANTOS L. Associação entre região perineal, problemas locais, atividades habituais e necessidades fisiológicas dificultadas. **Rev Baiana Enferm**, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.23812>. Acesso em: 20.03.20.

GONÇALVES MF, TEIXEIRA EMB, SILVA MAS, CORSI NM, FERRARI RAP, PELLOSO SM, et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**.v.38, n.3, 2017e2016-0063. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063> Acesso em: 22 nov 2021

HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde**. 1st ed. São Paulo: Roca; 2004. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002> .Acesso em: 05.05.2020.

HECKATHORN, D. D. Respondent-Driven Sampling: A New Approach to The Study of Hidden Populations. **Social Problems**, Oxford, v. 44, n. 2, p. 174-199. 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/3096941>. Acesso em: 05.05.2020.

IBGE. **Censo Demográfico 2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/panorama>. Acesso em: 06.05.20

LEAL, MC.; PEREIRA, APE.; DOMINGUES, RMSM.; FILHA, MMT.; DIAS, MAB.; PEREIRA-NAKAMURA, M.; BASTOS, MH.; GAMA SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>. Acesso em: 21.04.20.

LACERDA, M.R., COSTENARO, R.G.S. (Org). **Metodologias da pesquisa para Enfermagem e Saúde: da teoria à prática**. 1.ed. Porto Alegre: Moriá, 2016.

LOPES LS, FRANÇA AMB, PEDROSA AK, MIYAZAWA AP. SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO: PERFIL CLÍNICO MATERNO E CONDIÇÃO NEONATAL AO NASCER. **Rev Baiana de Saúde Pública**. v. 43 n. 3 ,2019. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2019.v43.n3.a2974> Acesso em: 22 nov 2021

LOPES GA, LEISTER N, RIESCO MLG. **Desfechos e cuidados perineais em centro de parto normal**. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0168>. Acesso em: 17.04.20.

MENDONÇA, S. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. **Civitas, Rev. Ciênc. Soc.** v.15, n.2,2015. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2015.2.17899> Acesso em: 17.04.20

MATOS TA, SOUZA MS, SANTOS EKA, VELHO MB, SEIBERT ERC, MARTINS NM. Precocious skin-to-skin contact between mother and child: meanings to mothers and contributions for nursing. **Rev Bras Enferm.** 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290>. Acesso em :05.05.20.

MONTESCHIO LVC, MARCON SS, SANTOS RMS, VIEIRA VCL, OLIVEIRA MD, GOES HLF, OLIVEIRA RR, MATHIAS TAF. Complicações puerperais em um modelo medicalizado de assistência ao parto. **REME - Rev Min Enferm.** 2020;24:e-1319. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20200056 Acesso em: 12.11.21

NETO, L.; FERRONATO, C. Importância do enfermeiro no parto humanizado. **REV SAB UIJIPA**. 2018. Disponível em: https://pos.unijipa.edu.br/documentos/revista_ed_10/6.%20IMPORT%C3%82NCIA%20DO%20ENFERMEIRO%20NO%20PARTO%20HUMANIZADO.pdf. Acesso em: 27.04.20

POSSATI, AB.; PRATES, LA.; CREMONESE, L.; SCARTON, J.; ALVES CN.; RESSEL LB. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Esc Anna Nery**, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000400203&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 12.04.20.

REIS, ZSN.; PEREIRA, GMVP.; VIANINI, ALF.; MONTEIRO, MVC.; AGUIAR, RALP. Do we know how to avoid oasias in non-supine birth positions? A retrospective cohort analysis. **Rev Bras Ginecol. Obstet.** v.41, n.10, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0039-1697986>. Acesso em: 27.04.20.

RIBEIRO DO, GOMES GC, OLIVEIRA AMN, ALVAREZ SQ, GONÇALVES BG, ACOSTA DF. A violência obstétrica na percepção das múltiparas. **Rev Gaúcha Enferm.**2020;41:e20190419. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190419>. Acesso em: 22 nov 2021.

RIESCO, MLG.; COSTA, ASC.; ALMEIDA, SFS.; BASILE, ALO.; OLIVEIRA, SMJV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. **Rev Enferm UERJ.** 2017.

ROCHA, B.; ZAMBERLAN, C. Prevenção de lacerações perineais e episiotomia: evidências para a prática clínica. **Rev enferm UFPE**, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a230478p489-498-2018> Acesso em: 27.04.20.

SANTOS, ECS.; NASCIMENTO, ER.; GALLOTTI, FCM.; SOUSA, DS. Desafios da assistência de enfermagem ao parto humanizado. **CONG INT ENF.** 2018.

SANTOS R, RIESCO M. Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. **Rev Gaúcha Enferm**, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68304> Acesso em: 20.03.20.

SCHETTINI, NJC.; GRIBOSKI, RA.; FAUSTINO, AM. Partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas: posição materna e a relação com lacerações perineais espontâneas. **Rev enferm UFPE**, 2017. Disponível em: DOI: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102sup201707. Acesso em: 07.05.20.

SOUZA, M.; FARIAS L.; RIBEIRO, G; COELHO, T.; COSTA, C.; DAMASCENO, A. Factors related to perineal outcome after vaginal delivery in primiparas: a cross-sectional study. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018043503549>. Acesso em: 27.04.20

TANAKA, A. C. d'A. A importância da associação obesidade e gravidez. **Rev. Saúde públ.**, S. Paulo, 15:291-307, 1981. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/9Xnfs7CRVrS9fTWWV357R9k/?lang=pt>. Acesso em: 22 nov 2021.

TESSER, C. D., KNOBEL, R., ANDREZZO, H. F. de A., & DINIZ, S. G. (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade**, v.10, n.35, p. 1-12, 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013). Acesso em: 20.03.20

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada participante, estamos realizando uma pesquisa intitulada “Caracterização Materno-Infantil do Parto Normal e a Ocorrência ou Não de Trauma Perineal” desenvolvida pelas pesquisadoras assistentes Yasmin Santos Lopes Viana e Anna Paula Dos Santos Silva, sob orientação da pesquisadora responsável Prof^ª. Dra. Smalyanna Sgren da Costa Andrade.

O objetivo do estudo é avaliar a prevalência do trauma perineal entre mulheres atendidas em maternidade de referência. Será realizada uma pesquisa transversal um questionário que será encaminhado via aplicativo de mensagens instantâneas a um grupo virtual de gestantes/puérperas inseridas em um projeto de extensão da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança onde essas mulheres encaminharão para outras mulheres responderem o questionário. A presente pesquisa não possui riscos previsíveis, contudo pode haver algum tipo de constrangimento em responder às questões de natureza íntima. Para sanar esse possível desconforto será enviado um e-mail cópia das respostas para o e-mail pessoal da participante logada no *smartphone* e uma mensagem de agradecimento por contribuir com a evolução científica.

Já os benefícios do estudo referenciam um diagnóstico situacional sobre a laceração e episiotomia em parturientes, fornecendo contribuições para a implantação de métodos futuros que refinem o nível de conhecimento sobre o assunto entre a população-alvo e os profissionais da área de saúde.

A finalidade deste trabalho é a caracterização dos aspectos sociodemográficos, hábitos de vida, saúde sexual e reprodutiva das mulheres, identificação do aspecto materno-infantil da parturição, histórico gestacional e analisar os fatores relacionados ao trauma perineal de mulheres em trabalho de parto. Portanto, solicitamos seu consentimento para participar da pesquisa e para que os dados obtidos da mesma possam ser apresentados em eventos e publicados em revistas científicas da categoria. Vale ressaltar que seu nome será mantido em sigilo, assim como a sua autonomia em decidir participar ou não desse estudo, tendo a liberdade de desistir a qualquer momento.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, você não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades propostas. Caso decida não participar, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na forma como você é tratada.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu concordo em participar desta pesquisa, declarando para os devidos fins, que cedo os direitos de minha entrevista, podendo ser usada integralmente, ou em partes, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso das citações a terceiros, sua publicação e divulgação em eventos científicos, que ficará sob a guarda da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Diante do exposto declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, ____/____/____

Pesquisadora responsável

Participante da pesquisa

APÊNDICE B

TERMO DE COMPROMISSO DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Declaro que conheço e cumprirei as resoluções éticas brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares em todas as fases da pesquisa intitulada: Caracterização Materno-Infantil do Parto Normal e a Ocorrência ou Não de Trauma Perineal. Comprometo-me submeter o protocolo à PLATBR, devidamente instruído ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa, a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não, e que será enviado o relatório final pela PLATBR, via notificação ao CEP da FACENE/FAMEME até dezembro de 2020, como previsto no cronograma de execução.

Em caso de alteração do conteúdo do projeto, comprometo comunicar o ocorrido em tempo real, através da PLATBR, via emenda. Declaro encaminhar os resultados da pesquisa para publicação em periódicos nacionais, com os devidos créditos aos pesquisadores associados integrante do projeto, como também os resultados do estudo serão divulgados, como preconiza a resolução 466/2012 MS/CNS e a Norma Operacional Nº 001/2013 MS/CNS. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

João Pessoa, 06 de maio de 2020.

Smalyanna Sgren da Costa Andrade
(pesquisadora responsável)

APÊNDICE C
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

CARACTERIZAÇÃO MATERNO-INFANTIL DO PARTO NORMAL E A OCORRÊNCIA OU NÃO DE TRAUMA PERINEAL

Data: ____/____/____

E-mail da Participante: _____

CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS E HÁBITOS
DE VIDA

1. Qual a sua idade? |____|____| anos
2. Você estudou até:
|1| Ensino Fundamental I (1° ao 4° ano incluindo alfabetização).
|2| Ensino Fundamental II (5° ao 9° ano)
|3| Ensino Médio
|4| Ensino Superior
3. Trabalha atualmente?
|1| Sim
|2| Não
4. Qual é a sua religião?
|1| Católica
|2| Evangélica/Protestante
|3| Outra religião
 Especificar: _____
5. Gostaria de saber como você se classifica em relação a sua cor?
|1| Branca
|2| Preta
|3| Amarela
|4| Parda/Mulata/Morena
|5| Outra Especificar _____
|6| Não sei responder
6. Em relação à sua renda mensal, você vive com:
|1| < 1SM
|2| 1 | 2SM
|3| 2 | 3SM
|4| ≥ 4 SM

HÁBITOS DE VIDA

7. Fumante?
|1| Sim
|2| Não
8. Etilista?
|1| Sim
|2| Não
9. Pratica atividade física?
|1| Sim, 1-2 vezes por semana
|2| Sim, 2-3 vezes por semana
|3| Não

CARACTERÍSTICAS SEXUAIS E REPRODUTIVAS

10. Com quantos anos de idade você teve a sua primeira relação sexual?
|____|____| anos
11. Qual a sua situação conjugal?
|1| Com parceiro
|2| Sem parceiro
12. Quantas vezes você já engravidou?
|1| uma vez
|2| mais de uma vez
13. Número de consultas pré-natal
|1| 1-3
|2| 4-5
|3| 6 ou mais

14. Seu parto foi:

- |1| Espontâneo
- |2| Induzido

15. Seu parto foi:

- |1| Com uso de soro (ocitocina)
- |2| Com uso de comprimido vaginal (misoprostol)
- |3| Sem medicamento

16. Quantos centímetros chegou no hospital?

- |1| 0 |5| 4 |9| 8
- |2| 1 |6| 5 |10| 9
- |3| 2 |7| 6 |11| 10
- |4| 3 |8| 7

17. Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor:

- Banho de chuveiro 1. Não 2. Sim
- Banho de banheira 1. Não 2. Sim
- Massagem 1 Não 2. Sim
- Bola 1. Não 2. Sim
- Banquinho 1. Não 2. Sim
- Cavalinho 1 Não 2 Sim
- Aromaterapia 1 Não 2 Sim
- Massoterapia 1 Não 2 Sim
- Rebozo 1 Não 2 Sim
- Acupuntura 1 Não 2 Sim

18. A sua bolsa rompeu:

- |1| Sozinha
- |2| Por algum profissional
- |3| Não sei informar

19. Qual profissional assistiu o parto:

- |1| Médico (a)
- |2| Enfermeiro (a) obstetra/obstetriz
- |3| Enfermeiro (a)
- |4| Auxiliar/técnico de enfermagem
- |5| Estudante

20. Durante o parto você teve presença de:

- |1| Doula
- |2| Acompanhante

21. A sua posição no parto foi:

- |1| deitada de costas
- |2| Deitada de lado
- |3| Sentada/reclinada
- |4| Na banheira
- |5| De quatro
- |6| De cócoras
- |7| De pé

22. Em qual o hospital teve?

- |1| Público
- |2| Particular

23. Quantas semanas você teve o bebê?

- |1| 36 |4| 39 |7| 42
- |2| 37 |5| 40
- |3| 38 |6| 41

24. Durante o trabalho de parto você ficou:

- |1| Deitada (Repouso)
- |2| Andando (Deambulando)

25. Teve Pressão Alta ou Diabetes na Gestação:

- |1| Sim, Pressão Alta
- |2| Sim, Diabetes
- |3| Sim, os dois
- |4| Não

26. Prescrição de dieta:

- |1| Dieta Zero
- |2| Dieta Líquida

27. O profissional cortou a passagem do parto? (Episiotomia)

- |1| Não
- |2| Sim

28. Houve permissão?

|1| Não

|2| Sim

29. Houve corte espontâneo durante o parto (laceração):

|1| Não

|2| 1º grau (Mucosa Vaginal)

|3| 2º grau (Músculos Perineais)

|4| 3º grau (Esfíncter Anal)

|5| 4º grau (Mucosa vaginal, Músculos Perineais, Esfíncter Anal)

|6| Sim, sem especificação

30. Houve sutura vaginal/perineal ou episiorrafia ou cicatriz de episiotomia:

|1| Não

|2| Sim

31. Empurraram a sua barriga na hora do parto (Manobra de Kristeller):

|1| Não

|2| Sim

32. Alguma complicação no parto e/ou pós-parto imediato: (Permite mais de 1 opção)

|1| Não

|2| Ombros do bebê não saíram (Distocia de ombro)

|3| Cordão Umbilical saiu antes do bebê (Prolapso de cordão)

|4| Ruptura uterina

|5| Bebê demorou pra sair (Período expulsivo prolongado)

|6| Hemorragia (Atonia uterina)

|7| Ficou por mais de 30 min a placenta (Placenta retida)

33. Sobre você:

Altura: _____

Peso: _____

34. Sobre o bebê:

Altura: _____

Peso: _____

Tamanho da Cabeça: _____



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 6ª Reunião Ordinária realizada em 13 de agosto 2020 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado “**CARACTERIZAÇÃO MATERNO-NEONATAL DO PARTO NORMAL E A OCORRÊNCIA OU NÃO DE TRAUMA PERINAL**”, Protocolo CEP: 239/2020 e CAAE: 33486820.5.0000.5179. Pesquisador Responsável: SMALYANNA SGREN DA COSTA ANDRADE e das pesquisadoras associadas: YASMIM SANTOS LOPES; EDNA SAMARA RIBEIRO CÉSAR e DÉBORA RAQUEL S. GUEDES TRIGUEIRO.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão para maio de 2020, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 18 de setembro 2020.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Yasmim', with a stylized flourish at the end.

Yasmim Regis Formiga de Sousa
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FACENE/FAMENE