UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF

ESCOLA DE ENFERMAGEM-EENF

NÚBIA VANESSA DA SILVA TAVARES

RELAÇÃO ENTRE OS FATORES MATERNOS, FETAIS E ASSISTENCIAIS E O DESFECHO LACERAÇÃO PERINEAL NO PARTO

MACEIÓ-AL

2024

NÚBIA VANESSA DA SILVA TAVARES

RELAÇÃO ENTRE OS FATORES MATERNOS, FETAIS E ASSISTENCIAIS E O DESFECHO LACERAÇÃO PERINEAL NO PARTO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Ciência, Tecnologia e Inovação para o cuidado de Enfermagem.

Orientador(a): Profa. Dra. Amuzza Aylla Pereira dos Santos.

MACEIÓ-AL

2024

Catalogação na Fonte

Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

T231r Tavares, Núbia Vanessa da Silva.
Relação entre os fatores maternos, fetais e assistenciais e o desfecho laceraçãoperineal no parto / Núbia Vanessa da Silva Tavares. - 2024.
95 f. : il.

Orientadora: Amuzza Aylla Pereira dos Santos.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2024.

Bibliografia: f. 66-76.
Apêndices: f. 77.
Anexos: f. 78-95.

1. Parto normal. 2. Períneo. 3. Enfermagem. I. Título.

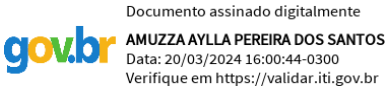
CDU: 618.18

Folha de Aprovação

AUTOR: NÚBIA VANESSA DA SILVA TAVARES

RELAÇÃO ENTRE OS FATORES MATERNOS, FETAIS E ASSISTENCIAIS E O DESFECHO LACERAÇÃO PERINEAL NO PARTO

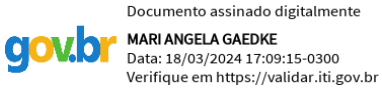
Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 26 de Fevereiro de 2024.



_____

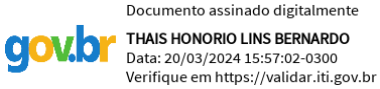
(Profa Dra Amuzza Aylla Pereira dos Santos, Universidade Federal de Alagoas - UFAL) (Orientadora)

Banca Examinadora:



_____

(Profa. Dra. Mari Ângela Gaedke, Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC) (Examinador Externo)



_____

(Profa. Dra. Thaís Honório Lins Bernardo, Universidade Federal de Alagoas - UFAL) (Examinador Interno)

AGRADECIMENTOS

Ao pensar sobre escrever esse agradecimento, meu coração já se enchia do mesmo sentimento, pois ao relembrar tudo o que vivi durante o processo, percebo o quanto Deus me abençoou colocando pessoas que foram essenciais para que eu pudesse chegar ao final desta etapa, então antes de tudo é a Ele que preciso agradecer.

Agradeço à minha família e aos meus pais que sempre me incentivaram e me apoiaram a seguir em frente mesmo diante de todos os percalços que a vida nos trouxe. Saibam que essa vitória também é de vocês. Em especial à minha mãe, mulher forte, batalhadora, que nunca mediu esforços para que eu conseguisse alcançar tudo aquilo que um dia foi um sonho. Obrigada por mesmo nos dias mais difíceis e cansativos, ser meu apoio.

Ao meu noivo Carlos que há tanto tempo caminha comigo, por ser a expressão real do significado de companheirismo, por ouvir minhas angústias, por seguir firme comigo e por torcer por mim tanto quanto eu torço por ele.

Às minhas amigas Mari e Monik em quem posso sempre encontrar um ombro para sorrir, chorar e compartilhar minhas angústias, anseios, medos e perspectivas que não são poucas. Obrigada por sempre acreditarem que tudo daria certo. Ter a amizade de vocês é o presente ao qual agradeço imensamente.

À minha orientadora Amuzza, que segurou a minha mão, caminhou junto comigo e acreditou no meu potencial. Não tenho dúvidas que Deus preparou o caminho para que eu pudesse encontrá-la e tê-la nesse processo foi uma benção. Obrigada por tudo professora!!

À minha amiga e companheira de trabalho Ana Mércia, obrigada por todo o apoio e pelo companheirismo de sempre, por ser meu ombro amigo, por me ouvir quando eu precisei desabafar ou simplesmente me permitir chorar sem dizer uma palavra.

À minha chefinha Rafaella, a quem sou imensamente grata por ter me apoiado em todo o processo, não foi fácil conseguir conciliar emprego e mestrado, mas ela com toda a sua empatia e compreensão tornou esse processo mais fácil. Obrigada por tudo Rafinha!!

Agradeço ainda as alunas Mariana Duca, Sabrina e Mariana Cerqueira pelo comprometimento e responsabilidade com a pesquisa, eu sei o quanto foi difícil estar em campo realizando as coletas e disponibilizar tempo diante das inúmeras atividades que precisam desenvolver. Saibam que vocês foram essenciais para que essa pesquisa pudesse se concretizar e por isso o meu muito obrigada!

Agradeço a FAPEAL por ter disponibilizado os meios e os recursos para a realização desta pesquisa.

Por fim, mas não menos importante, a todas as mulheres que fizeram parte desta pesquisa, sem vocês esse estudo não teria sido possível.

“Nunca deixe que te digam que não vale a pena acreditar no sonho que se tem, ou que seus planos nunca vão dar certo, ou que você nunca vai ser alguém. (...) Se você quiser alguémem quem confiar, confie em si mesmo, quem acredita sempre alcança”.

Renato Russo.

RESUMO

Introdução: Esta pesquisa tem como objeto de estudo a análise da relação entre os fatores maternos, fetais e assistenciais e o desfecho laceração perineal no parto. A laceração perineal caracteriza-se como um tipo de trauma espontâneo decorrente do parto vaginal que ocorre durante a passagem do feto pelo canal vaginal e embora seu mecanismo seja espontâneo, alguns fatores podem favorecer a sua ocorrência, e isso tem motivado estudos de pesquisadores na área da saúde devido às implicações clínicas e morbidades associadas a esta condição. **Objetivo:** Analisar a relação entre fatores maternos, fetais e assistenciais e o desfecho laceração perineal no parto. **Método:** Trata-se de estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado através de pesquisa de campo nas quatro maternidades de baixo risco da capital do Estado de Alagoas (Maceió), com puérperas que receberam assistência ao parto normal e que estavam internadas nas respectivas maternidades, bem como seus prontuários. A amostragem foi do tipo probabilística aleatória simples e a coleta foi realizada no período de novembro de 2022 a agosto de 2023 através de formulário estruturado. Para a análise dos dados utilizou-se o software livre R (R version 4.2.2 (2022-10-31 ucrt)) através das medidas de Tendência Central e dos Testes de Shapiro-Wilk, Mann-Whitney, Chi-Quadrado, Exato de Fisher, Teste Z para igualdade de proporções e Kruskal Wallis, admitindo-se duas hipóteses e considerando diferença estatística significativa com valor de $p \leq 5\%$. Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), sob o CAAE nº 58121222.3.0000.5013. **Resultados:** Foram coletados 344 formulários, tendo a análise demonstrado que a maioria está na faixa etária entre 18 a 29 anos, não trabalham, possuem renda familiar mensal de um salário mínimo, se autodeclaram pardas, com ensino médio completo e casadas ou em união estável. A maioria apresentou IMC >18,5kg/m² a 24,9kg/m², tiveram uma gestação, um parto e nenhum aborto, idade gestacional média de 39,27 semanas e intervalo interpartal de 51.15 meses. No tocante a caracterização da assistência ao trabalho de parto e parto, a maioria das mulheres que tiveram seus partos induzidos receberam Misoprostol isolado, pariram na posição litotômica, foram assistidas por médicos, houve a presença de acompanhante, uso dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor e tiveram seus períneos íntegros. As características fetais demonstraram que, o peso fetal médio foi 3222.6 quilos, perímetro cefálico de 34,01 cm e capurro somático de 38 semanas. Quanto às análises de associação a paridade foi um fator de proteção, já que as mulheres que não tiveram laceração tendem a já ter tido mais gestações, mais partos e mais partos normais. **Conclusão:** A partir dos resultados deste estudo pode-se evidenciar uma alta prevalência para lacerações perineais, já que mais da metade das mulheres deste estudo apresentaram esse desfecho, contudo as análises não demonstraram associação estatística significativa entre as variáveis maternas, fetais e assistenciais e o desfecho laceração perineal, à exceção das variáveis, idade gestacional e paridade.

Palavras-chave: parto normal; períneo; enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: This research aims to analyze the relationship between maternal, fetal and care factors and the outcome of perineal laceration during childbirth. Perineal laceration is characterized as a type of spontaneous trauma resulting from vaginal birth that occurs during the passage of the fetus through the vaginal canal and although its mechanism is spontaneous, some factors may favor its occurrence, and this has motivated studies by researchers in the area. health due to the clinical implications and morbidities associated with this condition. **Objective:** To analyze the relationship between maternal, fetal and care factors and the outcome of perineal laceration at birth. Method: This is a cross-sectional, descriptive study, with a quantitative approach, carried out through field research in four low-risk maternity hospitals in the capital of the State of Alagoas (Maceió), with postpartum women who received assistance during normal birth and who were hospitalized in respective maternity hospitals, as well as their medical records. Sampling was simple random probabilistic and collection was carried out from November 2022 to August 2023 using a structured form. For data analysis, the free software R (R version 4.2.2 (2022-10-31 ucrt)) was used using Central Tendency measures and the Shapiro-Wilk, Mann-Whitney, Chi-Square, Exact Tests Fisher test, Z test for equality of proportions and Kruskal Wallis, admitting two hypotheses and considering a statistically significant difference with a p-value $\leq 5\%$. This research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Alagoas (UFAL), under CAAE nº 58121222.3.0000.5013. **Results:** 344 forms were collected, and the analysis demonstrated that the majority are in the age group between 18 and 29 years old, do not work, have a monthly family income of one minimum wage, declare themselves mixed race, have completed high school and are married or in a stable union . The majority had a BMI >18.5kg/m² to 24.9kg/m², had one pregnancy, one birth and no abortion, an average gestational age of 39.27 weeks and an interpartum interval of 51.15 months. Regarding the characterization of labor and delivery assistance, the majority of women who had their labors induced received Misoprostol alone, gave birth in the lithotomy position, were assisted by doctors, had a companion present, used non-pharmacological methods for relief of pain and had their perineums intact. Fetal characteristics demonstrated that the average fetal weight was 3222.6 kilos, head circumference was 34.01 cm and somatic cap was 38 weeks. Regarding association analyses, parity was a protective factor, since women who did not have a laceration tend to have had more pregnancies, more births and more natural births. **Conclusion:** From the results of this study, a high prevalence of perineal lacerations can be evidenced, since more than half of the women in this study presented this outcome, however, the analyzes did not demonstrate a significant statistical association between maternal, fetal and care variables and the perineal laceration outcome, with the exception of the variables, gestational age and parity.

Keywords: normal birth; perineum; nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa geográfico das Regiões de Saúde de Alagoas.....29
Figura 2 - Mapa geográfico de Maceió segundo Distritos Sanitários.....30
Figura 3 - Razão de prevalência dos fatores maternos, fetais e assistenciais em relação ao desfecho laceração perineal.....55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das mulheres segundo as características sociodemográficas**,** Maceió- Alagoas- 2023 39
Tabela 2 - Distribuição das mulheres segundo as características sociodemográficas das variáveis quantitativas, Maceió- Alagoas - 2023 40
Tabela 3 - Distribuição das mulheres segundo as características clínico-obstétricas, Maceió- Alagoas- 2023 41
Tabela 4 - Distribuição das mulheres segundo as características clínico-obstétricas das variáveis quantitativas, Maceió- Alagoas - 2023 42
Tabela 5 - Distribuição das mulheres segundo características de assistência ao trabalho de parto e parto, Maceió- Alagoas -2023 42
Tabela 6 - Distribuição das mulheres segundo características da assistência ao trabalho de parto e parto das variáveis quantitativas, Maceió- Alagoas - 2023 43
Tabela 7 - Distribuição da ocorrência de práticas durante o trabalho de parto e parto, Maceió- Alagoas – 2023 43
Tabela 8 - Características fetais ao nascimento relacionadas às variáveis quantitativas, Maceió- Alagoas -2023 44
Tabela 9 - Prevalência de laceração perineal e os fatores sociodemográficos maternos associados, Maceió - Alagoas – 2023 45
Tabela 10 - Prevalência dos desfechos perineais e os fatores sociodemográficos maternos associados, Maceió - Alagoas – 2023 46
Tabela 11 - Prevalência de laceração perineal e os fatores clínico-obstétricos associados, Maceió – AL - 2023 47
Tabela 12- Prevalência dos desfechos perineais e os fatores clínico-obstétricos associados, Maceió – AL - 2023 49
Tabela 13 - Prevalência de laceração perineal e os fatores assistenciais associados, Maceió – Alagoas -2023 50
Tabela 14 - Prevalência dos desfechos perineais e os fatores assistenciais associados, Maceió – Alagoas -2023 52
Tabela 15- Prevalência de laceração perineal e os fatores fetais associados, Maceió- Alagoas- 2023 53
Tabela 16- Prevalência dos desfechos perineais e os fatores fetais associados, Maceió- Alagoas- 2023 54

LISTA DE ABREVIATURAS

ALCON -Alojamento conjunto

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CNS- Conselho Nacional de Saúde

DataSUS- Departamento de informática do SUS

DP – Desvio-Padrão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IG- Idade gestacional

IMC- Índice de massa corporal

MAX: Máximo

MIN - Mínimo

MNFAD – Métodos não farmacológicos para alívio da dor

MS - Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

N – Número de respostas

NA's - Número de não respostas

OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNH- Política Nacional de Humanização PHPN- Programa de Humanização do Parto e do Nascimento

Q1 –Q3 – Intervalo Interquartil

REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

SUS- Sistema Único de Saúde

TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFAL- Universidade Federal de Alagoas

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

WHO- World Health Organization

Sumário

1. INTRODUÇÃO 13
2. OBJETIVOS 17
Objetivo Geral 17
Objetivos Específicos 17
3. REVISÃO DE LITERATURA 18
3.1 Contextualização da assistência ao parto: um breve percurso histórico. 18
3.2 Períneo: o foco do cuidado obstétrico 20
3.2.1 Fragmentação do corpo feminino: a invasão do períneo. 20
3.2.2 A busca por novos modelos de atenção ao parto e cuidado perineal 21
3.2.3 O trauma perineal com enfoque na laceração perineal 24
3.3 Laceração perineal e as repercussões para s saúde pública 25
4. Material e Método 28
4.1 Delineamento do estudo 28
4.2 Local do estudo 28
4.3 População do estudo, amostra e amostragem 30
4.4 Instrumento para coleta de dados
314.5 Procedimento para coleta de dados
324.6 Tratamento e análise dos dados
334.7 Aspectos Éticos e legais 375. Resultados
385.1 Caracterização sociodemográfica e clínico-obstétrica das puérperas 39
5.2 Caracterização da assistência ao trabalho de parto e parto 42
5.3 Caracterização fetal ao nascimento 44
5.4 Análise da prevalência de laceração perineal e os fatores maternos associados 44
5.5 Análise da prevalência de laceração perineal e os fatores assistenciais associados 50
5.6 Análise da prevalência de laceração perineal e os fatores fetais associados 53
6. Discussão 56
6.1 Caracterização sociodemográfica e clínico-obstétrica das puérperas 56
6.2 Caracterização da assistência ao trabalho de parto e parto e dos fetos ao nascimento 58
6.3 Análise da prevalência de laceração perineal e dos fatores maternos, fetais e assistenciais associados. 61
7. Conclusão 65

Referências 66

APÊNDICE A – LISTA DE CHECAGEM 77

ANEXO A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS 78

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE). 81

ANEXO C – TERMO DE ASSENTIMENTO PARA CRIANÇA E ADOLESCENTE (MAIORES DE 6 ANOS E MENORES DE 18 ANOS). 84

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PAIS OU RESPONSÁVEIS LEGAIS. 86

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFAL. 88

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a análise da relação entre os fatores maternos, fetais e assistenciais e o desfecho laceração perineal no parto. A motivação para a pesquisa surgiu durante a Residência em Enfermagem Obstétrica diante das condutas realizadas durante o trabalho de parto e parto, sobretudo no períneo feminino, como justificativa para redução da laceração perineal.

A laceração perineal caracteriza-se como um tipo de trauma espontâneo decorrente do parto vaginal que ocorre durante a passagem do feto pelo canal vaginal e embora seu mecanismo seja espontâneo, alguns fatores podem favorecer a sua ocorrência, e isso têm motivado estudos de pesquisadores na área da saúde devido às implicações clínicas e morbidades associadas a esta condição (Aasheim *et al*.,2017; Grecca,2020).

O trauma perineal surge como um tópico de discussão decorrente da transição histórica do parto enquanto um evento privado, desenvolvido no seio familiar e vivenciado por mulheres, para o parto institucionalizado e medicalizado. A crescente atuação médica no cuidado às parturientes ocorreu em paralelo às evoluções técnico-científicas, que passaram a entender o parto como um evento patológico que deveria ser realizado mediante intervenções que pudessem facilitar o nascimento, tendo o canal vaginal e o períneo ganhado destaque nessas intervenções, já que este é o canal de passagem do feto (Galvão *et al.*,2023a)

Contudo, a manipulação excessiva do períneo, seja através da prática da episiotomia ou através de intervenções diversas realizadas durante o trabalho de parto e parto, justificado pela necessidade de facilitar o nascimento do bebê, contribuíram para a criação de um modelo de atenção ao parto majoritariamente intervencionista e biologicista, com a inclusão de tecnologias sem evidências científicas suficientes, que justificassem seus benefícios e a legitimidade de sua utilização (Gemma, 2016).

De forma geral, apesar das inúmeras políticas públicas de assistência ao parto normal, implementadas com o objetivo de reduzir intervenções sobre os corpos femininos e a ocorrência de trauma perineal, este ainda não é um desfecho raro (Galvão *et al.*2023a), pois a maioria das mulheres sofrerá algum tipo de trauma perineal no curso do parto normal, seja através da laceração espontânea ou por meio da episiotomia, que apesar dos diferentes mecanismos envolvidos na sua ocorrência, implica marcas físicas e psicológicas na vida das mulheres (Okeahialam, Sultan, Thakar, 2023).

Para a laceração perineal as variáveis relacionadas à sua ocorrência ainda não estão definitivamente estabelecidas, porém sabe-se que podem estar associadas a diferentes condições maternas, fetais ou da própria assistência prestada durante o trabalho de parto e parto. Fatores como o uso de ocitocina, o peso fetal ao nascer, a duração do período expulsivo, a idade materna avançada, a idade gestacional, os puxos dirigidos e a posição escolhida no parto têm sido associados ao risco de laceração perineal e portanto caracterizando -se como o fator de risco para mulher. Nesse mesmo contexto alguns estudos demonstram que uma maior paridade tem sido relatada como um fator protetor, possivelmente associado à maior elasticidade perineal (Santos et al.,2008; Lopes, Leister, Riesco, 2019; Souza *et al*., 2020, Domenighi *et al*.,2021; Tavares, *et al.*,2022; Gomes, 2022).

Assim, pode-se dizer que diversos fatores intrínsecos e extrínsecos que envolvem características obstétricas, fetais e intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto, têm sido descritas como possíveis fatores que aumentam os riscos convergindo para a ocorrência de trauma perineal espontâneo, dentre eles a paridade, uso de ocitocina, peso fetal ao nascer, duração do período expulsivo, idade materna, idade gestacional, puxos dirigidos, posição escolhida no parto e presença de cesárea anterior (Lopes; Leister; Riesco, 2019; Souza *et al*., 2020).

A prevalência do trauma perineal varia entre os diferentes países, regiões e até mesmo nos diferentes serviços que prestam assistência ao parto. Evidências mundiais apontam que 84,3% das mulheres apresentam algum tipo de trauma perineal pós-parto (Abedzadeh *et al*., 2018), sendo que, no cenário brasileiro a prevalência para esse desfecho atinge mais da metade das mulheres, com uma incidência geral de 58,2% para lacerações perineais (Rodrigues *et al.*, 2021).

Tais dados apontam elevados percentuais de laceração perineal nas mulheres em todo o mundo, emergindo discussões acerca do impacto multifatorial que esse desfecho pode causar na saúde materna, dentre eles a morbimortalidade por causas preveníveis para a qual pode-se citar as hemorragias e as disfunções do assoalho pélvico (Lopes; Leister; Riesco, 2019; Pierce-Williams; Saccone; Berghella, 2019).

Dada a importância da hemorragia pós-parto no contexto da morbimortalidade materna no Brasil e no mundo e sua associação com o trauma perineal, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) listou algumas causas específicas responsáveis pelos quadros de hemorragia pós-parto, classificando o trauma, ou seja, as lacerações, os hematomas perineais, as roturas e inversões uterinas como responsáveis por 19% das

hemorragias, que apesar de terem menor risco de gravidade e óbito, não devem ser negligenciadas (Organização Pan-Americana da Saúde, 2018).

Além destas já citadas, diversas outras consequências estão associadas à laceração perineal, com comprometimento para a saúde da mulher, tanto no pós-parto imediato, quanto no puerpério tardio ou remoto, sendo que essas consequências são refletidas não apenas de forma física, mas sobretudo no aspecto subjetivo da experiência materna do seu parto. Portanto, minimizar a ocorrência de laceração perineal tem sido apontado como caminho para melhorar a recuperação pós-parto, reduzir o risco de infecção e dor e promover uma experiência de parto e puerpério positivas (Lima *et al*., 2020).

Sendo assim, a qualidade da assistência prestada à mulher durante a parturição e os impactos pós-parto decorrentes dessa assistência vem sendo motivo de preocupação, pelos efeitos adversos que o excesso de intervenções durante este período pode provocar ao binômio. Reduzir tais intervenções e adotar práticas baseadas em evidências científicas tem sido apontado como caminho para o alcance de melhores resultados (World Health Organization, 2018; Pereira *et al*., 2020).

Cabe ressaltar ainda a importância dos profissionais de saúde na conjuntura da assistência obstétrica, devendo pautar suas condutas na melhor evidência científica disponível para uma boa condução do trabalho de parto e parto, incluindo-se neste grupo os profissionais de enfermagem, principalmente as enfermeiras (os) obstétricas (os) e obstetrizes, visto que o campo de atuação dessas (es) profissionais tem crescido nas maternidades de todo o mundo (Rocha *et al.*,2020). Posto isso, nota-se que o conhecimento acerca dos fatores que podem influenciar a ocorrência de laceração perineal é fundamental para que seja possível a implementação de medidas de prevenção diante dos fatores de risco considerados modificáveis (Tavares, *et al.*,2022)

Com base nessas considerações e abrangendo tanto os aspectos assistenciais, como os fatores relacionados ao binômio, verificou-se a necessidade de serem realizadas investigações sobre a relação dos fatores maternos, fetais e assistenciais e a laceração perineal. Nesse contexto, foi traçada como questão norteadora para o estudo: qual a relação entre os fatores maternos, fetais e assistenciais e o desfecho laceração perineal no parto?

Este estudo torna-se relevante uma vez que ainda são lacunares as pesquisas que associam a laceração perineal às características maternas, fetais e assistenciais, levando em conta a realidade social do estado de Alagoas, bem como a sua importância clínica

no âmbito da saúde da mulher, pelas morbidades associadas a curto e a longo prazo. Além deste aspecto, considera-se necessário gerar evidências científicas que colaborem para a implementação de estratégias que minimizem a ocorrência de laceração perineal e, consequentemente, contribuam para a qualidade de vida do binômio mãe-filho. Desta forma, a identificação dos fatores de risco modificáveis e sua influência na ocorrência da laceração perineal justificam este trabalho.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Analisar a relação entre fatores maternos, fetais e assistenciais e o desfecho laceração perineal no parto.

Objetivos Específicos

- Descrever as características sociodemográficas e obstétricas das puérperas;
- Descrever as características de assistência ao trabalho de parto e parto;
- Descrever as características fetais ao nascimento;
- Investigar a prevalência de laceração perineal e os fatores maternos, fetais e assistenciais associados.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Contextualização da assistência ao parto: um breve percurso histórico.

A assistência ao parto no Brasil foi marcada pela transição entre dois modelos dicotômicos de assistência: o primeiro pautado no cuidado feminino sobre outros corpos femininos e o segundo baseado em um modelo patriarcal no qual o homem médico adquire protagonismo no processo de parturição. O primeiro modelo de assistência ao parto vigora até a primeira metade do século XX, no qual a assistência ao parto era praticada majoritariamente por parteiras, no seio íntimo do contexto familiar, ficando a assistência médica restrita aos casos de partos que tivessem alguma complicação (Palharini; Figueirôa, 2018).

O manejo do trabalho de parto e parto era uma função quase que exclusivamente feminina, desenvolvida através das parteiras que detinham os conhecimentos necessários e repassavam esses conhecimentos na comunidade para outras mulheres com o "dom" para a atuação obstétrica. No Brasil, estas tiveram sua atuação reconhecida com prestígio desde o século XVI, sendo a parturição permeada por significados peculiares e individuais, carregado de influências culturais e religiosas, que denotam o caráter particular e a singularidade de cada nascimento (Silva *et al.*,2019).

A origem da palavra parto, do latim *partus - dar à luz,* carrega o significado de alguém que passou por um processo que gerou algo ou alguém, acompanhado da palavra obstetrícia ou em latim *obstare* – que significa *estar ao lado de*, a qual denuncia o seu sentido literal, a essência da assistência obstétrica de estar ao lado da mulher durante a parturição, de modo que ela seja a protagonista do seu processo. Contudo, a história reflete as mudanças de paradigmas ocorridas no tocante a essa assistência e a perda das suas raízes puramente femininas, ocorridas no final do século XX, onde o parto iniciou a trajetória de um evento médico, hospitalocêntrico e intervencionista **(**Bourguignon, Grisotti, 2020).

A perda do espaço essencialmente feminino e a inserção do homem no contexto do parto e nascimento ocorreram de forma gradual, sendo o homem na figura do cirurgião-barbeiro incluído nesse espaço no início do século XVI com a criação do fórceps, com posterior inserção do médico parteiro ao longo do século XVIII, expandindo-se mais veementemente no século XIX, a partir de acordos governamentais para a inclusão da figura médica nos diversos cenários que incluíssem questões de saúde e doença, acabando por afirmar a supremacia da atuação médica no século XX, no qual

foram ocupados os espaços antes femininos e o parto passou a ser processo integrante do ambiente hospitalar (Fernandes; Rosa, 2020).

No Brasil, até o século XIX prevaleceu a assistência prestada por parteiras e até o século XX não haviam maternidades, as assistências ao parto em ambiente institucional eram realizadas em hospitais gerais, o que contribuiu para a resistência das mulheres na mudança do ambiente domiciliar para o ambiente hospitalar. Essa mudança ocorreu mais fortemente nos centros urbanos, mantendo-se a tradição pelo parto domiciliar em muitas áreas rurais e em comunidades até os dias de hoje (Fernandes; Rosa, 2020).

A ideia de desqualificação, marginalização e inferioridade das mulheres parteiras disseminada pela medicina também serviu como suporte para legitimar a atuação médica no contexto do parto, difundindo-se também a visão do corpo como uma máquina defeituosa que necessita de um operador para que pudesse funcionar de maneira eficiente **(**Bourguignon, Grisotti, 2020). Um dos marcos históricos desse processo de mecanização dos corpos, foi o advento da Revolução Industrial, que serviu de base para o modelo hospitalocêntrico, tanto na sua forma político-organizacional, como na valorização e supremacia das tecnologias sobre os processos naturais do corpo. A visão mecanicista atrelada à Revolução Industrial inseriu-se de forma desidiosa no cenário do parto, de forma análoga, denota ao parto as características de uma linha de produção, em que é indispensável o uso de intervenções externas para que o produto, nesse caso o feto, nasça em perfeitas condições, de forma rápida, eficiente e sem custos adicionais (Rattner, 2009).

Decorrente dos processos de mecanização e objetificação dos corpos femininos, nasce a obstetrícia moderna, nesse modelo o parto é visto como um processo patológico e consequentemente perigoso, devendo ocorrer em um ambiente em que seus mecanismos pudessem ser controlados, nesse caso o hospital, que passa a ser o centro de atuação e o único local seguro para este evento (Da Silva; Gomes; De Jesus Ribeiro, 2022). Associado a este modelo estava o discurso de que o parto da mulher moderna sofreria mudanças, pois sua natureza havia sido corrompida pela cultura, o parto teria se tornado mais doloroso e as intervenções médicas para que o nascimento ocorresse eram indispensáveis (Silva *et al.*,2019).

Apesar do enfoque tecnicista e mecanizador característico do modelo hospitalocêntrico a obstetrícia moderna trouxe consigo benefícios, contribuindo consubstancialmente para a redução da mortalidade materna e perinatal e para o

desenvolvimento da obstetrícia enquanto ciência. A obstetrícia moderna serviu como caminho para a consolidação dos saberes médicos e a superação empirista atribuída ao partejar (Nicida *et al.*,2020).

Essa perspectiva mecanicista permaneceu por muito tempo, até que o desejo e a necessidade de mudança nos paradigmas assistenciais culminaram com a criação de diversos movimentos sociopolíticos e culturais, em um momento de transição democrática ainda no final do século XX, que buscavam, dentre outras coisas, a reestruturação do modelo de assistência à saúde ofertado as mulheres, o qual teve ampla participação social, sobretudo do movimento feminista e com a cooperação dos profissionais de saúde (Machado; Penna, 2022).

3.2 Períneo: o foco do cuidado obstétrico

3.2.1 Fragmentação do corpo feminino: a invasão do períneo.

Com a medicalização da sociedade e o nascimento da obstetrícia moderna, o corpo feminino passou a ser visto de forma fragmentada e como objeto de reprodução e controle masculino. A disseminação do modelo biomédico, a apropriação da medicina pelo partejar, o desconhecimento da fisiologia do parto, a inserção do fórceps e o aumento da mortalidade materna decorrente de febres puerperais e infecções foram fatores propulsores para a visão reducionista do parto como evento perigoso, distante de um processo natural e que não poderia de forma alguma ser conduzido sem uma assistência médica (Fernandes; Rosa, 2020)

A propagação desse novo modelo imprimiu no corpo da mulher a objetificação dos seus processos que antes eram vistos como naturais, seu corpo passa a ser domínio médico e do Estado, tendo estes o poder para decidir o que deveria ou não ser feito e a mulher assume papel de mera expectadora (Oliveira; Galvão; Ramos, 2021). O entendimento do parto como evento perigoso, associado ao desconhecimento dos diversos mecanismos envolvidos no processo de parturição promoveu uma maior visibilidade ao assoalho pélvico, já que este juntamente com as estruturas que o compõem, eram os únicos responsáveis pelo nascimento. Era necessário então realizar intervenções perineais que pudessem acelerar o processo de nascimento, sobretudo devido à resistência imposta pelo assoalho pélvico para o desprendimento do feto, reduzindo assim os riscos de complicações (Silva *et al*.,2019)

Contudo cabe salientar que os cuidados com o períneo historicamente já era objeto de preocupação, tais achados são datados desde os séculos I e II com os escritos

do médico grego Sorano de Éfeso, no seu tratado de ginecologia, o qual orientava as parteiras a realizarem compressas de pano com óleo quente no abdômen e vulva, além de apoiarem o períneo sobre uma almofada durante o desprendimento cefálico. Os escritos masculinos do século XVII descrevem o evento parto dentro do meio familiar e defendem a manipulação da vagina e do períneo com o uso de ervas e óleos aplicados nessa região até o desprendimento fetal (Dahlen *et al.*,2011).

Na medida em que ocorre a mudança no modelo de cuidado obstétrico, com o parto visto como um evento perigoso, agrega-se a isto a sua instrumentalização e a imposição da posição litotômica como formas de controle e para melhor acesso e manipulação do períneo, a partir disso, cresce o número de intervenções e a apropriação médica sobre os corpos e processos reprodutivos, gerando em paralelo o início da luta social e feminina pela melhoria das condições ofertadas às mulheres no processo de gestar, parir e nascer (Dahlen *et al.*,2011).

3.2.2 A busca por novos modelos de atenção ao parto e cuidado perineal

Apesar da melhoria gradual que vem ocorrendo nos últimos anos, sobretudo pela criação de políticas de humanização do parto e nascimento, a assistência ao parto no Brasil continua ainda sendo marcada pelo elevado número de intervenções durante o cuidado no trabalho de parto e parto, como a prática de episiotomia, a imposição da posição litotômica, a manipulação excessiva do períneo, a restrição alimentar, entre outros fatores (Trajano; Barreto, 2021).

A luta pela mudança nos modelos assistenciais puramente biomédicos, ocorreu pela necessidade de reorganização social e política. Em meados de 1975, ocorreu a implementação do Programa Nacional de Saúde Materno Infantil com enfoque nos processos reprodutivos e de redução da morbimortalidade materna e neonatal, já que, essa era uma problemática que se intensificou com a obstetrícia moderna e seu modelo medicalizante. Apesar da visão ainda reducionista dos cuidados à mulher, essa foi uma das primeiras políticas que buscaram melhorar a assistência a esse público (Brasil, 2011; Cassiano et al.,2014).

Contudo, esse modelo ainda não era capaz de atender as necessidades sociais e das mulheres, dando início à busca pela ampliação dos cuidados para além de aspectos reprodutivos, tendo como aliado o movimento feminista, em 1970. Nos moldes desse movimento, era necessária uma estrutura que promovesse cuidados pré-natais, boas

condições de assistência ao parto e que visse a mulher nos seus diversos aspectos trabalhistas e sexuais, com a inclusão da ampla oferta de métodos contraceptivos e de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis. Esse movimento contou com ampla participação de profissionais de saúde que estavam insatisfeitos com o modelo de saúde atual (Neto et al.,2008).

Como resultado dessa mobilização social, em 1983 o Ministério da Saúde cria o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse programa marca a ruptura conceitual com o modelo mecanicista anterior, pautado na fragmentação feminina, para uma perspectiva integral dos cuidados que deveriam ser ofertados à mulher, incluía portanto assistência gravídico-puerperal, inclusive para os casos de aborto, assistência contraceptiva e ao climatério, prevenção do câncer de colo do útero e mama e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (Souto;Moreira, 2021;Risaffi; Cruz, 2023).

O PAISM surgiu com o propósito de ampliar a visão sobre a mulher, de modo a assistí -la e compreendê-la em todas as etapas de sua vida, contudo esse programa não previa as necessidades das mulheres na sua condição de sujeito social e nas suas diferentes características étnicas, de classe social, idade, orientação sexual, dentre outros aspectos, sobrevindo então, em 2004, um Programa que possuía em seu escopo o propósito de alcançar a mulher em suas diversas facetas com a inclusão dos grupos vulneráveis não incluídos nos programas anteriores e com um enfoque de gênero, propondo diretrizes de humanização e qualidade da assistência, este Programa foi denominado Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (Ministério da Saúde, 2004; Souto;Moreira, 2021).

A partir dessa Política surgem os primeiros ideais de humanização do parto, porém o termo humanização foi lançado oficialmente com a implementação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2000, estendendo e fortalecendo os cuidados à mulher e ao recém-nascido no pré-natal, parto e puerpério. A partir daí os movimentos em torno de uma assistência humana, integral, biopsicossocial, pautada nos princípios do SUS promovem a implementação de outros instrumentos para o fortalecimento do parto com enfoque na mulher, como a Lei Federal nº 11.108/2005 intitulada Lei do acompanhante e a Rede Cegonha em 2011 com previsão de cuidados às mulheres durante o ciclo gravídico puerperal e às crianças até os dois anos de idade (Brasil, 2005; Brasil, 2011; Vilela et al.,2021).

Desse modo, com o propósito de reafirmar as pactuações instituídas em 2011 através da Rede Cegonha, assegurando à mulher, dentre outras coisas, a atenção humanizada à gravidez, parto e nascimento, o Ministério da Saúde (MS), em 2017, publica diretrizes clínicas para os profissionais de saúde sobre práticas recomendadas de assistência ao parto normal de modo que intervenções desnecessárias e seus agravos fossem reduzidos (Ministério da Saúde, 2017).

Em paralelo a esse movimento no Brasil, a nível internacional também surgiam mobilizações para a melhoria da assistência à mulher. Esses movimentos buscavam o resgate da centralização da mulher no cenário do parto, a autonomia da mulher sobre o seu corpo e a redução das intervenções com o uso adequado das tecnologias (Diniz, 2005). Desta forma, a OPAS e a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizaram, em 1985, uma Conferência sobre o uso de tecnologias apropriadas no parto, resultando então na elaboração de um documento com recomendações que buscavam a redução de intervenções no parto a um nível seguro de assistência (World Health Organization,1985).

Em 1996 a OMS buscando adequar-se ao contexto atual, revisa suas recomendações e publica novas orientações sobre a assistência ao parto, reforçando a necessidade de redução do uso de intervenções ao mínimo seguro e classificando-as de acordo com o seu grau de recomendação, segurança e efetividade, de modo a abolir práticas reconhecidamente danosas. No Brasil, essas orientações foram difundidas de forma mais intensa pelo Ministério da Saúde no ano 2000, através do Manual das Boas Práticas (World Health Organization,1996; Diniz, 2005; Da Silva et al.,2016).

Nesse ínterim, em 2018, a OMS publicou novas diretrizes para re(orientar) profissionais de saúde e estabelecer padrões globais de assistência que devem ser desenvolvidos durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, contemplando recomendações sobre prevenção e proteção perineal. Contudo, com base nos resultados de um estudo de âmbito nacional sobre a assistência ao parto no Brasil, apesar dos progressos consideráveis na aplicação das boas práticas obstétricas, ainda há muito o que avançar, pois direitos garantidos por lei e recomendações consolidadas de assistência ao parto ainda têm sido negligenciadas e desrespeitadas (Leal, et al.,2019).

Ainda no limiar entre o que é recomendado e as inúmeras práticas ofertadas no âmbito do parto e nascimento, o MS preocupado com a perpetuação de práticas assistenciais não embasadas na melhor evidência científica disponível, a necessidade premente de recomendações atuais, bem como devido ao impacto que tais ações

provocam na saúde materno-infantil e na percepção da experiência do parto pela mulher, publica um novo documento denominado Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, para nortear o cuidado obstétrico.Este documento incluiu estudos que avaliaram a relação entre as características maternas, fetais, intervenções obstétricas intraparto e o risco de laceração perineal, demonstrando não só a relevância que este desfecho possui para a saúde pública, mas reafirmando a possível ligação entre os cuidados/intervenções obstétricas e a laceração perineal (Ministério da Saúde, 2022).

Deste modo, a trajetória do parto e nascimento na vida da mulher foi marcada por inúmeras mudanças, sendo que em todas elas é possível verificar o períneo feminino como objeto de manipulações, seja para o alívio da dor ou para a aceleração do mecanismo do parto e nascimento (Dahlen et al.,2011; Silva et al.,2019; Fernandes; Rosa, 2020) Os caminhos percorridos pelas políticas públicas de atenção ao parto e nascimento no Brasil, apesar da mudança tímida no tocante à incorporação de ações baseadas em evidências científicas, têm despontado diversas estratégias na busca pela redução das intervenções, incluído o períneo feminino, como forma de reduzir possíveis complicações maternas (Unicef, ReHuNa, 2021).

3.2.3 O trauma perineal com enfoque na laceração perineal

O trauma perineal caracteriza-se por qualquer dano ocorrido na região genitália feminina, seja de forma espontânea ou provocada através da episiotomia. Para os traumas de causa espontânea, denomina-se laceração perineal como uma solução de continuidade dos tecidos vulvares e perineais que ocorre, geralmente, durante o desprendimento cefálico, quando a distensão da musculatura vaginal não foi suficiente, possuindo diferentes, extensões localizações e profundidades (Mathias *et al*., 2015; Riva; Minimi, 2016; Souza *et al.*,2020)

A identificação e avaliação minuciosa do trauma perineal é fator indispensável para garantir uma boa recuperação puerperal, bem como a saúde física, mental e sexual dessas mulheres. Desta forma, no tocante à análise sistemática da laceração perineal, a avaliação da sua extensão inclui todas as estruturas que foram lesadas e onde se localizam. Sendo assim, a depender das estruturas anatômicas atingidas, as lacerações podem ser de 1º grau estando incluídas a pele e mucosas, de 2º grau quando ocorre lesão dos músculos perineais sem atingir o esfíncter anal, 3º grau com lesão no períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal e seus respectivos graus (grau 3a – laceração de menos de 50% da espessura do esfíncter anal; grau 3b - – laceração de mais de 50% da espessura do esfíncter anal; grau 3c - laceração do esfíncter anal interno) e quarto

grau quando atinge o complexo do esfíncter anal (esfíncter anal interno e externo) e o epitélio anal (Ministério da Saúde, 2017).

Na avaliação da localização estas podem ser de localização anterior e/ou posterior. As lacerações de localização anterior a depender de sua profundidade, pode envolver estruturas como os lábios internos, região vestibular, parede vaginal anterior, uretra e o clitóris. Já as lacerações de localização posterior podem atingir a parede vaginal posterior, os músculos perineais e o esfíncter anal. Cabe salientar que as lacerações de localização anterior se caracterizam por apresentarem-se de maneira mais superficial, geralmente com cicatrização mais rápida, menor necessidade de sutura e menor risco de complicações e as de localização posterior apresentam maior profundidade e maior risco de complicações (Costa, Riesco, 2006; Araújo, Oliveira, 2008). As principais complicações estão relacionadas à maior perda sanguínea, necessidade de sutura, infecção, dor perineal, incontinência urinária e/ou fecal e dispareunias (Souza *et al.*,2020).

Estudo realizado por Ferreira *et al*, 2018 verificou que existe associação entre a região do trauma perineal e a ocorrência de problemas locais, o atendimento de necessidades fisiológicas e a realização de atividades habituais por mulheres no pós-parto vaginal. Sendo que as lacerações localizadas na região anterior do períneo provocaram menores desconfortos, em sua maioria relacionados ao ardor e dificuldades na micção. Já as lesões na região posterior foram responsáveis pelos relatos de dor perineal, edema, dificuldade para dormir, deambular e sentar.

Sendo assim, como forma de reduzir os riscos e desconfortos decorrentes da laceração perineal e para melhorar o processo de cicatrização, as lacerações perineais devem ser suturadas, com exceção das lacerações pequenas, muito superficiais e que atingem apenas a mucosa vaginal. Feitas as exceções, a maioria das lacerações, sejam elas de 1º, 2º ou 3º graus demandam sutura de suas bordas, devendo ser assegurado analgesia local adequada na realização deste procedimento, além disso a mulher deve ser orientada sobre os motivos pelos quais há a necessidade de sutura (Ministério da Saúde, 2017; Ministério da Saúde, 2022). É sabido que a sutura perineal pode causar desconforto e ser fator provocador de edema, dor e infecção, podem ainda interferir no sono, micção e evacuação, em contrapartida, a não sutura pode provocar esses mesmos problemas, acrescido do risco de hemorragias e disfunções anatômicas (Silva, 2005; Souza *et al*.,2020).

3.3 Laceração perineal e as repercussões para a saúde pública.

Complicações na gestação, parto e puerpério figuram como um grande problema de saúde pública. Segundo dados Organização Mundial da Saúde (2023), uma mulher morre durante a gravidez ou o parto a cada dois minutos e na América Latina e Caribe esse número chega a quase 8.000 mil mulheres ao ano de acordo com a Declaração Conjunta sobre a Redução da Morbidade e Mortalidade Materna da Organização Pan-Americana da Saúde (2023), sendo que, entre as principais causas estão a hemorragia, hipertensão, infecções relacionadas à gravidez, complicações de aborto inseguro e condições subjacentes como HIV/AIDS e malária.

Por serem causas evitáveis, esses dados são considerados um retrocesso para a saúde pública, por isso, os países da América Latina uniram-se para lançar a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030, que possui como metas, dentre outras coisas, a redução da mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030 (Organização Pan-Americana de Saúde, 2017). Para Freitas-Júnior (2020), este indicador reflete a qualidade da atenção obstétrica e o desenvolvimento humano do país, pois está diretamente relacionado às condições socioeconômicas, acesso à oportunidade do cuidado e à assistência prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, além disso a mortalidade materna por causas evitáveis deve ser compreendida como uma violação aos direitos humanos devido a não garantia de direitos básicos como o direito à vida, à família e a uma assistência segura.

Neste ínterim, apesar de pouco abordado na literatura, a morbidade materna associada à laceração perineal, também é, em termos de saúde pública, um fator que deve ser minimizado dada a sua interferência na saúde da mulher. É sabido que as lacerações de 1º e 2º graus causam morbidades mais leves como dor perineal, edema, dificuldades na micção, evacuação e risco de infecção e as lacerações de 3º e 4º graus, dada a abrangência dos tecidos lesados durante a rotura, provocam morbidades mais severas como disfunção sexual, dispareunias, risco aumentado de hemorragia, instabilidade hemodinâmica e infecção (Villamar *et al*.,2019)

Desta forma, a laceração perineal pode ser um fator causador de condições iatrogênicas ou de mortalidade materna por hemorragia e/ou infecção, logo, independente do seu grau ou localização, é fator de risco para infecção puerperal (Souza *et al*.,2020; Galvão *et al.*,2023b). Para as lacerações de 3º e 4º graus, as hemorragias, se não forem adequadamente conduzidas, também podem levar ao óbito materno. A laceração de trajeto está citada como uma das complicações hemorrágicas no pós-parto,

potencialmente ameaçadoras à vida da mulher (Ministério da Saúde, 2022). Portanto entendendo que a mortalidade materna é um grave problema de saúde pública nos dias atuais, que as hemorragias e infecções estão entre as principais causas de morte materna em todo o mundo e que as lacerações perineais podem provocar tais desfechos, importa que o conhecimento dos fatores causadores das lacerações perineais bem como as suas formas de prevenção seja objeto de estudo constante na comunidade científica, de modo que as melhores evidências sobre o assunto estejam disponíveis e possam ser utilizadas nas rotinas assistenciais (Villamar *et al*.,2019; Organização Pan-Americana de Saúde, 2023; Galvão *et al.*,2023b).

4. Material e Método

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. SegundoChiavegato e Padula (2020), os estudos transversais são também observacionais, uma vez que o foco dele é observar e registrar as informações no tempo presente, portanto não se realiza nenhuma intervenção sobre o meio. São definidos como estudos de prevalência por oferecerem dados sobre a frequência da ocorrência de um evento em uma determinada população.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em quatro maternidades de baixo risco da capital do Estado de Alagoas (Maceió), que são vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), aqui denominadas Maternidade Florence Nightingale, Maternidade Khatarine Kolcaba, Maternidade Hildegard Peplau e Maternidade Madeleine Leininger**.**

A escolha dos nomes fictícios das maternidades ocorreu em respeito à preservação do sigilo das participantes da pesquisa e dos locais em que se realizou a coleta de dados, utilizando-se da analogia para fazer referência às teóricas de enfermagem e às suas contribuições para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, sobretudo aqueles que devem ser ofertados às mulheres durante o ciclo gravídico puerperal.

A partir desta analogia, Florence Nightingale através da Teoria Ambientalista comprovou a influência do meio ambiente externo no funcionamento do organismo, seja para recuperação ou na contribuição da doença e morte (Medeiros, Enders, Lira, 2015). Na sequência, para Khatarine Kolcaba o conforto é o resultado holístico do cuidado de enfermagem, operacionalizado através da satisfação das necessidades humanas nas esferas física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, só sendo possível na compreensão da singularidade de cada pessoa (Oliveira *et al*.,2020).

Para a teórica Hildegard Peplau, a interação enfermeiro/paciente promove crescimento e desenvolvimento pessoal, sendo que à medida que a enfermagem compreende sua função, compreenderá também as necessidades do paciente (Almeida; Lopes; Damasceno, 2005).Por último, Madeleine Leininger com a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural e precursora da Enfermagem Transcultural propõe que os cuidados de enfermagem devem ser holísticos, pautados na compreensão da diversidade cultural existente entre as pessoas (Da Silva *et al*.,2021).

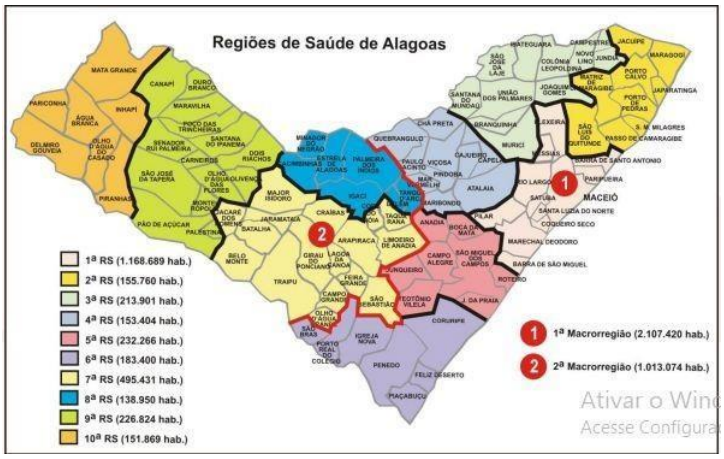
Todas as teorias citadas se complementam no tocante aos cuidados de enfermagem que devem ser desenvolvidos para que se alcance a tão estimada integralidade do cuidado. Descrevem o quanto o ambiente (representado aqui pelo

ambiente da maternidade propriamente dito), o estado de conforto (através das práticas de cuidados obstétricos desenvolvidas durante a assistência ao trabalho de parto e parto e suas repercussões nas várias esferas que compõe o "ser mulher"), as relações interpessoais (relação profissional/gestante dentro do ambiente da maternidade) e a cultura (representado pelo processo de aceitação e assimilação da cultura da gestante) interferem na experiência de cuidado vivenciada pelos sujeitos, não havendo como desvincular tais preceitos dos cuidados que devem ser ofertados a essas mulheres.

As quatro maternidades dessa pesquisa situam-se no município de Maceió, no estado de Alagoas e a vinculação das gestantes de risco habitual, por maternidade de Maceió, atende à logística de divisão estabelecida pela Secretaria do Estado da Saúde de Alagoas (SESAU) em parceria com a Supervisão de Cuidado à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (SUMCA).

Cabe destacar que o estado de Alagoas possui 102 municípios, distribuídos em 02 macrorregiões de saúde e 10 regiões de saúde. A primeira macrorregião de saúde tem sede em Maceió e comporta da 1º à 6º regiões de saúde, correspondendo a 56 municípios e a 2º macrorregião de saúde, com sede em Arapiraca, comporta da 7º à 10º regiões de saúde correspondendo a 46 municípios (Figura 1).

Figura 1 - Mapa geográfico de Alagoas segundo regiões de saúde.



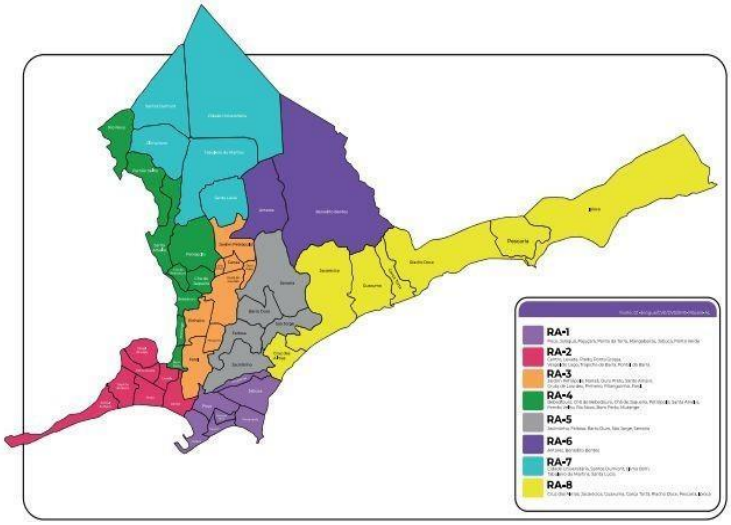
Fonte: Superintência de Vigilância em Saúde, 2017, p.10

As maternidades desse estudo atendem as gestantes residentes na 1º macrorregião de saúde, mas especificamente na 1º e 4º regiões de saúde, o que equivale a um total de 21 municípios, porém a maternidade Madeleine Leininger atende apenas as gestantes do município de Maceió, localizado na 1º região de saúde.

Dentre os municípios atendidos, o de Maceió, é o que comporta a maior população de gestantes, com uma estimativa de 12.071 gestantes de baixo risco de

acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, através da Nota Técnica Nº 01/2022 - DAS/GASM/RC que trata do mapa de vinculação da gestante à maternidade.

Figura 2 – Mapa geográfico de Maceió segundo Distritos Sanitários, Alagoas, 2021.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, 2021, p.13

4.3 População do estudo, amostra e amostragem

A população do estudo foi composta por puérperas que receberam assistência ao parto normal e que estavam internadas nas respectivas maternidades, bem como seus prontuários. A amostragem foi do tipo probabilística aleatória simples já que todas as participantes tiveram a mesma oportunidade de serem escolhidas (Marotti *et al.*,2008).

O tamanho da amostra, foi calculado considerando uma população de 7.158 partos normais, ocorridos nas maternidades selecionadas, no ano de 2021, identificada através da base do DataSUS[1], calculado através de calculadora amostral eletrônica, adotando margem de erro de 5%, nível de confiança de 95%, totalizando uma amostra de 344 participantes. Para cada maternidade foi determinada uma amostra a ser coletada, distribuída proporcionalmente, considerando o número de partos registrados no ano de 2021, conforme apresentado na tabela 1.

Quadro 1 - Definição da amostra do estudo segundo as maternidades participantes do estudo. Maceió, Alagoas, 2024.

[1] Disponível no site do DATASUS - www2.datasus.gov.br. A estratégia para identificação do número de partos ocorreu através dos dados de *Informações de Saúde (TABNET)*; *Assistência à Saúde*; *Produção Hospitalar (SIH/SUS)*; *Dados consolidados AIH (RD), por grupo procedimento, a partir de 2008*; *Abrangência geográfica – Alagoas*, com as seguintes variáveis: AIH aprovadas; Município de Maceió; Estabelecimento; Procedimento “Parto Normal”.

Hospital	Amostra	
	Nª	**%**
Maternidade Florence Nightingale	136	39,5
Maternidade Khatarine Kolcaba	80	23,3
Maternidade Hildegard Peplau	110	32,0
Maternidade Madeleine Leininger	18	5,2
Total	**344**	**100**

Fonte: DataSUS (Tabnet)

Para participar da pesquisa as puérperas deveriam estar em fase de puerpério imediato, com gestação de feto único, vivo e a termo e apresentação cefálica e excluídas as puérperas que tiveram indicação clínica de cesárea ou que pariram fora do ambiente hospitalar. Para esse estudo considera-se:

Puerpério imediato: período que compreende o 1º ao 10º dia de pós-parto (Montenegro, Rezende Filho, 2017).

Gestação de feto único, vivo e a termo: gestação com a existência de apenas um concepto vivo, com idade gestacional entre 37 e 42 semanas de gestação calculada pela data da última menstruação quando esta for conhecida e confiável ou pela ultrassonografia realizada de preferência no primeiro trimestre de gestação (Montenegro, Rezende Filho, 2017).

Apresentação cefálica: quando o polo cefálico se encontra no estreito superior (Montenegro, Rezende Filho, 2017).

Gestantes com indicação clínica de cesárea: gestantes que estejam em trabalho de parto, mas possuam alguma contraindicação para o parto vaginal ou que no momento do trabalho de parto foram submetidas a cesariana (ALVES, 2016);

4.4 Instrumento para coleta de dados

O instrumento para coleta de dados (ANEXO A) teve como base instrumento utilizado por Costa (2018) em uma pesquisa sobre desfechos maternos perinatais da

assistência da enfermagem obstétrica com a conduta hands off**,** sendo adaptado à realidade e objetivo do estudo, contemplando as seguintes variáveis:

Independentes:

Sociodemográficas: faixa etária, ocupação, renda familiar per capita, cor/raça autodeclarada, situação conjugal e escolaridade.

Maternas: IMC pré-gravídico, paridade, idade gestacional (IG) e intervalo interpartal;

Condições de assistência obstétrica: presença do acompanhante, uso de puxos dirigidos, uso da manobra de Kristeller, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, número de toques vaginais, infusão de ocitocina intraparto, indução do trabalho de parto, tipo de indução,duração do período expulsivo, uso do partograma, posição adotada no parto, profissional que prestou assistência ao parto e grau de laceração perineal.

Fetais: Peso ao nascer, perímetro cefálico e capurro somático.

Dependente:

Laceração perineal

Para o preenchimento do formulário cabe ressaltar que para a variável partograma, foi considerada como resposta positiva o seu uso para representação gráfica da evolução do trabalho de parto (Lucena, Santos, Morais, 2019).

Procedimento para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no alojamento conjunto das maternidades selecionadas, após a autorização dessas Instituições de Saúde e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (ANEXO E). Optou-se por operacionalizar a coleta em dias aleatórios e intercalados durante os sete dias da semana, de modo que fosse possível captar o maior número de mulheres, respeitando-se a disponibilidade das pesquisadoras e as normas institucionais, no período de novembro de 2022 a agosto de 2023.

A coleta de dados foi desenvolvida por quatro pesquisadoras, que foram treinadas para o uso do instrumento e orientadas quanto ao objetivo da pesquisa, bem como sobre os critérios éticos.

Antes do início da coleta de dados, foi realizado um teste do instrumento nas quatro maternidades selecionadas para avaliar o atendimento ao objetivo proposto e se respondia à questão norteadora, porém os testes não foram incorporados à amostra final

da pesquisa. Após as adaptações necessárias do instrumento, deu-se prosseguimento aos procedimentos para coleta de dados.

Inicialmente foi realizada uma pré-seleção das puérperas por meio de uma lista de checagem (APÊNDICE A) contendo os critérios de inclusão e exclusão deste estudo, sendo preenchida com base nas informações contidas no mapa setorial e nos prontuários. As puérperas aptas a participar da pesquisa foram então convidadas pelo (a) pesquisador (a).

O preenchimento do formulário estruturado foi realizado pelo próprio pesquisador, através de entrevista com as puérperas, coleta de dados nos prontuários e no cartão de pré-natal da gestante. Os dados relativos às variáveis sociodemográficas e as variáveis assistenciais como a presença do acompanhante, uso de puxos dirigidos, uso da manobra de Kristeller, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor (MNFAD) e a posição adotada no parto foram coletadas diretamente com a puérpera. Os dados relativos às variáveis obstétricas e as assistenciais como o número de toques vaginais, infusão de ocitocina intraparto, indução do trabalho de parto, uso do partograma, profissional que prestou assistência ao parto e condições do períneo (presença de laceração perineal e o grau de laceração perineal) e as variáveis fetais, foram coletadas através de consulta ao prontuário e no cartão de pré-natal da gestante.

4.5 Tratamento e análise dos dados

Todas as informações coletadas foram armazenadas em um banco de dados da Microsoft Excel® versão 2019. Para a análise dos dados foi utilizado o software livre R (R version 4.2.2 (2022-10-31 ucrt)), a partir da utilização da Estatística Descritiva e Inferencial para a exibição dos resultados. As estatísticas descritivas são usadas para resumir um conjunto de observações, a fim de comunicar a maior quantidade de informações da forma mais simples possível (Mishra, 2019).

Desta forma, utilizou-se as Medidas de Tendência Central através da Média e Mediana e as Medidas de Dispersão representadas pelo Mínimo e Máximo (Min – Max), Intervalo Interquartil (1Q-3Q) e Desvio Padrão (DP) para as variáveis numéricas (salário, idade, anos de estudo, IMC pré-gravídico, idade gestacional, nº de toques vaginais, duração do período expulsivo, peso, perímetro cefálico e capurro somático) e a Frequência e Frequência relativa para as variáveis categóricas (faixa etária, ocupação, renda, cor/raça, escolaridade, situação conjugal, categoria IMC, nº de gestações, nº de partos, nº de partos normais, nº de abortos, nº de cesarianas, posição no parto, profissional que prestou assistência, presença de acompanhante, puxos dirigidos,

manobra de Kristeller, oferta de MNFAD, uso do partograma, uso de ocitocina, indução do trabalho de parto, tipo de indução).

Para a análise estatística inferencial foram utilizados os Testes de Shapiro-Wilk, Mann-Whitney, Chi-Quadrado, Exato de Fisher, Teste Z para igualdade de proporções e Kruskall-Wallis. Neste estudo a letra "a" ao lado do p-valor significa que o teste utilizado foi o Chi-Quadrado, quando marcado pela letra "b" foi utilizado o teste Exato de Fisher, quando marcado pela letra "d" significa que o teste utilizado foi o Mann-Whitney, e quando marcados pela letra 'f' indicam realização do teste Kruskal-Wallis.

Como uma medida alternativa de tamanho de efeito interpretável para a prevalência de laceração, calculamos a Razão de Prevalência, bem como seu intervalo de 95% de confiança. Intervalos que incluem o valor um indicam que a prevalência do grupo em questão quando comparados com o grupo referência não pode ser considerada estatisticamente significativa. Intervalos inteiramente abaixo do valor um indicam que a prevalência no referido grupo é estatisticamente menor que no grupo referência, configurando assim um fator de proteção à laceração. Já intervalos inteiramente acima do valor um indicam que a prevalência do grupo em questão é superior à do grupo referência, configurando um fator de risco (Jewell, 2004).

Por vezes, os resultados do teste de associação não concordam com a razão de prevalência em consequência do método de estimação e, principalmente, para variáveis com mais de dois grupos em comparação. Nesse caso, dá-se mais peso para o resultado dos testes de associação, utilizando a razão de prevalência para determinar apenas o grau da associação quando ela existe (Jewell, 2004)

Para análise das associações e da razão de prevalência as variáveis descritas a seguir foram transformadas em variáveis dicotômicas: renda, nº de gestações, nº de partos, nº de abortos, nº de partos normais, nº de cesarianas, idade gestacional, nº de toques vaginais, duração do período expulsivo, peso, perímetro cefálico e capurro somático) e se tomou como ponto de corte os seguintes critérios estabelecidos pela literatura descritos abaixo:

- Nº de gestações, nº de partos, nº de abortos, nº de partos normais, nº de cesarianas: baseado nos conceitos de primiparidade que se refere à mulher que teve ou vai ter o primeiro parto e multiparidade que se refere à mulher que já pariu pelo menos duas vezes (Michaelis, 2016).

- Idade gestacional e capurro somático: foi adotada como referência os conceitos do American College of Obstetricians and Gynecologists (2013) que classifica as gestações a termo em termo precoce (37 semanas até 38 semanas e 6 dias de gestação), termo completo (39 semanas até 40 semanas e 6 dias de gestação), termo tardio (41 semanas até 41 semanas e 6 dias de gestação) e pós-termo (42 semanas de gestação e além). Sendo assim foram criadas as categorias < que 39 semanas (termo precoce) e ≥ 39 semanas (agregando as demais classificações).
- Nº de toques vaginais: foi baseado tomando como referência que os toques vaginais devem ser realizados pelo a cada 04 horas e que a duração da fase ativa do primeiro período do parto geralmente ocorre em torno de 12 horas nas nulíparas e 10 horas nas multíparas, portanto, têm-se uma média de 02 toques vaginais considerando esse tempo (Ministério da Saúde, 2022).
- Duração do período expulsivo: foi baseado no que o Ministério da Saúde (2022) descreve como tempo médio, que é inferior a 01 hora em nulíparas e inferior a meia hora em multíparas.
- Peso: Determinado pelo que o Ministério da Saúde (2010) define como macrossomia fetal, a saber, fetos com peso maior ou igual a 4.000 g.
- Perímetro cefálico: definido de acordo com os parâmetros para o diagnóstico da microcefalia que é de 31.9 cm para meninos e 31.5 cm para meninas (Organização Pan-Americana da Saúde, 2016).

De modo a evitar informações redundantes, optou-se por não categorizar as variáveis numéricas idade, anos de estudo e IMC pré-gravídico, uma vez que essas informações estão contempladas nas variáveis faixa etária, escolaridade e categoria IMC. Portanto, essas variáveis numéricas foram utilizadas apenas nas análises descritivas.

Para um melhor entendimento acerca dos resultados estatísticos, abaixo estão descritas as interpretações que devem ser realizadas para os valores encontrados em cada teste utilizado:

Teste de Shapiro-Wilk: ao nível de significância de 5%, rejeita-se a hipótese de normalidade se o p-valor encontrado for menor que 0,05, causando então a necessidade de recorrer a um teste não paramétrico ou a alguma outra técnica que aceite a não normalidade dos dados (Ghasemi; Zahediasl, 2012).

Teste Mann-Whitney: ao nível de significância de 5%, rejeita-se a hipótese de igualdade entre os dois grupos se o valor de p encontrado for menor que 0,05. O tamanho do efeito calculado é a estatística R. Esta estatística relata um tamanho de efeito, em que quanto mais distante do 0, maior o efeito. Quando os dados no primeiro grupo são maiores do que no segundo grupo r é positivo. Quando os dados no segundo grupo são maiores do que no primeiro grupo r é negativo. Comumente, considera-se r > 0.1 como efeito pequeno, r > 0.3 efeito médio e r > 0.5 grande (Normando; Tjäderhane; Quintão, 2010; Leal, Silva, Sopelete, 2005).

Teste Chi-Quadrado: Ao nível de significância de 5%, rejeita-se a hipótese de independência entre todos os grupos se o valor p encontrado for menor que 0,05. Caso estejamos comparando mais de dois grupos, uma análise dos resíduos nos dá a direção para entender quais caselas possuem mais ou menos observações do que o esperado. O tamanho do efeito mais utilizado no ambiente das análises de Qui-quadrado é o V de Cramer. Esta estatística gera valores 0-1. A interpretação é baseada nos graus de liberdade (em parênteses, em frente ao v) e é feita da seguinte maneira:

Para 1 grau de liberdade, v<0.1 indica um efeito irrisório, v entre 0.1 e 0.3 um efeito pequeno, v entre 0.3 e 0.5 um efeito médio e maior que 0.5, um efeito grande;

Para 2 graus de liberdade, v<0.07 indica um efeito irrisório, v entre 0.07 e 0.21 um efeito pequeno, v entre 0.21 e 0.35 um efeito médio e maior que 0.35, um efeito grande;

Para 3 ou mais graus de liberdade, v<0.06 indica um efeito irrisório, v entre 0.06 e 0.17 um efeito pequeno, v entre 0.17 e 0.29 um efeito médio e maior que 0.29, um efeito grande (Leal, Silva, Sopelete, 2005).

Teste Exato de Fisher: Ao nível de significância de 5%, rejeita-se a hipótese de independência entre todos os grupos se o valor p encontrado for menor que 0,05. Não há medidas de tamanho para efeito deste teste (Leal, Silva, Sopelete, 2005).

Teste Kruskal Wallis: O Kruskal-Wallis foi utilizado quando as variáveis respostas são categóricas ordinais, segundo preconiza Field, Miles e Field (2012) e Naham (2016). Em conjunto com o p-valor, foi calculado o tamanho de efeito ‘eta quadrado’ interpretados da seguinte forma: 0,01-0,06 (efeito pequeno), 0,06-0,14 (efeito moderado) e >= 0,14 (efeito grande). Esses testes são globais, e quando p<0.05 interpretamos que há pelo menos um grupo com respostas diferentes dos demais. Para determinar qual o(s) grupo(s) que difere(m), são realizados testes de comparação

pareada, sendo o teste de Dunn com correção de Bonferroni adequado para o Kuskal-Wallis (Dunn 1964).

Todos os testes estatísticos aqui apresentados foram avaliados pelo valor de p. Para cada teste, há a definição de duas hipóteses:

Hipótese Nula: A hipótese que você deseja REJEITAR, ao encontrar evidências contra;

Hipótese Alternativa: Oposta a hipótese nula, será utilizada caso a hipótese nula seja rejeitada.

Adotou-se neste trabalho a significância de 5%. P-valores menores que 5% serão considerados significantes e destacados com um asterisco * (significante a 5%), dois asteriscos (**) indicam significância a 1% e três (***) indicam significância a 0,1%.

Variáveis nas tabelas destacadas com um asterisco * significa que houve missings, ou seja, linhas com perdas de dados.

4.6 Aspectos éticos e legais

Em conformidade com as Resoluções 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas, sob o parecer de número 58121222.3.0000.5013 (ANEXO E).

Após o aceite em participar da pesquisa, prosseguiu-se com a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) junto às participantes com 18 anos ou mais ou emancipadas (ANEXO B). Para as participantes menores de 18 anos foi utilizado o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), devendo o seu responsável legal assinar o TCLE desde que a mesma não seja casada no civil[2] (ANEXOS C e D).

Uma via do TCLE/TALE assinada pelo pesquisador foi entregue à participante e outra via ficou em posse das pesquisadoras. A coleta de dados foi iniciada somente após assinatura do TCLE/TALE em consonância com as Resoluções 466/2012, 510/2016 e 580/2018, as recomendações do CEP e o padrão de normatização da UFAL.

[2] A emancipação legal ocorre de forma automática, quando o menor passa por algumas situações previstas em lei. De acordo com o art. 5º do Código Civil, a emancipação ocorre em menores com idades entre 16 e 18 anos a partir do *Casamento* e a pessoa se torna habilitada de praticar os atos da vida civil.

As participantes receberam todas as informações relativas aos objetivos, a forma de coleta dos dados, riscos e benefícios do estudo, bem como foram esclarecidas todas as dúvidas que surgiram no percurso da coleta de dados, destacando que a participação tem caráter voluntário podendo desistir a qualquer momento ou não responder a qualquer das perguntas sem que isso acarrete prejuízo e/ou danos para si.

Foi assegurado a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização das participantes da pesquisa em todas as suas fases e a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, respeitando-se os princípios éticos da autonomia, beneficência, não- maleficência e justiça, bem como foram preservados o sigilo e anonimato das participantes e instituições pesquisadas.

5. Resultados

5.1 Caracterização sociodemográfica e clínico-obstétrica das puérperas

Participaram do estudo 344 puérperas, dos quais 39.5% foram na Maternidade Florence Nightingale, 32% na Maternidade Hildegard Peplau, 23.3% na Maternidade Khatarine Kolcaba e 5.2% na Maternidade Madeleine Leininger**.**

No que diz respeito ao perfil sociodemográfico das puérperas a análise demonstra que a maioria estava na faixa etária entre 18 a 29 anos (70.1%), com a idade variando entre 13 e 43 anos, média de 23,59 (DP 5.85), não ocorrendo perda de dados e com a presença de 02 outlier(s).

A maioria das mulheres também relataram que não trabalhavam (75.5%) e que possuíam renda familiar mensal de um salário mínimo (48.7%), sendo que tanto para as mulheres que realizavam trabalho remunerado, como para as que não trabalhavam o salário variou entre R$ 300 e 7.300, com uma média de R$ 1560,21 (DP 906.59). Ainda com relação a esse resultado, 114 mulheres não relataram seu salário, o que é esperado por ser considerado um tópico sensível.

Além disso, se autodeclararam, em sua maioria, como pardas (68.4%), com ensino médio completo (43.4%), anos de estudo variando entre 0 a 25 anos, com média de 9,93 anos (DP 3.2), casadas ou com união estável (72.1%). Esses resultados podem ser visualizados nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Distribuição das mulheres segundo as características sociodemográficas**,** Maceió- Alagoas-2023. (continua)

Variável	**N**	%
Maternidade		
Florence Nigthingale	136	39.53%
Hildegard Peplau	110	31.98%
Khatarine Kocalba	80	23.26%
Madeleine Leininger	18	5.23%
Faixa etária		
<18 anos	44	12.79%
18 a 29 anos	241	70.06%
30 a 39 anos	55	15.99%
40 a 49 anos	4	1.16%
50 anos ou mais	0	0%
Ocupação		
Não trabalha	259	75.51%
Trabalho remunerado	84	24.49%

Tabela 1 - Distribuição das mulheres segundo as características sociodemográficas**,** Maceió- Alagoas- 2023. (conclusão)

Variável	**N**	%
Renda		
< que 1 salário mínimo	68	24.55%
1 salário mínimo	135	48.74%
2 a 3 salários mínimos	67	24.19%
4 a 5 salários mínimos	5	1.81%
6 ou mais salários mínimos	2	0.72%
Cor/Raça		
Parda	234	68.42%
Preta	54	15.79%
Branca	49	14.33%
Indigena/Amarela	5	1.46%
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	92	26.82%
Fundamental Completo	95	27.7%
Médio Completo	149	43.44%
Superior Completo	6	1.75%
Outro	1	0.29%
Situação conjugal		
Casada/União Estável	248	72.09%
Solteira/Divorciada	96	27.91%

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Tabela 2 - Distribuição das mulheres segundo as características sociodemográficas das variáveis quantitativas, Maceió- Alagoas - 2023.

Variável	**Média (DP)**	**Mediana**	**Q1-Q3**	**Min - Máx**
Idade(anos)	23.59 (5.85)	23	19-28	13-43
Salário	1560.21 (906.59)	1212	1212-1500	300-7300
Anos de estudo	9.93 (3.2)	11	8-12	0-25

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

No que diz respeito às variáveis relacionadas às características clínico-obstétricas das puérperas, a categorização desses valores demonstra que a maioria das mulheres (53.6%), apresentavam IMC entre >18,5kg/m² a 24,9kg/m², considerado adequado, variando entre 13.78 e 40.54, com média de 23.49 (DP 4.74), 97 missing(s), ou seja, linha(s) com perda de dados e 5 outlier(s).

No tocante à paridade, a maioria teve uma gestação (42.2%), um parto (46.5%) e nenhum aborto (84.6%). Para as mulheres que tiveram dois ou mais partos, ao menos

um foi parto normal (46.5%) e em relação à cesariana obtivemos um maior percentual de mulheres que relataram não terem sido submetidas ao procedimento em gestações anteriores (92.7%).

O intervalo interpartal, que foi medido em meses, teve como média 51.15 (DP 38.3), com 152 missing(s) e 9 outlier(s) e idade gestacional com média de 39.27 (DP 1.08) ambas sem perda de dados e outlier(s), esses resultados podem ser visualizados nas tabelas 3 e 4.

Tabela 3 - Distribuição das mulheres segundo as características clínico-obstétricas, Maceió- Alagoas-2023.

Variável	n	%
Categoria IMC		
<18,5kg/m²	30	12.10%
>18,5kg/m² a 24,9kg/m²	133	53.63%
≥25 kg/m² a 29,9kg/m²	67	27.02%
>30 kg/m²	18	7.26%
Nº de gestações		
1	145	42.15%
2	100	29.07%
3	46	13.37%
4 a 6	47	13.66%
7 ou mais	6	1.74%
Nº de partos		
1	160	46.51%
2	100	29.07%
3	47	13.66%
4 ou mais	37	10.76%
Nº de abortos		
0	291	84.59%
1	44	12.79%
2 ou mais	9	2.62%
Nº de partos normais		
1	161	46.80%
2	93	27.03%
3	37	10.46%
4 a 6	47	13.66%
7 ou mais	6	1.74%
Nº de Cesarianas		
0	319	92.73%
1	24	6.98%
2	1	0.29%

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Tabela 4 - Distribuição das mulheres segundo as características clínico-obstétricas das variáveis quantitativas, Maceió- Alagoas - 2023.

Variável	Média (DP)	Mediana	Q1-Q3	Min - Máx
IMC pré-gravídico	23.49 (4.74)	22.8	19.9-26.23	13.78-40.54
Intervalo interpartal (meses)	51.15 (38.3)	36	24-61.25	12-216
IG(sem,dias)	39.27 (1.08)	39.2	38.6-40.1	37-42

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

5.2 Caracterização da assistência ao trabalho de parto e parto

Com relação às características de assistência ao trabalho de parto e parto a indução ocorreu em 33 mulheres (9.8%), sendo mais prevalente o uso de Misoprostol isolado (75.8%). Além disso verificou-se também que a maioria das mulheres pariram na posição litotômica (56.4%) e foram acompanhadas por médicos (73.3%) conforme tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição das mulheres segundo características de assistência ao trabalho de parto e parto, Maceió- Alagoas -2023.

Variável	n	%
Tipo de indução		
Misoprostol	25	75.76%
Misoprostol e Ocitocina	8	24.24%
Posição no parto		
Litotômica	194	56.4%
Semissentada	112	32.56%
Banqueta	21	6.1%
Quatro apoios	11	3.2%
Cócoras	3	0.87%
Em pé	2	0.58%
Lateral	1	0.29%
Profissional		
Médico	252	73.26%
Enfermeira	83	24.13%
Médico residente	6	1.74%
Enfermeira residente	3	0.87%

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Acerca do número de toques vaginais os resultados mostram que variou entre 0 e 8, com média de 2.08 (DP 1.41), sem perda de dados e com 5 outlier(s) e a duração do período expulsivo, variou entre 3 e 195 minutos, sua média foi 37.06 (DP 30.1) com 293 missing(s), ou seja, linha(s) com perda de dados e 1 outlier(s) conforme tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição das mulheres segundo características da assistência ao trabalho de parto e parto das variáveis quantitativas, Maceió- Alagoas - 2023.

Variável	Média (DP)	Mediana	Q1-Q3	Min - Máx
Nº de toques vaginais	2.08 (1.41)	2	1-3	0-8
Duração(min) do período expulsivo	37.06 (30.1)	33	18-50	3-195

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

No tocante à ocorrência do uso de práticas assistenciais durante o trabalho de parto e parto, das 344 mulheres analisadas, observou-se que 99,71% das mulheres contaram com a presença do acompanhante. Destaca-se a utilização de puxos dirigidos, presente em significativos 75.58% dos casos. Outras práticas comuns incluíram a oferta de MNFAD, com uma taxa de adoção de 56.98%, e o uso do Partograma, identificado em 31.16% dos casos.

Além disso, notou-se que, dos MNFAD, o mais frequente foi a aplicação do Banho de aspersão/imersão em 28.49% das situações, seguido do uso da Bola Suíça em 27.7%, e a realização de Massagem em 24.71% dos partos. Outras abordagens menos convencionais, como o uso da Bola Feijão (0.29%) e a Aromaterapia (0.29%), foram registradas em uma porcentagem mínima. O uso de ocitocina foi registrado em 21.64% dos casos e uma prática menos frequente, mas ainda presente foi a Manobra de Kristeller em 5.52%. Esses dados podem ser visualizados na tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição da ocorrência de práticas durante o trabalho de parto e parto, Maceió-Alagoas - 2023. (continua)

Variável	n	F*	FR**	IC 95% para F
Acompanhante	344	343	99.71%	(98.13% - 99.98%) 98.13% - 99.98%
Puxos dirigidos	344	260	75.58%	(70.62% - 79.96%)
Oferta de MNFAD	344	196	56.98%	(51.55% - 62.24%)
Uso do Partograma	337	105	31.16%	(26.31% - 36.44%)
Banho de aspersão/imersão	344	98	28.49%	(23.84% - 33.63%)
Bola Suiça	343	95	27.7%	(23.09% - 32.81%)
Massagem	344	85	24.71%	(20.31% - 29.68%)
Uso de ocitocina	342	74	21.64%	(17.47% - 26.46%)
Musicoterapia	344	39	11.34%	(8.28% - 15.29%)
Indução do trabalho de parto	344	34	9.88%	(7.04% - 13.66%)
Manobra de Kristeller	344	19	5.52%	(3.45% - 8.64%)
Compressa outro local	344	13	3.78%	(2.11% - 6.54%)

Tabela 7 - Distribuição da ocorrência de práticas durante o trabalho de parto e parto, Maceió- Alagoas - 2023. (conclusão)

Variável	n	F*	FR**	IC 95% para F
Compressa no períneo	343	9	2.62%	(1.29% - 5.1%)
Bola feijão	344	1	0.29%	(0.02% - 1.87%)
Aromaterapia	344	1	0.29%	(0.02% - 1.87%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2023
*F: Frequência
**FR:Frequência relativa

5.3 Caracterização fetal ao nascimento

Para as variáveis associadas às características fetais ao nascimento, os resultados demonstram que para o peso fetal houve uma variação entre 2085 e 4140g, média 3222.6 (DP 407.37) com um outlier(s) e o perímetro cefálico variou entre 30 e 37.5 cm com média de 34.01 (DP 1.39) sem perda de dados e outliers conforme tabela 8.

Tabela 8 - Características fetais ao nascimento relacionadas às variáveis quantitativas, Maceió- Alagoas -2023.

Variável	Média (DP)	Mediana	Q1-Q3	Min - Máx
Peso fetal ao nascer (gr)	3222.6 (407.37)	3232.5	2939-3471.25	2085-4140
Perímetro cefálico ao nascer (cm)	34.01 (1.39)	34	33-35	30-37.5

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

5.4 Análise da prevalência de laceração perineal e os fatores maternos associados

Os resultados desse estudo demonstraram que houve uma ocorrência de 42.3% de mulheres com períneo íntegro e 57.7% de mulheres com laceração perineal, sendo que 30.8% foram lacerações de 1º grau, 25.6% lacerações de 2º grau e 1.3% foram lacerações de 3º grau, não havendo registro de lacerações de 4º grau.

Investigou-se a prevalência da laceração e os fatores maternos associados, demonstrando que a prevalência do desfecho laceração foi maior nas mulheres com menos de 18 anos (71.43%), que trabalhavam (62.3%), com renda familiar mensal de mais de 1 salário mínimo (60%), que se autodeclararam pretas (66.67%), que tinham ao menos o ensino fundamental completo (61.4%) e que eram casadas ou possuíam união estável (58.68%), sendo que em todos os casos houve uma maior prevalência de lacerações de 1º grau e/ou 2º grau.

Quanto à associação entre as variáveis e o desfecho, as análises de associação, considerando o desfecho laceração perineal, não exibiram associação estatisticamente significativa, conforme tabela 9 e 10.

Tabela 9 - Prevalência de laceração perineal e os fatores sociodemográficos maternos associados, Maceió - Alagoas – 2023.

Variável	n	Prevalência	p-valor	RP (IC 95%)
Faixa etária				
<18 anos	28	20 (71.43%)	0.396b	ref.
18 a 29 anos	172	97 (56.4%)		0.79 [0.62; 1.06]
30 a 39 anos	31	16 (51.61%)		0.72 [0.45; 1.07]
40 a 49 anos	3	2 (66.67%)		0.93 [0; 1.65]
50 anos ou mais	0	0 (-)		-
Ocupação				
Não trabalha	172	97 (56.4%)	0.515a (v=0.03)	ref.
Trabalho remunerado	61	38 (62.3%)		1.1 [0.86; 1.39]
Renda				
Até 01 salário mínimo	131	72 (54.96%)	0.638a (v=0.02)	ref.
> 01 salário mínimo	55	33 (60%)		1.09 [0.82; 1.42]
Cor/raça				
Branca	34	19 (55.88%)	0.606b	ref.
Preta	33	22 (66.67%)		1.19 [0.81; 1.82]
Parda	164	92 (56.1%)		1 [0.74; 1.47]
Indígena/Amarela	1	1 (100%)		1.79 [1.36; 2.62]
Escolaridade				
Fundamental Incompleto	62	30 (48.39%)	0.103a (v=0.07)	ref.
Fundamental Completo	171	105 (61.4%)		1.27 [0.98; 1.73]
Situação conjugal				
Casada/União Estável	167	98 (58.68%)	0.736a (v=0.03)	ref.
Solteira/Divorciada	67	37 (55.22%)		0.94 [0.72; 1.19]

Fonte: Dados da pesquisa, 2023
a: utilização do teste do Chi Quadrado
b: utilização do teste Exato de Fisher

Tabela 10 - Prevalência dos desfechos perineais e os fatores sociodemográficos maternos associados, Maceió - Alagoas – 2023.

Variável	Geral	íntegro	Laceração grau 1	Laceração grau 2	Laceração de grau 3	p-valor
Faixa etária						
<18 anos	28	8 (28.57%)	10 (35.71%)	10 (35.71%)	0 (0%)	0.332f (5^2=0)
18 a 29 anos	172	75 (43.6%)	50 (29.07%)	44 (25.58%)	3 (1.74%)	η^2
30 a 39 anos	31	15 (48.39%)	11 (35.48%)	5 (16.13%)	0 (0%)	
40 a 49 anos	3	1 (33.33%)	1 (33.33%)	1 (33.33%)	0 (0%)	
50 anos ou mais	0	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	
Ocupação						
Não trabalha	172	75 (43.6%)	53 (30.81%)	43 (25%)	1 (0.58%)	0.312d (r=-0.05)
Trabalho remunerado	61	23 (37.7%)	19 (31.15%)	17 (27.87%)	2 (3.28%)	
Renda						
Até 01 salário mínimo	131	59 (45.04%)	37 (28.24%)	34 (25.95%)	1 (0.76%)	0.706d (r=-0.02)
> 01 salário mínimo	55	22 (40%)	19 (34.55%)	13 (23.64%)	1 (1.82%)	
Cor/raça						
Branca	34	15 (44.12%)	7 (20.59%)	9 (26.47%)	3 (8.82%)	0.576f ((5^2=0)
Preta	33	11 (33.33%)	11 (33.33%)	11 (33.33%)	0 (0%)	η^2
Parda	164	72 (43.9%)	52 (31.71%)	40 (24.39%)	0 (0%)	
Indigena/Amarela	1	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
Situação conjugal						
Casada/União Estável	167	69 (41.32%)	54 (32.34%)	41 (24.55%)	3 (1.8%)	0.812d (r=0.01)
Solteira/Divorciada	67	30 (44.78%)	18 (26.87%)	19 (28.36%)	0 (0%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2023
d: utilização do teste de Mann Whitney
f: utilização do teste Kruskall-Wallis
*: significante a 5%

Para as variáveis clínico-obstétricas nota-se uma maior ocorrência de laceração em

mulheres com IMC entre >18,5kg/m² a 24,9kg/m² (46.08%), com 01 gestação (70.48%), 01 parto (71.05%), 02 ou mais abortos (100%), 01 parto normal (69.57%), até 01 cesárea (58.53%) em gestações anteriores, com intervalo interpartal de 02 anos ou mais (45.61%) e com idade gestacional ≥39 semanas (61.21%).

A paridade se mostrou um fator protetor para a laceração perineal, já que as análises de associação demonstraram que mulheres que não tiveram laceração tendem a já ter tido mais gestações ($3^2(1) = 11.82$ p=<0.001***, RP 0.67), mais partos ($3^2(1) =$ 15.21 p=<0.001***, RP 0.63) e mais partos normais $3^2(1) = 12.12$ p=<0.001***, RP 0.66), sendo a prevalência nestes grupos estatisticamente menor que nos grupos referências conforme exposto na tabela 11.

Quanto ao grau de laceração, observou-se que, nas mulheres com 01 gestação, 01 parto e 01 parto normal houve uma maior prevalência de lacerações de 2º grau (35.24%, 36.84% e 34.78%, respectivamente). Já no grupo de mulheres com 02 ou mais gestações, 02 ou mais partos e 02 ou mais partos normais os resultados exprimiram uma maior prevalência para lacerações de 1º grau (28.68%, 29.17% e 60%), conforme tabela 12.

A idade gestacional também demonstrou associação estatística significativa (0.044*d (r=-0.11), de modo que ter IG < 39 semanas esteve associada à uma maior integridade perineal (50.72%), ou seja, foi um fator de proteção para a laceração perineal. Contudo, nas mulheres com o desfecho laceração, houve maior prevalência de lacerações de 1º grau (30.91%) e baixa prevalência para lacerações de 3º grau (1.82%).

Para as demais variáveis clínico-obstétricas analisadas os testes não demonstraram associação estatística significativa para o desfecho, ou seja, não houve diferença em mulheres que tiveram laceração e que não tiveram laceração como exposto nas tabelas 11, 12 e na figura 3.

Tabela 11 - Prevalência de laceração perineal e os fatores clínico-obstétricos associados, Maceió – AL - 2023. (continua)

Variável	n	Prevalência	p-valor	RP (IC 95%)
Categoria IMC				
<18,5kg/m²	21	16 (15.69%)	0.907d (r=-0.01)	ref.
>18,5kg/m² a 24,9kg/m²	90	47 (46.08%)		0.69 [0.51; 0.97]
≥25 kg/m² a 29,9kg/m²	47	31 (30.39%)		0.87 [0.63; 1.2]
>30 kg/m²	13	8 (7.84%)		0.81 [0.43; 1.27]

Tabela 11 - Prevalência de laceração perineal e os fatores clínico-obstétricos associados, Maceió – AL-2023. (conclusão)

Variável	n	Prevalência	p-valor	RP (IC 95%)
Nº de gestações				
1	105	74 (70.48%)	<0.001***a (v=0.19)	ref.
≥ a 2	129	61 (47.29%)		0.67 [0.53; 0.83]
Nº de partos				
1	114	81 (71.05%)	<0.001***a (v=0.22)	ref.
≥ a 2	120	54 (45%)		0.63 [0.49; 0.79]
Nº de abortos				
Até 01	229	130 (56.77%)	0.075b	ref.
≥ a 2	5	5 (100%)		1.76 [1.59; 1.99]
Nº de partos normais				
1	115	80 (69.57%)	<0.001***a (v=0.19)	ref.
≥ a 2	119	55 (46.22%)		0.66 [0.52; 0.83]
Nº de cesáreas				
Até 01	217	127 (58.53%)	0.505a (v=0.05)	ref.
≥ a 2	17	8 (47.06%)		0.8 [0.4; 1.24]
Intervalo interpartal				
< 2 anos	11	5 (45.45%)	1.000a (v=0)	ref.
≥ a 2 anos	114	52 (45.61%)		1 [0.58; 2.7]
Idade gestacional (sem,dias)				
< 39 semanas	69	34 (49.28%)	0.124a (v=0.09)	ref.
≥ 39 semanas	165	101 (61.21%)		1.24 [0.97; 1.67]

Fonte: Dados da pesquisa, 2023
a: utilização do teste do Chi Quadrado
b: utilização do teste Exato de Fisher
d: utilização do teste Mann-Whitney
*significante a 5%
*** significante a 0,1%.

Tabela 12- Prevalência dos desfechos perineais e os fatores clínico-obstétricos associados, Maceió – AL - 2023.

Variável	Geral	Períneo íntegro	Laceração grau 1	Laceração grau 2	Laceração de grau 3	p-valor
Nº de gestações						
1	105	31 (29.52%)	35 (33.33%)	37 (35.24%)		<0.001***d (r=0.21)
≥ a 2	129	68 (52.71%)	37 (28.68%)	(17.83%)	1 (0.78%)	
Nº de partos						
1	114	33 (28.95%)	37 (32.46%)	42 (36.84%)		<0.001***d (r=0.24)
≥ a 2	120	66 (55%)	35 (29.17%)	18 (15%)	1 (0.83%)	
Nº de abortos						
Até 01	229	99 (43.23%)	69 (30.13%)	59 (25.76%)	2 (0.87%)	0.071d (r=-0.1)
≥ a 2	5	0 (0%)	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)	
Nº de partos normais						
1	115	35 (30.43%)	38 (33.04%)	40 (34.78%)	2 (1.74%)	<0.001***d (r=0.21)
≥ a 2	119	64 (53.78%)	34 (28.57%)	(16.81%)	1 (0.84%)	
Nº de cesáreas						
Até 01	217	90 (41.47%)	68 (31.34%)	(25.81%)	3 (1.38%)	0.430d (r=0.04)
≥ a 2	17	9 (52.94%)	4 (23.53%)	4 (23.53%)	0 (0%)	
Intervalo interpartal						
< 2 anos	11	6 (54.55%)	3 (27.27%)	2 (18.18%)	0 (0%)	1.000d (r=0)
≥ a 2 anos	114	62 (54.39%)	32 (28.07%)	(16.67%)	1 (0.88%)	
IG(sem,dias)						
< 39 semanas	69	35 (50.72%)	21 (30.43%)	(18.84%)	0 (0%)	-0.11)
≥ 39 semanas	165	64 (38.79%)	51 (30.91%)	(28.48%)	3 (1.82%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2023
d: utilização do teste Mann-Whitney
*significante a 5%
*** significante a 0,1%.

5.5 Análise da prevalência de laceração perineal e os fatores assistenciais associados

No tocante aos fatores assistenciais observa-se que a prevalência de laceração perineal foi maior em mulheres submetidas a práticas de puxos dirigidos (58.28%), manobra de Kristeller (72.73%), mais de 02 toques vaginais (61.36%), tiveram seus

partos induzidos (66.67%), com misoprostol isolado (68.42%), uso de ocitocina exógena (66.04%), duração do período expulsivo até 01 hora (75.61%) e fizeram uso do partograma (62.38%).

Para essas variáveis houve uma maior prevalência de lacerações de 1º grau, à exceção da variável duração do período expulsivo até 01 hora que apresentou uma maior prevalência para lacerações de 2º grau (48,78%).

A posição de quatro apoios, apesar do pouco uso nesse estudo (3.2%), encontrou alta prevalência de laceração perineal (63.34%), seguida da posição litotômica que teve alto uso (56.4%) e alta prevalência para o desfecho (62.9%), sendo que em ambas houve uma maior prevalência de lacerações de 2º grau (45.45% e 36.06% respectivamente).

Quanto aos profissionais que prestaram assistência a parto, as mulheres que tiveram seus partos assistidos por enfermeiras obstétricas foram as que apresentaram a menor prevalência de laceração perineal (54.43%) e mesmo as que desenvolveram laceração perineal, obtiveram maior prevalência para lacerações de 1º grau (30.38%).

Contudo, as análises de associação em todas as variáveis assistenciais não demonstraram associações estatisticamente significativas para o desfecho laceração perineal. Esses resultados podem ser verificados nas tabelas 13 e 14.

Tabela 13 - Prevalência de laceração perineal e os fatores assistenciais associados, Maceió – Alagoas - 2023. (continua)

Variável	n	Prevalência	p-valor	RP (IC 95%)
Puxos dirigidos				
Sim	163	95 (58.28%)	0.894a (v=0.01)	ref.
Não	71	40 (56.34%)		0.97 [0.74; 1.21]
Manobra de Kristeller				
Sim	11	8 (72.73%)	0.363b	ref.
Não	223	127 (56.95%)		0.78 [0.57; 1.27]
MNFAD				
Sim	139	79 (56.83%)	0.852a (v=0.02)	ref.
Não	95	56 (58.95%)		1.04 [0.82; 1.29]
Nº de toques vaginais				
Até 02	146	81 (55.48%)	0.456a (v=0.05)	ref.
Mais que 02	88	54 (61.36%)		1.11 [0.88; 1.38]

Tabela 13 - Prevalência de laceração perineal e os fatores assistenciais associados, Maceió – Alagoas - 2023.

(conclusão)

Variável	n	Prevalência	p-valor	RP (IC 95%)
Indução do trabalho de parto				
Sim	24	16 (66.67%)	0.471a (v=0.05)	ref.
Não	210	119 (56.67%)		0.85 [0.65; 1.21]
Tipo de indução				
Misoprostol	6	13 (68.42%)	1.000b	Ref
Misoprostol e Ocitocina	2	4 (66.67%)		0.97 [0.4; 1.73]
Uso de ocitocina				
Sim	53	35 (66.04%)	0.215a (v=0.05)	ref.
Não	181	100 (55.25%)		0.84 [0.67; 1.07]
Duração do período expulsivo(min)				
Até 01 hora	41	31 (75.61%)	0.176b	ref.
Mais de 01 hora	3	1 (33.33%)		0.44 [0; 1.24]
Uso do partograma				
Sim	101	63 (62.38%)	0.223a (v=0.05)	ref.
Não	129	69 (53.49%)		0.86 [0.69; 1.07]
Posição no parto				
Litotomia	124	78 (62.9%)	0.252b	ref.
Outros	5	2 (40%)		0.64 [0; 1.34]
Semissentada	73	35 (47.95%)		0.76 [0.57; 0.98]
Quatro apoios	11	7 (63.64%)		1.01 [0.55; 1.49]
Banqueta	21	13 (61.9%)		0.98 [0.64; 1.36]
Profissional				
Médico	146	85 (58.22%)	0.628b	ref.
Médico residente	6	5 (83.33%)		1.43 [0.83; 1.9]
Enfermeira	79	43 (54.43%)		0.93 [0.72; 1.19]
Enfermeira residente	3	2 (66.67%)		1.15 [0; 1.9]

Fonte: Dados da pesquisa, 2023
a: utilização do teste do Chi Quadrado
b: utilização do teste Exato de Fisher
MNFA: Métodos não farmacológicos para o alívio da dor.

Tabela 14 - Prevalência dos desfechos perineais e os fatores assistenciais associados, Maceió – Alagoas - 2023.
(continua)

Variável	Geral	íntegro	Laceração grau 1	Laceração grau 2	Laceração grau 3	p-valor
Puxos dirigidos						
Sim	163	68 (41.72%)	46 (28.22%)	46 (28.22%)	3 (1.84%)	0.518d (r=0.05)
Não	71	31 (43.66%)	26 (36.62%)	14 (19.72%)	0 (0%)	
Manobra de Kristeller						
Sim	11	3 (27.27%)	5 (45.45%)	3 (27.27%)	0 (0%)	0.499d (r=0.04)
Não	223	96 (43.05%)	67 (30.04%)	57 (25.56%)	3 (1.35%)	
Oferta de MNFAD						
Sim	139	60 (43.17%)	39 (28.06%)	38 (27.34%)	2 (1.44%)	(r=0.01)
Não	95	39 (41.05%)	33 (34.74%)	22 (23.16%)	1 (1.05%)	
Nº de toques vaginais						
Até 02	146	65 (44.52%)	42 (28.77%)	37 (25.34%)	2 (1.37%)	0.534d (r=-0.03)
Mais que 02	88	34 (38.64%)	30 (34.09%)	23 (26.14%)	1 (1.14%)	
Indução do trabalho de parto						
Sim	24	8 (33.33%)	7 (29.17%)	8 (33.33%)	1 (4.17%)	0.205d (r=0.07)
Não	210	91 (43.33%)	65 (30.95%)	52 (24.76%)	2 (0.95%)	
Uso de ocitocina						
Sim	53	18 (33.96%)	20 (37.74%)	15 (28.3%)	0 (0%)	0.319d (r=0.05)
Não	181	81 (44.75%)	52 (28.73%)	45 (24.86%)	3 (1.66%)	
Duração (min) período expulsivo						
Até 01 hora	41	10 (24.39%)	20 (48.78%)	11 (26.83%)	0 (0%)	0.119d (r=0.09)
Mais de 01 hora	3	2 (66.67%)	1 (33.33%)	0 (0%)	0 (0%)	
Uso do partograma						
Sim	101	38 (37.62%)	38 (37.62%)	24 (23.76%)	1 (0.99%)	0.612d (r=0.03)
Não	129	60 (46.51%)	31 (24.03%)	36 (27.91%)	2 (1.55%)	
Posição no parto						
Litotomia	124	46 (37.1%)	41 (33.06%)	36 (29.03%)	1 (0.81%)	0.335f(5^2=0

Tabela 14 - Prevalência dos desfechos perineais e os fatores assistenciais associados, Maceió – Alagoas -2023.
(conclusão)

Variável	Geral	íntegro	Laceração grau 1	Laceração grau 2	Laceração grau 3	p-valor
Posição no parto						
Outros	5	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)	0 (0%)	
Semissentada	73	38 (52.05%)	19 (26.03%)	15 (20.55%)	1 (1.37%)	
Quatro apoios	11	4 (36.36%)	5 (45.45%)	2 (18.18%)	0 (0%)	
Banqueta	21	8 (38.1%)	6 (28.57%)	6 (28.57%)	1 (4.76%)	
Profissional						
Médico	146	61 (41.78%)	44 (30.14%)	39 (26.71%)	2 (1.37%)	0.460f(5^2=0)
Médico residente	6	1 (16.67%)	2 (33.33%)	3 (50%)	0 (0%)	η^2
Enfermeira	79	36 (45.57%)	24 (30.38%)	18 (22.78%)	1 (1.27%)	
Enfermeira residente	3	1 (33.33%)	2 (66.67%)	0 (0%)	0 (0%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2023
d: utilização do teste de Mann Whitney
f: utilização do teste Kruskall-Wallis

5.6 Análise da prevalência de laceração perineal e os fatores fetais associados.

Os resultados da prevalência de laceração para as variáveis fetais demonstraram que as mulheres que pariram recém-nascidos com peso ≥ a 4.000g, perímetro cefálico ≥ 32cm e capurro somático ≥ 39 semanas apresentaram maior prevalência para laceração perineal, sendo 71.43%, 58.3% e 58.64% respectivamente, porém em ambos os casos a maioria das lacerações foram de 1º graus (42.86%, 31.84% e 29.63% nessa ordem).

Apesar disso, as análises de associação não exibiram associação estatística significativa para o desfecho laceração perineal conforme exposto na tabela 15 e 16.

Tabela 15- Prevalência de laceração perineal e os fatores fetais associados, Maceió- Alagoas- 2023.
(continua)

Variável	n	Prevalência	p-valor	RP (IC 95%)
Peso fetal ao nascer (gr)				
< 4.000g	227	130 (57.27%)	0.702b	ref.
≥ 4.000g	7	5 (71.43%)		1.25 [0.67; 1.82]
Perímetro cefálico ao nascer (cm)				
< 32 cm	11	5 (45.45%)	0.534b	ref.
≥ 32 cm	223	130 (58.3%)		1.28 [0.75; 3.33]

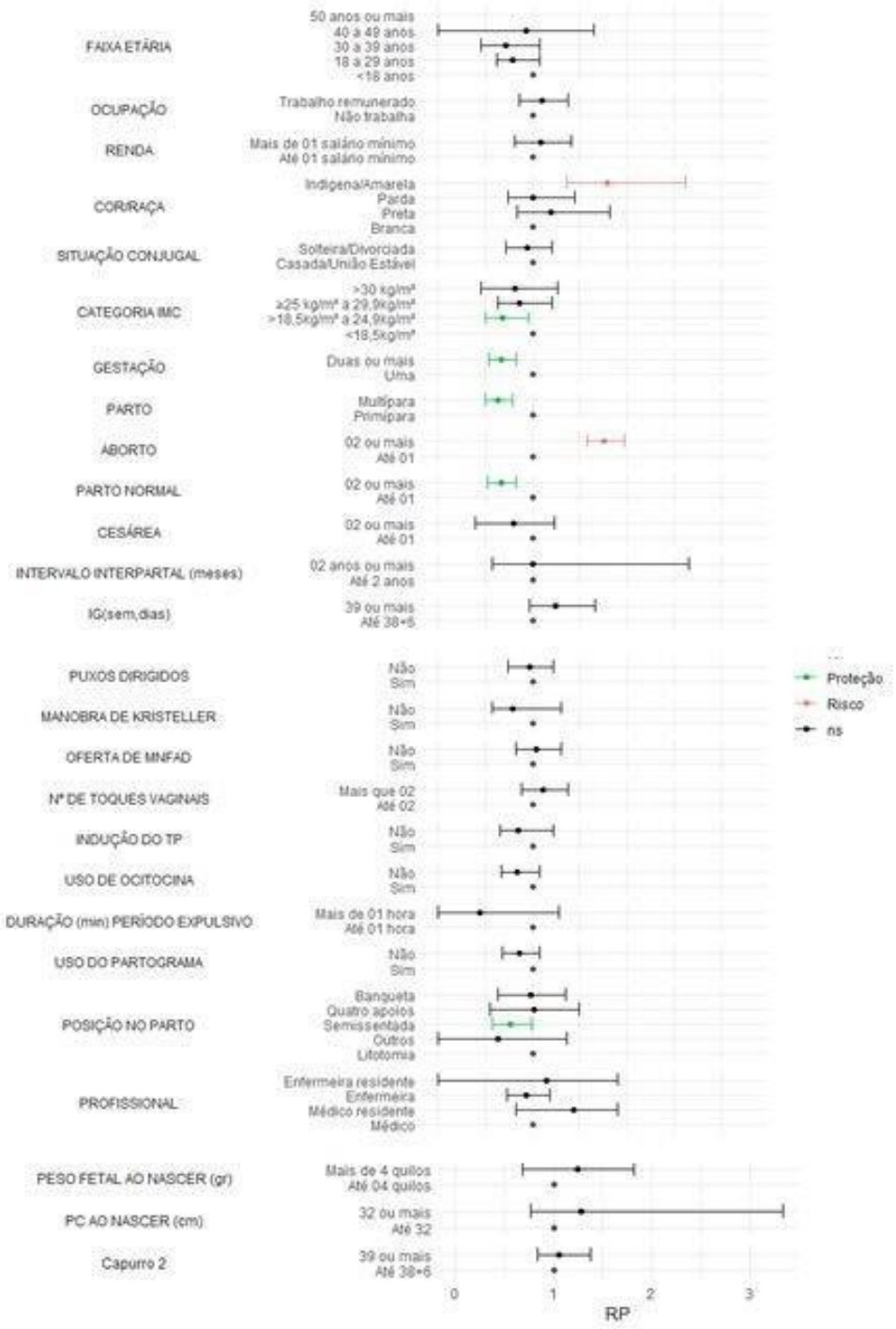
Variável	n	Prevalência	p-valor	RP (IC 95%)
Capurro somático				
<39 semanas	72	40 (55.56%)	0.766a (v=0.02)	ref.
≥ 39 semanas	162	95 (58.64%)		1.06 [0.84; 1.36]

Fonte: Dados da pesquisa, 2023
a: utilização do teste do Chi Quadrado
b: utilização do teste Exato de Fisher

Tabela 16- Prevalência dos desfechos perineais e os fatores fetais associados, Maceió- Alagoas- 2023.

Variável	Geral	íntegro	Laceração grau 1	Laceração grau 2	Laceração grau 3	p-valor
Peso fetal ao nascer						
< 4.000g	227	97 (42.73%)	69 (30.4%)	58 (25.55%)	3 (1.32%)	0.601d (r=-0.03)
≥ 4.000g	7	2 (28.57%)	3 (42.86%)	2 (28.57%)	0 (0%)	
PC ao nascer						
< 32 cm	11	6 (54.55%)	1 (9.09%)	4 (36.36%)	0 (0%)	0.806d (r=-0.01)
≥ 32 cm	223	93 (41.7%)	71 (31.84%)	56 (25.11%)	3 (1.35%)	
Capurro somático						
< 39 semanas	72	32 (44.44%)	24 (33.33%)	16 (22.22%)	0 (0%)	0.392d (r=-0.05)
≥ 39 semanas	162	67 (41.36%)	48 (29.63%)	44 (27.16%)	3 (1.85%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2023
d: utilização do teste de Mann Whitney
PC: perímetro cefálico



Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Figura 3 - Razão de prevalência dos fatores maternos, fetais e assistenciais em relação ao desfecho laceração perineal, Maceió - Alagoas - 2023.

6. Discussão

6.1 Caracterização sociodemográfica e clínico-obstétrica das puérperas

A análise das características sociodemográficas das gestantes tem se apresentado como um instrumento que auxilia a elaboração do diagnóstico situacional e possibilita o planejamento e a implementação de medidas direcionadas às necessidades de cuidado de cada território, de modo que seja possível a redução da morbimortalidade materna e neonatal (Barbosa *et al.*,2011; Barbosa *et al.*,2017). O mapeamento das necessidades de cuidados a partir da avaliação dos determinantes sociais, demográficos e culturais permitem compreender os mecanismos que influenciam o processo de produção e/ou perpetuação das iniquidades em saúde, portanto entender as características das populações expostas a essas iniquidades pode ser capaz de promover a resolução a partir das suas causas (Silva *et al*.,2019).

Sendo assim, a partir dos resultados desse estudo verificou-se que as mulheres estão na faixa etária entre 18 a 24 anos, com média de 23 anos, não trabalham, possuem renda de 01 salário mínimo, se autodeclaram pardas, com ensino médio completo, média de 10 anos de estudos e são casadas ou possuem união estável.

Além disso, os achados da variável idade e raça/cor justifica-se de acordo com os dados resultantes do Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2022), o qual revela que em Alagoas a população de mulheres na faixa etária entre 20 a 24 anos concentra o maior percentual. Para a raça/cor o censo demonstra que no Brasil a maioria da população se autodeclararam pardas, assim como em Alagoas.

A idade do gestar e parir frequentemente tem sido objeto de estudo de vários pesquisadores isso porque o aumento da expectativa de vida, a inserção da mulher no mercado de trabalho e a maior adesão ao planejamento familiar tem promovido cada vez mais gestações tardias, o que pode elevar o risco de complicações na gestação e parto (Ministério da Saúde, 2012), contudo a idade da mulher não deve ser um fator limitador e estigmatizante, visto que as mudanças nos padrões reprodutivos e o progresso da ciência têm sido aliados na evolução de gestações saudáveis (Andrade *et al*, 2018).

Desta forma, nesse estudo, apesar da maioria das mulheres serem consideradas adultas jovens, um pequeno percentual possui idade acima de 30 anos e por serem consideradas mulheres em idade materna avançada, demandam cuidados gestacionais específicos voltados à prevenção das principais complicações associadas (Ministério da Saúde, 2012).

É fato que as variáveis sociodemográficas se correlacionam entre si e exprimem desigualdades locorregionais de acesso à saúde, educação e renda. Além do mais, as condições de saúde das mulheres são impactadas por questões sociais, econômicas, raciais, demográficas e de cuidados ofertados durante a assistência obstétrica. Estudos demonstram que gestantes com baixo nível de escolaridade, renda e a raça parda e negra sofrem prejuízos no tocante ao acesso à serviços de saúde e de assistência obstétrica, sendo submetidas à maior peregrinação, ausência de acompanhante, falta de acolhimento e excesso de intervenções (Leal *et al.*, 2017; Lima, Pimentel, Lyra, 2019).

Quanto ao perfil clínico-obstétrico das puérperas evidenciou-se que a maioria das mulheres apresentaram IMC pré-gestacional adequado, ou seja, os valores estiveram entre >18,5kg/m² a 24,9kg/m². As recomendações de ganho ponderal na gestação, são baseadas no IMC pré-gravídico, constituindo um importante fator para o crescimento fetal e para a redução de complicações obstétricas decorrentes da má-nutrição (Ministério da Saúde, 2012).

Os achados deste estudo em relação à paridade apontam tendência à redução da fecundidade e da natalidade, causado, provavelmente, pela transição demográfica, transição da estrutura etária e do envelhecimento observado nos últimos anos. A mudança dos paradigmas sociais em relação ao papel da mulher no gestar e parir, a dissolução da obrigatoriedade da produção da prole, as políticas públicas com enfoque nos direitos sexuais e reprodutivos e o avanço dos espaços ocupados pelas mulheres no mercado de trabalho, apesar de ainda encontrar obstáculos consideráveis, podem ter influenciado na redução do número de mulheres que engravidam ao ano (Hello, 2022), evidenciando uma melhora nas ações de planejamento reprodutivo e consequente redução da prematuridade (Barbosa, 2017; Andrade *et al*., 2018; Rodrigues, Tobias e Teixeira 2021).

Por fim, o intervalo interpartal teve uma média de 51 meses, ou seja, foi maior que dois anos, o que é recomendado pelo Ministério da Saúde (2012). A literaturatraz que intervalos interpartais curtos, ou seja, menores que dois anos, estão relacionados a desfechos negativos para o recém-nascido, como a prematuridade, restrição de crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal e infantil. O mecanismo provocador desses desfechos ainda não está bem estabelecido (Franceschini *et al*.,2003; Ministério da Saúde, 2012). Resultados do estudo de Andrade *et a*l (2021) também encontrou intervalos interpartais maiores que dois anos na maior parte da população estudada.

6.2 Caracterização da assistência ao trabalho de parto e parto e dos fetos ao nascimento

No presente estudo, as práticas utilizadas encontradas mostram um maior uso de Misoprostol como agente indutor para aquelas mulheres em que há o registro de indução. Estudo conduzido por Paixão *et al* (2023) que teve como objetivo descrever as principais indicações gestacionais e os desfechos obstétricos e neonatais das induções de trabalho de parto, demonstrou que, quanto aos métodos de indução avaliados (Misoprostol, Misoprostol e ocitocina e Sonda Foley) o mais utilizado foi o misoprostol, assim como neste estudo, o que pode ter ocorrido devidoà sua eficácia muito bem estabelecida na literatura para o amadurecimento do colo, fácil aplicabilidade e seu baixo custo (Santos, Ramalho, 2016; Bowens *et al.*,2022).

A maioria das mulheres relata a adoção da posição litotômica no momento do parto. O Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde orientam que a posição no momento do parto deve ser de livre escolha da mulher, de modo que ela possa se sentir confortável e os profissionais de saúde devem respeitar essa escolha. A orientação profissional para a adoção de posições específicas deve ser restrita para os casos em que seja necessária a realização de condutas diante de complicações no parto (Federação Brasileira de Associação de Ginecologia e Obstetrícia, 2017; World Health Organization, 2018; Ministério da Saúde, 2022).

Com relação aos profissionais que prestaram assistência ao trabalho de parto e parto, observou-se que a maioria foram prestadas por médicos, o que pode ser decorrente da escassez de profissionais de enfermagem com especialização em obstetrícia apesar dos incentivos do Ministério da Saúde, por meio da Rede Cegonha, para a formação e atuação da enfermagem obstétrica nos diversos cenários de cuidado à mulher e ao recém-nascido (Magalhães, Taffner, 2020).

Quanto ao número de toques vaginais, este estudo obteve uma média de dois toques para cada assistência prestada. O Ministério da Saúde (2022) recomenda que o exame de toque vaginal seja realizado a cada quatro horas ou em um intervalo mais curto de tempo caso as condições maternas e fetais a justifiquem, como não foi avaliado o tempo de duração do primeiro período do trabalho de parto, não há como definir se esse número foi adequado em relação às recomendações do intervalo de tempo proposto pelo Ministério da Saúde.

Quanto à duração do período expulsivo, esta é estimada através do que se define como segundo estágio do trabalho de parto. A literatura aponta que a duração normal

varia em relação à paridade, tendo duração inferior a 01 hora em nulíparas e inferior a meia hora em multíparas, sendo considerado prolongado em partos vaginais sem analgesia peridural com duração maior que 2 horas em multíparas e maior que 3 horas em nulíparas, devendo um período expulsivo prolongado ser documentado e avaliado considerando o contexto singular de cada assistência (Ministério da Saúde, 2022). Neste estudo não houve a divisão por grupo de nulíparas e multíparas, tendo ambas apresentado uma média de 37 minutos.

Para o uso das boas práticas obstétricas, os resultados da pesquisa demonstraram que a maioria contou com a presença de um acompanhante, foram submetidas a puxos dirigidos, houve o uso do partograma e a oferta de MNFAD. Nessa perspectiva, as recomendações quanto ao uso ou não uso de determinadas práticas obstétricas durante o ciclo gravídico puerperal já estão bem documentadas na literatura. O uso adequado dessas tecnologias tem sido promotor de vivências exitosas e contribuído para a redução de desfechos maternos e perinatais negativos (Vieira *et al.*,2016; World Health Organization, 2018).

A presença do acompanhante durante todo o ciclo gravídico puerperal foi regulamentada através da Lei Federal nº 11.108/2005 e seus benefícios na redução de práticas de violência obstétrica têm sido documentados na literatura. Além de ser um direito garantido, esta prática reduz as desigualdades sociais no atendimento, promove o aumento da adesão às boas práticas de atenção ao parto e nascimento e melhora a percepção das mulheres sobre os cuidados recebidos e sobre o seu parto (Tomasi *et al.*,2021)

Um outro dado que requer atenção é o uso exacerbado dos puxos dirigidos apesar de já ter sido amplamente divulgado que seu uso deve ser evitado e que o estímulo à puxos espontâneos é uma prática que deve ser incorporada pelos profissionais de saúde durante o segundo período do parto. Contudo, o que se tem relatado na literatura são altos percentuais desta prática em diferentes Instituições de Saúde do Brasil, sem que haja, no entanto, evidências científicas para a sua utilização (Alves *et al.*,2023; Ribeiro *et al.*,2023).

O uso do partograma encontrou baixos percentuais neste estudo. Apesar de ser um instrumento recomendado e de seu uso sistemático ser benéfico para a avaliação da progressão do trabalho de parto, o reduzido uso pode encontrar resposta na sobrecarga de trabalho, na falta de conhecimento sobre o preenchimento adequado e na falta de continuidade da assistência (Medeiros *et al.*,2020).

Ainda no tecer das práticas assistenciais, houve um maior uso do banho de aspersão/imersão, da Bola Suíça e de massagem. O uso de MNFAD encontra respaldo nas recomendações do Ministério da Saúde por serem de baixo custo, fácil aplicabilidade, proporcionar conforto à parturiente, evitar o uso de substâncias farmacológicas e terem sua efetividade no alívio da dor bem documentado na literatura (Vieira *et al*.,2016; Ministério da Saúde, 2021).

Na sequência, o uso de ocitocina encontrou um percentual neste estudo maior do que 20%, sendo considerado reduzido em comparação com a média nacional de 36,4% (Alípio, Madeira, Silva, 2021), cabe salientar que a avaliação do uso de ocitocina se fez no tocante à sua utilização para a estimulação do trabalho de parto. Quanto às condições do períneo, a maioria das mulheres teve laceração perineal, mas com baixos percentuais de lacerações de 3º grau e nenhum registro de lacerações de 4º grau. As lacerações perineais podem ocorrer durante qualquer parto e na maioria dos casos são lacerações leves, 1º ou 2º graus, o que não reduz os desconfortos desse desfecho durante o puerpério (Ministério da Saúde, 2022).

O puerpério é um período permeado por diversas mudanças, em que ocorre a exteriorização de tudo aquilo que ainda se encontrava no plano das ideias e que nem sempre corresponde à expectativa daquilo que foi idealizado durante a gestação. É um período relatado como de grande crescimento pessoal, aprendizado e ressignificação diante das dificuldades que se apresentam, mas nem todas as mulheres são orientadas para lidar com os desafios que o puerpério traz consigo (Elias, Pinho, Oliveira, 2021). Desse modo, as mulheres precisam ser orientadas, principalmente durante o pré-natal, que a laceração perineal é um desfecho que pode ocorrer durante o parto normal, assim como preparadas para lidar com os impactos físicos e emocionais que esse desfecho possa provocar (Santos *et al.*,2022).

Esses dados reforçam a necessidade de orientar as mulheres acerca das práticas de atenção ao parto e nascimento que são recomendadas atualmente, de modo que seja possível o empoderamento da mulher através do conhecimento e a quebra de paradigmas acerca de práticas que há muito tempo não deveriam mais fazer parte da conduta profissional, dada as repercussões negativas na vida da mulher e de seu filho. As mulheres precisam ter acesso à informação correta e não apenas serem sujeitos passivos de uma rotina hospitalar rígida e imutável (Pereira *et al.*,2018).

Dessa forma, os dados desse estudo apontam para a necessidade da implementação de rotinas de educação permanente que possibilite aos profissionais de

saúde conhecimento atualizado de novas práticas, o transformando em um instrumento capaz de promover mudanças assistenciais, colaborando na produção de cuidados adequados e com base científica (Miccas; Batista, 2014).

6.3 Análise da prevalência de laceração e os fatores maternos, fetais e assistenciais associados

A ocorrência de lacerações perineais esteve presente em mais da metade das mulheres deste estudo, com um maior percentual para lacerações de 1º grau e baixa ocorrência de lacerações de 3º grau, tendo o estudo de Domenighi *et al* (2021) encontrado resultados semelhantes.

Acerca das análises de associação, o estudo não identificou associação estatística significativa entre os fatores sociodemográficos maternos avaliados (faixa etária, renda, ocupação, cor/raça e situação conjugal) e o desfecho laceração perineal. Além disso, tanto no grupo de mulheres com ensino fundamental incompleto, como no grupo de mulheres com ensino fundamental completo a maior prevalência foi para lacerações de 1º grau.

Apesar dos fatores sociodemográficos não apresentarem associação estatística significativa com a laceração perineal, a literatura tem demonstrado relações inversamente proporcionais entre esses fatores a o acesso à saúde. As desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde no Brasil têm sido marcadas e delimitadas por diferenças de gênero, raça/cor e de renda (Pitombeira, Oliveira, 2020).

No tocante aos fatores de risco e proteção para a laceração perineal, observou-se que a idade gestacional e a paridade estiveram presentes como fatores que promovem a integridade perineal.

Nesse interim, a idade gestacional < 39 semanas esteve associada a integridade perineal, sendo que para as mulheres que tiveram o desfecho laceração perineal, houve maior prevalência para lacerações de 1º grau e baixa prevalência de lacerações de 3º grau. Estudo conduzido por Monteiro *et al* (2015) que analisou 941 partos vaginais demonstrou que a progressão da idade gestacional aumentou a chance para lacerações graves e a primiparidade aumentou a chance da ocorrência de lacerações perineais.

Uma outra pesquisa realizada por Costa (2018) sobre desfechos maternos perinatais da assistência da enfermagem obstétrica com a conduta *Hands Off*, não encontrou associação entre a idade gestacional e a ocorrência de laceração perineal,

porém houve uma tendência a uma menor taxa de integridade perineal em mulheres primigestas com gestação pós-termo.

Verifica-se, portanto, a importância do acompanhamento da idade gestacional, utilizando-se de preditores adequados, inclusive para verificação dos riscos para lacerações perineais, bem como para prevenir outros desfechos negativos. (Ministério da Saúde, 2012; Carneiro *et al*.,2022).

Em relação a paridade, está demonstrou-se como um fator protetor para lacerações perineais, sendo sua ocorrência ainda menos frequente quanto maior o número de partos normais. A associação entre essa variável e a ocorrência de laceração perineal parece estar bem estabelecida e é a que frequentemente tem sido relatada em outros estudos (Riesco *et al.*2011; Sandall *et al.*,2015; Lopes, Leister, Riesco, 2019; Alípio, Madeira, Silva, 2021).

Desta forma, mulheres primíparas apresentaram uma maior prevalência para lacerações perineais, inclusive para lacerações perineais de 3º grau, a explicação para este achado pode ser devido a menor elasticidade da musculatura perineal de mulheres sem parto vaginal anterior (Gemma, 2016) e alguns estudos têm relatado a associação entre o excesso de intervenções a que mulheres nulíparas são submetidas durante o trabalho de parto e parto com o objetivo de acelerar a sua evolução e a ocorrência de laceração perineal (Silva *et al.*,2012; Borges *et al.*,2016).

Resultado semelhante também foi encontrado em uma pesquisa que analisou os desfechos perineais após parto vaginal em primíparas, no qual as maiores prevalências encontradas foram para lacerações de 1º e 2º graus, uma baixa prevalência para lacerações de 3º grau e nenhuma laceração de 4º grau (Souza *et al*.,2020).

Neste estudo não foi possível estabelecer associação estatística significativa entre os fatores assistenciais analisados (indução do trabalho de parto e tipo de indução, profissional que prestou assistência ao parto, posição no parto, profissional que prestou assistência ao parto, puxos dirigidos, manobra de Kristeller, oferta de MNFAD, número de toques vaginais, uso de ocitocina, duração do período expulsivo e uso do partograma,) e a ocorrência de laceração perineal.

A análise das variáveis peso fetal, perímetro cefálico e capurro somático não demonstrou associação estatística significativa com a laceração perineal, mas a análise do peso fetal e sua influência no desfecho laceração perineal são aspectos que têm sido estudados por diversos pesquisadores, não só porque os dados sobre essa relação ainda são conflitantes, mas devido ao impacto desses fatores dentro de um contexto mais

amplo da saúde materno-infantil (Albers et al., 2006;Hornemann et al., 2009; Riesco et al.,2011; Ministério da Saúde, 2017; Alípio, Madeira, Silva, 2021; Domenighi et al.,2021).

Quanto ao perímetro cefálico e sua associação com a laceração perineal, foram encontrados poucos estudos que analisaram essa relação e estes exprimem também resultados divergentes, como o estudo transversal, realizado por Dantas *et al*. (2023), que que não encontrou associação significativa entre essa variável e o desfecho laceração e o estudo conduzido por Jansson *et al* (2020), que em oposição, demonstrou que o perímetro cefálico maior que 35 cm foi fator de risco para lacerações graves.

Limitações do estudo

Esse estudo apresentou como limitações um risco de viés das respostas decorrente da utilização de dados secundários obtidos através do prontuário das puérperas, já que a qualidade e a quantidade das informações registradas dependem dos profissionais que prestam assistência. Essas limitações, contudo, foram equacionadas por meio da complementação dos dados com as informações contidas no cartão da gestante que se apresentavam com mais informações do que os prontuários.

7. Conclusão

A partir dos resultados deste estudo pode-se evidenciar uma alta prevalência para lacerações perineais, já que mais da metade das mulheres deste estudo apresentaram esse desfecho, contudo as análises não demonstraram associação estatística significativa entre as variáveis maternas, fetais e assistenciais e o desfecho laceração perineal, à exceção das variáveis idade gestacional e paridade.

Para essas variáveis, observou-se que ter idade gestacional menor que 39 semanas e o maior número de gestações e partos, foram um fator protetor para a laceração perineal.

De um modo geral, essa pesquisa possibilita trazer conhecimento e reflexões acerca dos fatores que podem ou não se associar à laceração perineal, já que este desfecho é refletido não apenas em marcas impressas no períneo, mas no componente subjetivo da experiência materna vivenciada, por vezes invisibilizada, mas que gera impactos de ordem psíquica e emocional. Além disso, os resultados deste estudo permitem desmistificar conceitos e dogmas em relação à utilização de práticas como justificativa ao risco de laceração perineal caso não sejam aplicadas ou mesmo como forma de culpabilizar a mulher que não permite ser submetida a tais práticas.

Foi possível ainda encontrar elementos para desassociar aspectos sociodemográficos e clínico-obstétricos com esse desfecho, o que também reduz a carga de culpa imposta à mulher por fatores que muitas vezes não são controláveis. Deste modo sugere-se como proposta para a continuidade do estudo, expandir as análises para contextos populacionais maiores, de modo que seja possível análises mais heterogêneas, assim como o desenvolvimento de um estudo de intervenção em que seja possível a inclusão de outras variáveis aplicadas durante a assistência ao parto e nascimento e que a literatura ainda apresenta controvérsias no tocante à sua relação com o desfecho laceração perineal.

Referências

AASHEIM, V. et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. **Cochrane Database Syst Rev**., v. 06, n. 06. Jun. 2017.

ABEDZADEH, K. M. et al. Perineal trauma: incidence and its risk factors. **J. Obstet Gynaecol.** , v. 39, n. 2, p. 206-211, fev. 2018

ALBERS, L.L et al. Factors related to genital trauma in normal spontaneous vaginal births. Birth. 2006; 33(2):94-100. 23.

ALCÂNTARA, N.A; SILVA, T.J.P. Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento de risco habitual. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 761-771, 2021.

ALÍPIO, L.A; MADEIRA, L.M; SILVA, F. A. Integridade perineal em partos vaginais: fatores maternos, neonatais e relacionados à assistência. Enferm Foco. 2021;12(4):739- 45. DOI: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4512

ALMEIDA, V.C.F; LOPES, M.V.O; DAMASCENO, M.M.C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, p. 202-210, 2005. https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200011

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Parecer n.º 579 do Comité ACOG: Definição de gravidez a termo. **Rev.Ginecol.Obstet;** 122(5):1139-1140, 2013.

ANDRADE, A. do N. De et al. Perfil Epidemiológico de gestantes com determinantes de Near Miss. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, *[S. l.]*, v. 95, n. 33, p. e–021005, 2021. DOI: 10.31011/reaid-2021-v.95-n.33-art.882.

ANDRADE, S.G. et al. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e obstétrico de parturientes em um hospital e maternidade de Sobral, Ceará. **Rev Pre Infec e Saúde.** v.4, 2018. Available from: http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/7283 DOI: https://doi.org/10.26694/repis.v4i0.7283

AQUINO, A.G et al. Medicalização da assistência ao parto normal: Perfil de gestantes atendidas em uma maternidade de risco habitual. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 44, 2023.

ARAÚJO, N.M; OLIVEIRA, S.M.J.V. The use of liquid petroleum jelly in the prevention of perineal lacerations during birth. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2008; 16:375-81

ALÍPIO L.A, MADEIRA L.M, SILVA F.A. Integridade perineal em partos vaginais: fatores maternos, neonatais e relacionados à assistência. **Enferm Foco**. v.4, n.12,p. 739-745, 2021.

ALVES, G et al. Relação entre iniquidade racial e violência obstétrica no parto. **Revista Científica Da Escola Estadual De Saúde Pública De Goiás" Cândido Santiago"**, v. 9, p. 1-19 9d3, 2023.

ALVES, P. G. J. M. **Métodos de preparo dos músculos do assoalho pélvico para o parto**. 2017. 112 f. Tese (Doutorado em fisioterapia) – Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2017.

ARAÚJO, A.P et al. Associação entre o índice de massa corporal pré-gestacional e o do recém-nascido. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, p. 963-968, 2023.

BARBOSA, C.N.S et al. Caracterização dos partos segundo aspectos obstétricos e sócio-demográficos das parturientes de Teresina – PI, 2011. **Rev Enferm UFPI**. V.2, n.2, p. 40-47, 2013.

BARBOSA, E.M. et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público. **Rev Rene**, v. 18, n. 2, p. 227-233, 2017.

BRASIL, **LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005. Disponível em https://legis.senado.leg.br/norma/570557/publicacao/15722854

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

BITTENCOURT, S.D.A et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 801-821, 2021.

BRITO, A.P.A; CALDEIRA, C.F; SALVETTI, M.G. Prevalência, características e impacto da dor no período pós-parto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021.

BOMFIM, V.V.B da S et al. Estratégias para minimizar o trauma perineal durante o parto normal. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento** , *[S. l.]* , v. 11, pág. e362111133559, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i11.33559.

BORGES, A. P et al. Caracterização da assistência ao parto em adolescentes primigestas no município de Cuiabá-MT. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 212 - 219, 10 Oct. 2016.

BOURGUIGNON, A.M; GRISOTTI, M. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 27, p. 485-502, 2020. https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000200010

BOWENS N, et al. Eficácia dos métodos farmacológicos na indução do trabalho de parto: Efficacy of pharmacologicalmethods in inducing labor. **Revista Científica do Iamspe**, v.11,n.2, p. 1-8, 2022.

CARNEIRO, A.B.F et al. A importância do pré-natal na prevenção de complicações durante a gestação. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, 2022.

CARVALHO, S.S; OLIVEIRA, B. R. Perfil epidemiológico de puérperas e recém-nascidos atendido em um serviço de parto normal. **Revista educação em saúde**, v. 8, n. 2, p. 110-121, 2020.

CASSIANO, A.C.M *et al*. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014.

CHIAVEGATO, L.D; PADULA, R.S. Manual de Pesquisa Clínica Aplicada à Saúde.[livro eletrônico]. Adriana Claudia Lunardi (org). São Paulo: Blucher, 2020. Disponível em: Manual de Pesquisa Clínica Aplicada à Saúde - Adriana Claudia Lunardi - Google Livros.

COSTA A.S.C, RIESCO M.L.G. A comparison of "hands off" versus "hands on" techniques for decreasing perineal lacerations during birth. **J Midwifery Womens Health**. V.51,p.106-111, 2006.

COSTA, N.F. **Desfechos maternos perinatais da assistência da enfermagem obstétrica com a conduta hands off: um estudo de corte transversal.** 2018. 84 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2018.

CRUZ, A. C.; PROSDOSSIMI, C.; ANGELO, M. Nascimento prematuro e impacto na família. **Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família**, p. 53, 2021.

DA SILVA, E.R et al..Transculturalidade na enfermagem baseada na teoria de Madeleine Leininger. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e5561, 1 fev. 2021.

DA SILVA, G.O; GOMES, M.D; DE JESUS RIBEIRO, M.S. Evolução histórica do parto humanizado. **Revista Gestão & Tecnologia**, v. 2, n. 35, p. 56-65, 2022.

DA SILVA, T.C *et al.* As boas práticas de atenção ao parto e nascimento sob a ótica de enfermeiros. **Biblioteca Lascasas**, v.1,n.12, 2016.

DAHLEN *et al.* From social to cirurgical: historical perspectives on perineal care during labour and birth. **Women Birth.** v.34, n3, p.105-111, 2011.

DANTAS, K.B et al. Fatores relacionados à ocorrência de lacerações perineais obstétricas em parturientes de uma maternidade da Amazônia ocidental. **Multidisciplinary Sciences Reports**, *[S. l.]*, v. 3, n. 1, 2023.

DINIZ, C.S.G. DINIZ. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DOMENIGHI, L.H.H et al. Perineal lacerations: a retrospective study in a habitual-risk public maternity. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 43, p. 588-594, 2021.

DUNN, O.J. 1964. "Multiple Comparisons Using Rank Sums." Technometrics 6 (3): 241–52. HTTPS://DOI.ORG/10.1080/00401706.1964.10490181**.**

ELIAS, E.A; PINHO, J.P; OLIVEIRA, S.R. Expectativas e sentimentos de gestantes sobre o puerpério: contribuições para a enfermagem. **Enferm Foco.** v.12,n2, p.283-289, 2021. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4058

FRANCESCHINI, S.C.C et al.Fatores de risco para o baixo peso ao nascer em gestantes de baixa renda. **Rev Nutr.** v.16,n.2, p.171-179, 2003.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manejo da Distócia de Ombro**. n.7, 2022. Disponível em https://www.febrasgo.org.br/images/pec/posicionamentos-febrasgo/FPS---N7---Julho-2022---portugues.pdf

FEITOZA, S.R. Fatores maternos, fetais e assistenciais associados à ocorrência de lacerações perineais e episiotomias. 85f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

FERNADES, K.M.P; ROSA C.M. Medicalização do parto: a apropriação dos processos reprodutivos femininos como causa da violência obstétrica. **Ciências Sociais Unisinos**. v.56,n.3,p. 254-265, 2020. doi: 10.4013/csu.2020.56.3.01

FERREIRA, E. R.X *et al.* Associação entre região do trauma perineal, problemas locais, atividades habituais e necessidades fisiológicas dificultadas. **Revista Baiana de Enfermagem**, *[S. l.]*, v. 32, p.1-10, 2018. DOI: 10.18471/rbe.v32.23812.

FREITAS-JÚNIOR, R.A.O. Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, p. 607-614, 2020. https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200016

FIELD, A; MILES, J; FIELD, Z. 2012. Discovering Statistics Using R. SAGE Publications.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF) e REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO (REHUNA). **Assistência ao Parto e Nascimento: Uma agenda para o século 21** [recurso eletrônico] / [Organizadora Daphne Rattner] – 1. ed. – Brasília: Unicef: ReHuNa,2021. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/17491/file/assistencia-ao-parto-e-nascimento-uma-agenda-para-o-seculo-21.pdf

a. GALVÃO, K.E.C.P *et al.* MEDICALIZAÇÃO DO PARTO: REFLEXÃO ACERCA DO (BIO) PODER SOBRE O CORPO FEMININO. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, v. 14, n. 41, p. 339-353, 2023. https://doi.org/10.5281/zenodo.7955052

b. GALVÃO, A.B.Z et al. Prevenção e Conduta da Hemorragia Pós-parto. **Revista de Acadêmicos e Egressos da Medicina - RaMED**. v.1,n.1,2023. Disponível em Centro Universitário de Brasília - UniCEUB: Prevenção e conduta da hemorragia pós-parto.

GEMMA, M. Fatores associados à integridade perineal e à episiotomia no parto normal: estudo transversal.119f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

GOMES, L.M et al. **Fatores de risco associados à laceração perineal: uma análise baseada nos dados do Inquérito Nascer no Brasil**. 2022. Tese de Doutorado.143f

GHASEMI,A; ZAHEDIASL, S. 2012. "Normality Tests for Statistical Analysis: A Guide for Non-Statisticians." *International Journal of Endocrinology and Metabolism* 10(2): 486--489.

GRABOVSKI, .TC.M et al. Influência do estado nutricional pré-gestacional no estágio do binômio mãe-bebê: uma revisão sistemática. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES** , *[S. l.]* , v. 10, pág. 24006–24020, 2023.

HELLO, L.O . Efeitos Da Transformação Do Papel Social Da Mulher Na Sociedade Brasileira: Um Ensaio Sobre A Queda Na Taxa Bruta De Natalidade E Na Taxa De Fecundidade Geral Do Rio De Janeiro, 2022.

HORNEMANN, A et al. Advanced age is a risk factor for higher grade perineal lacerations during delivery in nulliparous women. Arch Gynecol Obstet. 2010; 281:59-64. 24.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Ministério do Planejamento e Orçamento. Censo Demográfico 2022 Identificação étnico-racial da população, por sexo e idade. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=73105

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Ministério do Planejamento e Orçamento. Censo Demográfico 2022. Disponível em https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html

JANSSON, M. H et al. Risk factors for perineal and vaginal tears in primiparous women – the prospective POPRACT-cohort study. **BMC Pregnancy Childbirth**; 20. Epub ahead of print 1 December 2020. DOI: 10.1186/s12884-020-03447-0

JEWELL, N.P. Statistics for Epidemiology, 1st Edition, 2004, Chapman & Hall, pp. 73-81

LAVRAS, C.C. São Paulo, Secretaria Estadual da Saúde**. Linha de cuidado gestante e puérpera: manual técnico do pré-natal, parto e puerpério.** São Paulo: SES/SP, 2018

LEAL, M.C *et al*. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00223018, 2019.

LEAL, G.S., SILVA, D.A.O., and SOPELETE, M.C. Conceitos básicos de bioestatística. In: MINEO, J.R., SILVA, D.A.O., SOPELETE, M.C., LEAL, G.S., VIDIGAL, L.H.G., TÁPIA, L.E.R., and BACCHIN, M.I. Pesquisa na área biomédica: do planejamento à publicação [online]. Uberlândia: EDUFU, 2005, pp. 137-180. ISBN: 978-85-7078-523-7. https://doi.org/10.7476/9788570785237.0007.

LIMA, E. N et al.. Hands-on durante o período expulsivo: herói ou vilão? **Rev Pesqui Fisioter**. v. 10, n. 20, p. 346-354, mai. 2020.

LIMA, K. D.; PIMENTEL, C., LYRA, T. M. Disparidades raciais: Uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. Revista Ciência e Saúde Coletiva, out. 2019.

LOPES, G.A. Desfechos perineais no Centro de Parto Normal Casa Ângela, São Paulo (SP): Estudo Transversal. 108 p. Dissertação(Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

LOPES, G. A.; LEISTER, N.; RIESCO, M. L. G. Desfechos e cuidados perineais em centro de parto normal. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 28, n. 20, p. 1-12, mai./dez. 2019.

LUCENA, T.S; SANTOS, A.A.P; MORAIS, R.J.L. Análise do preenchimento do partograma como boa prática obstétrica na monitorização do trabalho de parto. **Rev Fun Care Online**, v.11, n.1, p. 222-227, 2019. http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.222-227

MACHADO, J.S.A; PENNA, C.M.M. As políticas públicas de saúde e a fragmentação do corpo feminino em útero e peito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, p. e320221, 2022. https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320221.

MAGALHÃES, T.T.S; TAFFNER,V.B.M. Dificuldades para a atuação autônoma do enfermeiro obstetra no Brasil. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 9, n. 4, p. 685-697, 2020.

MEDEIROS, A.B.A; ENDERS, B.C; LIRA, A.L.B. C. Teoria ambientalista de Florence Nightingale: uma análise crítica. **Escola anna nery**, v. 19, p. 518-524, 2015.

MAROTTI, J et al. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v.20, n.2, p.186-194, 2008.

MATHIAS, A. et al. Perineal pain measurement in the immediate vaginal postpartum period. **REV DOR**. v.16, n.4, p.:267-71, 2015. Disponível em: » http://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n4/1806-0013-rdor-16-04-0267.pdf

MEDEIROS, A.B *et al*. Partograma: instrumento de segurança no cuidado multidisciplinar. **Revista Cuidarte**, v. 11, n. 3, 2020.

MEDEIROS, A.B.A, ENDERS, B.C, LIRA, A.L.B.C. Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. **Esc. Anna Nery** , v.19,n.3, p. 518-524, 2015.

MICCAS, F.L; BATISTA, S.H.S.S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 170-185, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretriz Nacional De Assistência Ao Parto Normal Versão Preliminar**[recurso eletrônico – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 80 p. : il. – (Série I. História da Saúde).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

MONTEIRO, M. V *et al*. Risk factores for severe obstetric perineal lacerations. **InUrogynecol J**. v. 27, nº 1, p. 61-67, 2015.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende Obstetricia**. 13ºed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan LTDA, 2017.

NAHAM, SF. 2016. "Nonparametric Statistical Tests for the Continuous Data: The Basic Concept and the Practical Use." Korean Journal of Anesthesiology 69(1): 8–14.

NETO E.T. S *et al*. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e sociedade**, v. 17, p. 107-119, 2008. https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200011

NICIDA, L.R.A *et al.* Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4531-4546, 2020. https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00752019

NORMANDO, D; TJÄDERHANE, L; QUINTÃO, C.C.A. A escolha do teste estatístico-um tutorial em forma de apresentação em PowerPoint. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 15, p. 101-106, 2010.

OLIVEIRA, L.L.F de et al. Caracterização da atenção obstétrica desenvolvida em hospitais de ensino de uma capital do nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, p. e20200896, 2021.

OLIVEIRA, S.M *et al.* Necessidade de conforto percepcionada por idosos hospitalizados: uma análise à luz da teoria de Kolcaba. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0501

OLIVEIRA, T.S.D; GALVÃO, L.M.S; RAMOS, T.O. Enfermagem Obstétrica: Assistência ao Parto no Brasil Reflexos da Colonialidade Do Poder e Do Saber. **Revista Encantar**, *[S. l.]*, v. 3, p. 1-22, 2021. DOI: 10.46375/reecs.v3i.13124.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva:** World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS).Boletim Semanal nº 2. Resposta da Representação da OPAS/OMS no Brasil para a epidemia do vírus da zika e suas consequências. 2016. Disponível em https://www3.paho.org/bra/images/stories/SalaZika/boletim%20semanal%20_2%20opas.pdf

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica**. Brasília: OPAS; 2018

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Sustainable health agenda for the americas 2018-2030: a call to action for health and well-being in the region.** Washington, DC, USA, 25-29 September 2017. Disponível em https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49170/CSP296-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Declaração Conjunta sobre a Redução da Morbilidade e Mortalidade Materna.** Washington, D.C., 08 de Março de 2023. Disponível em https://www.paho.org/pt/documentos/declaracao-conjunta-sobre-reducao-da-morbilidade-e-mortalidade-materna.

OKEAHIALAM, N.A; SULTAN, A.H.; THAKAR, R. The prevention of perineal trauma during vaginal birth. **American journal of obstetrics and gynecology**, 2023.

PADILHA, P.C et al. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, p. 511-518, 2007.

PALHARINI, L.A; FIGUEIRÔA, S.F.M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição "Mulheres e práticas de saúde". **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, p. 1039-1061, 2018. https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500008

PAIXÃO, G.P do N; MARQUES, T. .; OLIVEIRA, J.; SANTANA, M. C.; FRAGA, C. Indução do trabalho de parto em uma maternidade de alto risco: indicações e desfechos. **Revista Saúde.com**, *[S. l.]*, v. 19, n. 2, 2023. DOI: 10.22481/rsc.v19i2.11440.

PEPPE, M.V et al. Perineal Trauma in a Low-risk Maternity with High Prevalence of Upright Position during the Second Stage of Labor. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.40,n.7, p.379-383, 2018.

PEREIRA, A. M. M. et al. Fatores relacionados às lesões perineais ocorridas em partos vaginais. **Braz. J. of Develop**. Curitiba, v. 06, n. 08, p. 60869-60882, jul./aug. 2020.

PIERCE-WILLIAMS, R. A. M.; SACCONE, G.; BERGHELLA, V. Hands-on versus 15rimí-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **J Matern Fetal Neonatal Med**. v. 03, n. 01, p.1-9, jun. 2019.

PITOMBEIRA, D.F; OLIVEIRA, L.C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, p. 1699-1708, 2020.

R Core Team (2021). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponível em: https://www.R-project.org/.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 595-602, 2009. https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500011

RIBEIRO, K.S.C et al. Eventos adversos obstétricos e neonatais e associação com os modelos de assistência: um estudo coorte. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 32, p. e20230079, 2024.

RIESCO, M.L et al. Episiotomia, laceração, e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. **Rev Enferm UERJ**. v.19,n.1,p.77-83, 2011.

RISAFFI , C. D.; CRUZ, L. A. National policy of integral care for women's health in Brazil: from genesis to contemporary challenges. **Seven Editora**, *[S. l.]*, 2023.

RIVA, D.; MININI, G. Childbirth-Related Pelvic Floor Dysfunction Risk Factors, Prevention, Evaluation, and Treatment. Library of Congress Control Number: 2015949393. New York: **Editora Springer**, 2016.

ROCHA B.D et al. Upright positions in childbirth and the prevention of perineal lacerations: a systematic review and meta-analysis. **Rev Esc Enferm USP**. 54:e03610, p.1-11, 2020. doi: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610

RODRIGUES, C.M.L; TOBIAS, G.C; TEIXEIRA, C. C. Caracterização dos partos e nascidos vivos em Palmeiras de Goiás, Goiás, Brasil. **Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago**", v.7: e7000050, 2021.

RODRIGUES, K.J.D et al. Fatores intervenientes no comportamento da musculatura perineal em parturientes de centro de parto normal. **Rev enferm UFPE on line**. v.15, p. 1-16.2021

RODRIGUES, D.P et al. Percepção de mulheres na assistência ao parto e nascimento: obstáculos para a humanização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, p. e20210215, 2022.

SANDALL J et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2015.

SANTOS, E.M.F et al. Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, p. 102-106, 2012.

SANTOS, J.O et al. Freqüência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. **Escola Anna Nery**, v. 12, p. 658-663, 2008.

SANTOS, R. J et al. Variáveis associadas à laceração perineal durante a assistência ao parto. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento** , *[S. l.]* , v. 9, pág. e50811932138, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i9.32138.

SANTOS, R.C.S. dos; RIESCO, M.L.G. Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem** , v. 37, 2017.

SECRETARIA MUNICPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ. **Análise da Situação de Saúde de Maceió.** 1º ed, 132 f, 2021. Disponível em https://maceio.al.gov.br/uploads/documentos/Perfil-Epidemiologico-do-Municipio-de-Maceio_2021.pdf

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Diretoria De Atenção à Saúde Coordenação Geral De Atenção Primária Gerência de Atenção à Saúde Da Mulher/Rede Cegonha **Nota Técnica Nº 01/2022 - DAS/GASM/RC.**

SILVA, F *et al*. "Parto ideal": medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saude e sociedade**, v. 28, p. 171-184, 2019. https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180819

SILVA, L.S.R et al. Perfil Epidemiológico-Obstétrico E Sociodemográfico-De Gestantes Atendidas Em Um Centro De Saúde Da Família. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 13, n. 14, p. 100-111, 2019.

SILVA, R.R. “Questão social”, fome e (in)segurança alimentar e nutricional no Brasil neoliberal . **Argumentum**, *[S. l.]*, v. 15, n. 1, p. 286–306, 2023. DOI: 10.47456/argumentum.v15i1.38352.

SILVA, F.M.B et al. Fatores de risco para trauma perineal relacionado ao nascimento: estudo transversal em uma casa de parto. **J. Clin Nurs**, v.21, p.2209-2218, 2012.

SILVA, S.F. Sutura do trauma perineal no parto normal: estudo comparativo entre duas técnicas. **Lilacs/Bdenf,** 149 p, 2002.

SOUTO, K; MOREIRA, M.R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 832-846, 2021. https://doi.org/10.1590/0103-1104202113020

SOUSA, K. H. J. F.; SENA, A. F.; CUNHA, K. J. B. Tecnologias não farmacológicas e tempo de trabalho de parto e parto: revisão sistemática sem metanálise. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, *[S. l.]*, v. 95, n. 33, p. e–021012, 2021. DOI: 10.31011/reaid-2021-v.95-n.33-art.770.

SOUZA, M.R.T *et al.* Factors related to perineal outcome after vaginal delivery in primiparas: a cross-sectional study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03549, 2020. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018043503549

SUPERINTÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - SUVISA. **Saúde no município: o que podemos fazer juntos? Um guia básico para atuação integrada na gestão do SUS em Alagoas.** 1º ed, 136f, 2017. Disponível em: http://cidadao.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/7_Guia-para-novos-gestores-7%C2%AA-REGI%C3%83O-DE-SA%C3%9ADE_Final.doc.pdf

TAVARES, N.V da S..; DANTAS, N.P.M.; CARDOSO, A.C.G. *et al.* Fatores que influenciam a ocorrência de laceração perineal no nascimento. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento** , *[S. l.]* , v. 4, pág. e33111425245, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i4.25245.

TOMASI, Y.T et al. Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021.

TRAJANO, A.R; BARRETO, E.A. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25,2021. https://doi.org/10.1590/interface.200689

VELHO, M.B; OLIVEIRA, M.E; SANTOS, E.K.A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 63, p. 652-659, 2010.

VIEIRA, M.J. O et al. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, v. 18, 2016.

VILLAMAR, V.Z *et al.* Hemorragia post parto por desgarro perineal en mujeres primíparas. **Cumbres**, v. 5, n. 1, p. 125-135, 2019.

VILELA, M.E.A et al. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 789-800, 2021.

WOLRD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Appropiate technology for birth **Lancet.**1985. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3

WOLRD HEALTH ORGANIZATION.CARE IN NORMAL BIRTH: A PRACTICAL GUIDE (WHO). **Geneva: Departament of Reproductive Health & Research**, WHO, 1996. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/

WOLRD HEALTH ORGANIZATION (WHO). recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. **Geneva:** World Health Organization; 2018.

APÊNDICE A – LISTA DE CHECAGEM

Nº do Formulário:_____Data da coleta: _____

Pesquisador:_____Hora da coleta:_____

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:
Puérpera em fase de puerpério imediato?
1.( ) Sim
2.( ) Não
Gestação de feto único, vivo e a termo?
1.( ) Sim
2.( ) Não
Apresentação cefálica?
1.( ) Sim
2.( ) Não
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:
Indicação clínica de cesárea
1.( ) Sim
2.( ) Não
Parto fora do ambiente hospitalar?
1.( ) Sim
2.( ) Não
RESULTADO:
1.( ) Incluída
2.( ) Excluída

ANEXO A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Baseado em Costa (2018)

Nº do formulário:	Prontuario:
Data da coleta:	Hora da coleta:
Identificação (Pseudônimo):	Leito:

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS
FAIXA ETÁRIA
Idade:_____anos (colocar idade em anos)
( ) Não desejo responder
PESO MATERNO PRÉ-GRAVÍDICO
_____Kg ( ) sem registro
ALTURA
_____cm ( ) sem registro
IMC: _____
OCUPAÇÃO
( ) Do lar
( ) Trabalho remunerado
( ) Não desejo responder
RENDA FAMILIAR PER CAPITA:_____
( ) < de 01 salário mínimo (< 1212 reais)
( ) 01 salário mínimo (1.212 reais)
( ) 2 a 3 salários mínimos(2.424 até 3.636 reais)
( ) 4 a 5 salários mínimos (4.848 até 6.060 reais)
( ) 6 ou mais salários mínimos (acima de 7.272 reais)
( ) Não desejo responder
COR/ETNIA AUTODECLARADA
( ) Branca
( ) Negra
( ) Parda
( ) Índígena
( ) Amarela (asiática)
( ) Não desejo responder
SITUAÇÃO CONJUGAL
( ) Casada
( ) Solteira
( ) Divorciada
( ) Viúva
( ) União estável

( ) Não desejo responder
ESCOLARIDADE
Anos de estudo _____
( ) Fundamental incompleto/ estudou até_____
( ) Fundamental completo (08 anos de estudo)
( ) Médio completo (12 anos)
( ) Ensino superior completo
( ) Outro:
DADOS CLÍNICO-OBSTÉTRICOS
PARIDADE: G_____P_____A_____
Nº partos cesáreos:_____Nº partos normais: _____
Nº gestações molares:_____Nº gestações ectópicas:_____Nº abortos: _____
Intervalo interpartal (meses):_____
CONDIÇÕES NA ADMISSÃO
Idade gestacional (DUM): Idade gestacional (USG):
ASSISTÊNCIA À MULHER NO TRABALHO DE PARTO
Foi permitido acompanhante no seu parto?
1.( ) Sim
2.( ) Não
3.( ) Não desejo responder
Durante o seu parto te pediram para fazer força (puxos dirigidos)?
1.( ) Sim
2.( ) Não
3.( ) Não desejo responder
Durante o seu parto fizeram força na sua barriga (manobra de kristeller)?:
1.( ) Sim
2.( ) Não
3.( ) Não desejo responder
Alguma dessas práticas foi feita para aliviar sua dor?
1.( ) Massagem
2.( ) Compressa morna- **Se sim:** ( ) Períneo ( ) Outra região
3.( ) Musicoterapia
4.( ) Banho de aspersão ou imersão
5.( ) Bola suíça
6.( ) Bola feijão
7.( ) Cavalinho
8.( ) Rebozo
9.( ) Aromaterapia
10.( ) Outro:_____
11.( ) Não quis receber a intervenção
12. ( ) Não desejo responder
Nº de toques vaginais:_____(registrar o número de toques)
Uso de ocitocina para estimulação do trabalho de parto?
1.( ) Sim 2.( ) Não

Indução do parto?
1.( ) Sim 2.( ) Não
Se sim, qual o tipo de indução?
1.( ) Misoprostol
2.( ) Misoprostol + ocitocina
3.( ) Ocitocina
Uso de partograma?
1.( ) Sim 2.( ) Não
Qual posição você ficou no momento do parto?
1.( ) Em pé
2.( ) Cócoras
3.( ) Litotomia
4.( ) Agachada
5.( ) Semissentada
6.( ) Quatro apoios
7.( ) Lateral
8.( ) Não desejo responder
9.( ) Outra: especifique: _____
Quem foi o profissional responsável pela assistência?
1.( ) Médico obstetra
2.( ) Residente médico
3.( ) Enfermeira
4.( ) Residente em enfermagem
5.( ) Outro:_____
Condições do períneo:
1.( ) Períneo integro
2.( ) Laceração de 1º grau com sutura
3.( ) Laceração de 1º grau sem sutura
4.( ) Laceração de 2º grau com sutura
5.( ) Laceração de 2º grau sem sutura
6.( ) Laceração de 3º grau
7.( ) Laceração de 4º grau
8.( ) Episiotomia
9.( ) Sem informação
DADOS FETAIS
Peso fetal ao nascer?_____Gr
Perímetro cefálico ao nascer?_____Cm
Capurro somático?_____

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa "**Relação entre os fatores materno, fetais e assistências e o desfecho laceração perineal no parto"**, dos pesquisadores Núbia Vanessa da Silva Tavares e Amuzza Aylla Pereira dos Santos. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a analisar a relação entre os fatores maternos, fetais e assistenciais e o desfecho laceração perineal no parto.

2. A importância deste estudo é a de que ainda são lacunares as pesquisas que associam a laceração perineal às características materno-fetais e assistenciais, levando em conta a realidade social do estado de Alagoas, bem como a sua importância clínica no âmbito da saúde da mulher pelas morbidades associadas a curto e longo prazos.

3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: identificar se há correlação entre as variáveis maternas, fetais e assistências utilizadas neste estudo e a ocorrência de laceração perineal, bem como a associação destas com o grau de laceração perineal.

4. A coleta de dados começará em novembro de 2022 e terminará em agosto de 2023.

5. O estudo será feito da seguinte maneira: você será convidada a participar da pesquisa e se aceitar, este termo será assinado por você e por mim em duas vias. Uma via deste termo será entregue a você e outra ficará comigo. Após isto, nós entregaremos um questionário para que você responda algumas perguntas. A qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa.

6. A sua participação será nas seguintes etapas: Entrevista por meio do preenchimento do questionário e avaliação das informações contidas no seu prontuário.

7. É importante que você entenda que o procedimento desta pesquisa não tem relação com o atendimento de rotina do serviço, sendo assim não irá interferir na rotina do serviço, assim como no desenvolvimento das atividades profissionais de seus trabalhadores.

8. O aceite ou recusa em participar desta pesquisa não prejudicará o seu atendimento nesta unidade de saúde.

9. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: constrangimento por estar sendo entrevistada e desconfortos emocionais, pois pode levar a lembranças por vezes não desejáveis. Para minimizar este risco, os esclarecimentos necessários à pesquisa serão realizados de forma individualizada previamente e em sala privativa, bem como você poderá optar em não responder quaisquer perguntas. Outro risco diz respeito à quebra da confidencialidade da sua identidade e para minimizar este risco apenas as pesquisadoras terão acesso às suas informações e o arquivo com essas informações estará protegido por senha. Além disso, utilizaremos um pseudônimo para sua identificação.

10. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: a elaboração de relatórios com os resultados da pesquisa, que serão encaminhados às maternidades e à coordenação da Rede Cegonha de Maceió a fim de subsidiar estratégias que minimizem o dano perineal e aumentem a qualidade da assistência prestada

ao parto e nascimento, assim como a satisfação da mulher no parto.

11. Você será informado (a) do resultado do projeto e sempre que desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

12. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

13. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

14. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você e você será ressarcida por toda e qualquer despesa decorrente da pesquisa.

15. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa.

16. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

17. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante da pesquisa, você pode contactar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano (CEP) da UFAL pelo telefone: (82) 3214-1041 e e- mail: cep@ufal.br. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimentos científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel está baseado nas diretrizes éticas brasileiras (Res. CNS 466/12 e complementares).

Eu ....., tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço da equipe da pesquisa (OBRIGATÓRIO):
Instituição: Universidade Federal de Alagoas - UFAL
Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro.
Cidade/CEP: Maceió/ 57072-900
Telefone: (82) 3214-1100
Ponto de referência: -

Contato de urgência: Sr(a). Núbia Vanessa da Silva Tavares
Endereço: Universidade Federal de Alagoas – UFAL - Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro.
Cidade/CEP: Maceió/ 57072-900
Telefone: (82) 98839-2057

ATENÇÃO: *O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:*

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária
Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.
E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, de de .

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

ANEXO C – TERMO DE ASSENTIMENTO PARA CRIANÇA E ADOLESCENTE (MAIORES DE 6 ANOS E MENORES DE 18 ANOS).

O termo de assentimento não elimina a necessidade de fazer o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)que deve ser assinado pelo responsável ou representante legal do menor de 18 anos ou legalmente incapaz.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada "**Relação entre os fatores maternos, fetais e assistenciais e o desfecho laceração perineal no parto".** Seus pais permitiram que você participe.

Queremos saber qual a relação existente entre as características maternas, fetais e as práticas que foram realizadas durante o seu trabalho de parto e parto e a ocorrência de laceração perineal.

As adolescentes que irão participar desta pesquisa têm menos de18 anos de idade.
Você não precisa participar da pesquisa senão quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

Para isso, será usado um formulário. O uso do formulário é considerado seguro, mas é possível ocorrer o risco de quebra do sigilo e confidencialidade considerando a grande quantidade de questionários, pode haver desconforto ou até o fato de não se sentir à vontade para respondê-lo, em virtude de alguma pergunta que possa causar-lhe constrangimento.

Para diminuir qualquer risco iremos organizar e armazenar os dados buscando preservar a sua identidade e lhe garantindo o direito de se recusar ou desistir da pesquisa a qualquer momento,além de proporcionar um ambiente confortável e individualizado para responder a pesquisa. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelo telefone(82)98839-2057do (a)pesquisador(a) NÚBIA VANESSA DA SILVA TAVARES.

Mas há coisas boas que podem acontecer como o fato de nos ajudar a analisar se existe relação entre as características maternas, fetais e as práticas utilizadas durante seu trabalho de parto e parto e a ocorrência de laceração perineal, para que assim possamos pensar em meios que ajudem a diminuir a ocorrência de laceração perineal, construindo também um conhecimento maior sobre a sua saúde.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas,nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados,mas sem identificar as crianças e adolescentes que participaram.

Quando terminarmos a pesquisa iremos analisar os dados numa planilha do computador e divulgar os resultados na Universidade, sempre procurando diminuir os riscos da

quebra desigilo e preservando a sua identidade.
Se você tiver alguma dúvida,você pode me perguntar.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu _____ aceito participar da pesquisa
"Relação entre os fatores materno-fetais e assistênciais e o desfecho laceração perineal no parto".
Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.

Entendi que posso dizer "sim" e participar,mas que,a qualquer momento,posso dizer "não"e desistir e que ninguém vai ficar furioso.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa

Maceió,_____de_____de_____.

_____

Assinatura ou impressão datiloscópica do voluntário(a)

_____

Pesquisador(a)

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PAIS OU RESPONSÁVEIS LEGAIS.

A sua filha esta sendo convidada a participar do projeto de pesquisa "**Relação entre os fatores materno, fetais e assistenciais e o desfecho laceração perineal no parto"**, dos pesquisadores Núbia Vanessa da Silva Tavares e Amuzza Aylla Pereira dos Santos. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

Queremos saber qual a relação existente entre as características maternas, fetais e as práticas que foram realizadas durante o trabalho de parto e parto da sua filha e a ocorrência de laceração perineal.

As adolescentes que irão participar desta pesquisa têm menos de18 anos de idade. O(A) Sr(a). tem plena liberdade de recusar a participação de sua filha ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o tratamento que ele(a) recebe neste serviço

Para isso, será usado um formulário. O uso do formulário é considerado seguro, mas é possível ocorrer o risco de quebra do sigilo e confidencialidade considerando a grande quantidade de questionários, pode haver desconforto ou até o fato de não se sentir à vontade para respondê-lo, em virtude de alguma pergunta que possa causar-lhe constrangimento.

Para diminuir qualquer risco iremos organizar e armazenar os dados buscando preservar a identidade da sua filha e lhe garantindo o direito de se recusar ou desistir da pesquisa a qualquer momento, além de proporcionar um ambiente confortável e individualizado para responder a pesquisa. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelo telefone(82)98839-2057 do(a) pesquisador(a) NÚBIA VANESSA DA SILVA TAVARES.

Mas há coisas boas que podem acontecer como o fato de nos ajudar a analisar se existe relação entre as características maternas, fetais e as práticas utilizadas durante o trabalho de parto e parto da sua filha e a ocorrência de laceração perineal, para que assim possamos pensar em meios que ajudem a diminuir a ocorrência de laceração perineal, construindo também um conhecimento maior sobre a saúde da sua filha.

Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre a participação da sua filha, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Ninguém saberá que sua filha está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas,nem daremos a estranhos as informações que ela nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças e adolescentes que participaram.

Quando terminarmos a pesquisa iremos analisar os dados numa planilha do computador e divulgar os resultados na Universidade, sempre procurando diminuir os riscos da

quebra de sigilo e preservando a identidade dela. Se você tiver alguma dúvida,você pode me perguntar.

Eu ....., tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a participação da minha filha no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a participação da minha filha implicam, concordo que ela pode participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço da equipe da pesquisa (OBRIGATÓRIO):
Instituição: Universidade Federal de Alagoas - UFAL
Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro.
Cidade/CEP: Maceió/ 57072-900
Telefone: (82) 3214-1100
Ponto de referência: -

Contato de urgência: Sr(a). Núbia Vanessa da Silva Tavares
Endereço: Condomínio Jardim das Palmeiras, Qd: B, n°:13, Cidade Universitária.
Cidade/CEP: Maceió/ 57072-255
Telefone: (82) 98839-2057
Ponto de referência: Próximo a segunda praça do conjunto Jardim Royal.

ATENÇÃO: *O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:*

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária
Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.
E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, de de .

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFAL.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÃO ENTRE OS FATORES MATERNO-FETAIS E ASSISTENCIAIS E O DESFECHO LACERAÇÃO PERINEAL NO PARTO

Pesquisador: Amuzza Ayla Pereira dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58121222.3.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.515.526

Apresentação do Projeto:

O objetivo deste estudo é analisar a relação entre os fatores materno-fetais e assistenciais e o desfecho laceração perineal no parto. Pretende-se realizar um estudo observacional, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, através de pesquisa de campo nas maternidades de baixo risco da capital do Estado de Alagoas (Maceió), que são vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). As participantes do estudo serão as puérperas que estejam em fase de puerpério imediato, com gestação de feto único, cefálico, vivo, a termo e que tenham recebido assistência ao parto normal nas respectivas maternidades, bem como os seus prontuários, excluindo-se aquelas que não tiveram laceração perineal, as com indicação clínica de cesárea ou que tenham realizado alguma técnica de preparo perineal durante a gestação. A amostra será por conglomerado e a amostragem será do tipo probabilística aleatória simples, sendo que, para o cálculo amostral foi considerada uma população de 7.158 partos normais ocorridos nas maternidades selecionadas em 2021, identificada através da base do DataSUS totalizando uma amostra de 370 participantes. A coleta de dados está prevista para outubro de 2022 a abril de 2023 a partir de um formulário estruturado a ser preenchido pelo pesquisador. As informações coletadas serão armazenadas em um banco de dados da Microsoft Excel® versão 2019 e analisados com auxílio de software estatístico utilizando-se a estatística univariada através de teste t, qui-quadrado e correlação para identificação de possíveis relações entre a laceração perineal e cada uma das covariáveis e a estatística bivariada para a análise de associação, além de razão de prevalência e risco relativo,

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Continuação do Parecer: 5.515.528

através de programas estatísticos, adotando significância estatística de 5% ($p < 0,05$). A pesquisa será iniciada somente após a autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa e será interrompida caso as instituições retirem a autorização. Espera-se que através desta pesquisa seja possível identificar se há correlação entre as variáveis maternas, fetais e assistências utilizadas neste estudo e a ocorrência de laceração perineal, bem como a associação destas com o grau de laceração perineal, contribuindo desta forma na qualificação da assistência obstétrica prestada as parturientes durante o ciclo gravídico-puerperal.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: analisar a relação entre fatores materno-fetais e assistenciais e o desfecho laceração perineal no parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os pesquisadores, o estudo apresenta os seguintes riscos: constrangimento por estar sendo entrevistada e desconfortos emocionais, pois pode levar a lembranças por vezes não desejáveis. Para minimizar este risco, os esclarecimentos necessários à pesquisa serão realizados de forma individualizada previamente e em sala privativa, bem como a participante poderá optar em não responder quaisquer perguntas.

Outro risco diz respeito a quebra da confidencialidade da identidade dos participantes. Para minimizar este risco, apenas o pesquisador terá acesso ao arquivo no qual estão as informações dos participantes (protegido por senha), bem como o pesquisador irá usar a identificação P1, P2, P3 etc. para identificar cada participante.

O pesquisador irá assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa em todas as suas fases, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros.

O sigilo da identidade dos participantes será garantido e os resultados expostos de forma anônima. Neste sentido, o pesquisador irá garantir ao participante o direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca da conduta que será realizada. O material e os dados obtidos na pesquisa serão exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

Entre os benefícios da pesquisa, tendo em vista sua relevância para a prática assistencial, serão elaborados relatórios com os resultados das pesquisas e encaminhados à gestão do serviço (maternidades) e da coordenação da Rede Cegonha do município de Maceió, a fim de subsidiar estratégias que minimizem o dano perineal e aumentem a qualidade da assistência prestada ao

parto e nascimento, assim como a satisfação da mulher no parto. Além deste, serão preenchidas as lacunas de conhecimento científico sobre esta temática, podendo a comunidade científica, através dos dados, elaborar outros estudos na área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo observacional, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, a ser realizado através de pesquisa de campo, vinculado ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem-PPGENF. O estudo será realizado nas maternidades de baixo risco da capital do Estado de Alagoas (Maceió), que são vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo elas Hospital da Mulher Dra Nise da Silveira, Hospital Nossa Senhora da Guia, Hospital Veredas e na Casa de Saúde Santo Antônio. Mediante cálculo amostral, será utilizada uma amostra de 370 puérperas que receberam assistência ao parto normal internadas nos respectivos locais de estudo, bem como seus prontuários. Serão incluídas puérperas, em fase de puerpério imediato (1° ao 10° dia de pós-parto), gestação de feto único, vivo e a termo (37 a 41 semanas e 06 dias), com apresentação cefálica. Serão excluídas gestantes com indicação clínica de cesárea ou que realizaram alguma técnica de preparo perineal durante a gestação e que não apresentaram laceração perineal. O instrumento para coleta de dados teve como base instrumento já previamente utilizado por Costa (2018) em uma pesquisa sobre desfechos maternos perinatais, sendo adaptado à realidade e objetivo da pesquisa, contemplando as seguintes variáveis independentes: a) maternas: faixa etária, cor/etnia, escolaridade, situação conjugal e peso (quilos), idade gestacional e paridade, b) fetais: peso ao nascer e perímetro cefálico e c) condições de assistência obstétrica: número de toques vaginais, posição adotada no parto, presença de acompanhante no parto, infusão de ocitocina intraparto, puxos dirigidos, duração do período expulsivo. As informações relacionadas à idade gestacional, número de toques vaginais, infusão de ocitocina intraparto, duração do período expulsivo, ocorrência de laceração perineal, grau de laceração perineal, peso fetal e perímetro cefálico, serão levantadas através de consulta ao prontuário.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram avaliados:

- Carta resposta
- Projeto detalhado
- Informações básicas
- TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Continuação do Parecer: 5.515.526

- TALE
- Declaração de publicização
- Folha de rosto
- Orçamento/cronograma
- Termos e declarações dos pesquisadores

Recomendações:

Os pesquisadores afirmam no estudo que serão realizadas algumas análises estatísticas tais como testes t, qui-quadrado e correlação para a identificação de uma possível relação entre a laceração perineal e cada uma das co-variáveis. Além da razão de prevalência e risco relativo. O cálculo de muitos destes testes exigem a presença de um grupo sem o desfecho para fins de comparação. A leitura do projeto sugere que serão incluídas apenas mulheres que tenham o desfecho (laceração perineal). Os pesquisadores podem avaliar a necessidade de inclusão de mulheres nas mesmas condições, sem a presença de laceração perineal para verificar a influência de possíveis variáveis preditoras.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PARECER 2: Os pesquisadores atenderam ou justificaram todos os pontos destacados no último parecer.
Projeto sem óbice ético

NO INSTUMENTO DE COLETA DE DADOS

1- Para garantia do sigilo dos participantes, os pesquisadores devem retirar do formulário a tópico referente ao nome do participante.
PARECER 2: Pendência atendida

TERMOS DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO

Os pesquisadores afirmam que o dados serão coletados nas seguintes instituições: Hospital da Mulher Dra Nise da Silveira, Hospital Nossa Senhora da Guia, Hospital Veredas e na Casa de Saúde Santo Antônio. Na análise documental, encontramos o termo de ciência e autorização apenas da Casa de Saúde Santo Antônio. Desta forma, os pesquisadores devem providenciar as autorizações das demais instituições.
PARECER 2: Pendência atendida

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444,térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

NO TCLE

1- Item 6 sobre os incômodos e possíveis riscos. Como descrito no projeto, os pesquisadores devem deixar claro no TCLE o risco de quebra de sigilo, bem como as medidas adotadas para minimizá-lo

PARECER 2. Pendência atendida

2 – Item 12. De acordo com a resolução 466/12 IV.3.g - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: (...) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes. Os pesquisadores devem ajustar o tópico, complementando que os participantes serão ressarcidos por toda e qualquer despesa decorrente da pesquisa.

PARECER 2. Pendência atendida

3- Os estudo irá coletar dados de participantes em serviços ofertados ou conveniados ao SUS. Desta forma, deve seguir as recomendações da resolução 580/18 e incluir algumas informações no TCLE e projeto de pesquisa tais como: 1) deve ser explicado ao participante da pesquisa a diferença entre o procedimento da pesquisa e o atendimento no serviço; deixar claro que o servo prestado não será prejudicado e que a pesquisa não irá interferir na rotina dos serviços e nas atividades profissionais. Ver resolução 580/18, especialmente os artigos 4°, 5° e 6°.

Art. 4° É dever do pesquisador responsável, ou pessoa por ele delegada da equipe de pesquisa, explicitar, no processo de obtenção do consentimento, ao participante da pesquisa recrutado em serviço de saúde vinculado ao SUS (usuário do serviço de saúde), a diferença entre o procedimento da pesquisa e o atendimento de rotina do serviço.

Parágrafo único. O atendimento ao usuário não deverá ser prejudicado, independentemente de sua decisão de participar ou não da pesquisa, devendo essa garantia estar explícita no processo de consentimento e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) quando for o caso.

Art. 5° Os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição.

Art. 6° A pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição.

PARECER 2. Pendência atendida

4- Incluir no TCLE a importância do sistema CEP/CONEP.
Texto sugerido: "Se voce tiver duvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, voce pode contatar Comite de Etica em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFAL, pelo telefone: (82) 3214- 1041. O CEP trata-se de um grupo de individuos com conhecimento cientificos que realizam a revisao etica inicial e continuada do estudo de pesquisa para mante-lo seguro e proteger seus direitos. O CEP e responsavel pela avaliacao e acompanhamento dos aspectos eticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel esta baseado nas diretrizes eticas brasileiras (Res. CNS 466/12 e complementares)".
PARECER 2. Pendência atendida

NO TCLE RESPONSÁEIS E TALE
1- Realizar as mesmas adequações descritas em tópico anterior
PARECER 2. Pendência atendida

Considerações Finais a critério do CEP:
Protocolo Aprovado
Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:
O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;
V.Sª. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;
O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 5.515.526

deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1935937.pdf	22/06/2022 17:54:52		Aceito
Outros	carta.pdf	22/06/2022 17:53:57	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Outros	veredas.pdf	22/06/2022 17:51:31	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Outros	autor.pdf	22/06/2022 17:51:07	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Outros	santa.pdf	22/06/2022 17:50:22	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	resp.docx	22/06/2022 17:49:52	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tale.docx	22/06/2022 17:49:38	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.doc	22/06/2022 17:49:29	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	24/04/2022 21:25:20	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	publicizacao.pdf	24/04/2022 21:25:05	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Outros	Instr.docx	24/04/2022	Amuzza Aylla	Aceito

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444,térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Continuação do Parecer: 5.515.526

Outros	Instr.docx	13:32:43	Pereira dos Santos	Aceito
Outros	formulario.docx	24/04/2022 13:31:03	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	proj.docx	24/04/2022 13:28:44	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	auto.pdf	24/04/2022 13:27:20	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	24/04/2022 13:24:05	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Cronograma	crono.docx	24/04/2022 13:21:06	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

MACEIO, 07 de Julho de 2022

Assinado por:
Carlos Arthur Cardoso Almeida
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444,térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br