JOYCE DA COSTA SILVEIRA

**O ENSINO DA PREVENÇÃO E REPARO DO
TRAUMA PERINEAL NOS CURSOS DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade de São Paulo, para obtenção
do título de Mestre em Enfermagem – área
Enfermagem Obstétrica e Neonatal

Orientadora:
Prof^a Dr^a Maria Luiza Gonzalez Riesco

São Paulo
2007

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silveira, Joyce da Costa.

O ensino da prevenção e reparo do trauma perineal nos cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica. / Joyce da Costa Silveira. – São Paulo, 2007.

136 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Luiza Gonzalez Riesco.

1. Enfermagem obstétrica (educação)
2. Parto normal (assistência)
3. Períneo. I. Título.

Dedicatória

Dedico este trabalho a todas as mulheres que, no percurso de suas vidas passaram por algum tipo de traição e/ou abandono, o que gerou algum tipo de vergonha, frustração, medo, depressão, baixa auto-estima, angústia, dor inexplicável. Acredito que após tão difícil enfrentamento, resgatarão sua auto-estima, concluirão projetos que estavam, em andamento, idealizarão novos sonhos e estarão, novamente, em pé, escrevendo nova história para suas vidas.

Sou uma dessas mulheres...

Em especial à minha mãe, Tereza da Costa Silveira, que passou por tudo isso, mas mesmo assim, entrou na faculdade no Curso de Enfermagem aos 43 anos e concluiu o curso aos 47 anos de idade. Fez duas especializações embora, hoje, esteja aposentada, continua exercendo o que mais gosta de fazer na vida: Cuidar de recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva e Neonatal (UTI).

Muito obrigada mãe, este trabalho é a todas as mulheres como nós!

Agradecimentos

Ao meu amado amigo e consolador Jesus Cristo, que cuida de mim em todo tempo, e enviou-me pessoas maravilhosas para me ajudar em toda essa trajetória.

A minha querida orientadora, Profa. Dra. Maria Luiza Gonzalez Riesco, obrigada por me compreender, pelo seu carinho, sabedoria e zelo inesgotáveis.

A Profa. Dra. Lucia Cristina Florentino Pereira, obrigada pelo carinho, cuidado e ajuda nos momentos difíceis e essenciais dessa trajetória.

Meu estimado afeto e agradecimento às Professoras Doutoras da Escola de Enfermagem da USP, em especial: Dulce Rosa Maria Gualda, Emilia Saito, Sônia Junqueira, Maria Alice Tsunechiro e Luiza Hoga.

Agradeço à amada, amiga e irmã, Andréa Sayuri Furuya e seus filhos Débora e Yugi. Deus te trouxe de volta para minha vida num momento crucial. Obrigada por tudo que dividimos e vivemos juntas, “O choro pode durar uma noite, mas a alegria vem ao amanhecer” (Salmos 30:5).

A irmã Luzia e Pr. Marsal e família do “Projeto Amar”, pelo acolhimento e atenção. Amo vocês!

Obrigada a todos meus pastores e ministérios da Igreja Batista do Povo (IBP), em especial e particular à pessoa do Pastor Jonas Neves. Obrigada a todos amados irmãos em Cristo e amigos, de minha célula da IBP: Denise e Johnny, Berenice, Marquinhos e Mara, Sérgio e Renata, Elvira.

Ao Prof. Dr. Alneu de Andrade Lopes e Profa Zaira de Andrade Lopes, obrigada pela contribuição em me mostrar o mundo fascinante da pesquisa e por terem contribuído com meu trabalho de forma indireta e diretamente.

Agradeço a todos os funcionários e docentes do Departamento de Enfermagem de Saúde Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP, aos funcionários do serviço de pós-graduação e da Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”.

Agradeço as queridas amigas de trabalho do curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo, EACH/USP, em especial à Profa. Mst. Natálúcia Matos de Araújo por não medir esforços em contribuir para a finalização deste trabalho, não

tenho palavras que possam expressar todo meu agradecimento, A Especialista de Laboratório Marian Michele Jarrouje que em todo tempo esteve pronta em ajudar. A Profa. Dra. Jacqueline Brigagão e Nádía Zanon por suas sugestões e interesse. Profa. Dra. Roselane, Profa. Dra. Ruth Hitomi Osava, Profa. Dra. Maria Aparecida Belli, obrigada por todo incentivo. Meu carinho por todas vocês é imenso.

Ao Prof. Dr. Esteban Fernandez Tuesta , pela contribuição na tabulação dos dados.e a querida amiga, Profa. Dra. Vivian Gace Fernanés Dávila Urquidi, por estar várias vezes ao meu lado.

Aos amados da Aliança Bíblica Universitária da USP-EACH e as minhas “amigas irmãs” Natália Rejane Salim e Julia Harumi Shingai, obrigada pelo carinho, colaboração e orações.

A minha psicóloga e missionária Ieda Maria de Oliveira, por me ensinar a reeditar várias áreas de minha vida, e a colocar uma nova trilha sonora nela.

A minha amiga, Prof^a. Maria Ângela Pereira Leite. Sempre pronta a me ensinar, para me abraçar, disposta a me fazer sorrir. Ângela você foi e é um dos melhor presentes de Deus para mim. Te amo muito!

Minha especial gratidão e carinho eterno a minha família que me apoiou sempre: meu irmão Edson Luiz e minha sobrinha Edna Evelin; minha irmã Joteles e meu sobrinho Gabriel; minha irmã Joelma, meu cunhado Daniel, e meu sobrinho Henrique; meu pai João Silveira; e minha prima Claudia Regina. Amo todos vocês!

Minha gratidão as amigas do Hospital Geral de São Mateus do Centro de Parto Natural (CPN): Teresa Sá, Maria Ângela Leite, Terezinha, Maria Helena, Cínara, Simone, Izume, Marilene, Aleksandra, Rosa, Karina e Cristina Catarina. E as amigas da pós-graduação: Ângela, Adriana, Chang, Suzete, Thlema Malaguti, Claudia Junqueira, Patrícia, Priscila, Camila e Claudete.

Agradeço a cada professor que aceitou ser entrevistado e contribuiu com minha pesquisa e com a efetivação deste trabalho.

Sumário

<i>Lista de tabelas e gráficos</i>	x
<i>Resumo</i>	xii
<i>Abstract</i>	xiv
INTRODUÇÃO	1
Justificativa.....	2
Fundamentação teórica	4
<i>Contexto sociocultural do parto e tecnologia assistencial</i>	4
<i>Tecnologia na assistência ao parto</i>	6
<i>Transformação no ensino e a prática baseada em evidências científicas</i>	8
<i>Transformação na prática</i>	13
<i>Períneo e episiotomia</i>	15
<i>Evidências científicas e a prática baseada em evidências</i>	18
OBJETIVO	20
MÉTODO	22
Tipo de estudo	23
Procedimentos metodológicos	23
<i>Local do estudo e população</i>	23
<i>Coleta dos dados</i>	25
<i>Análise dos dados</i>	25
Aspectos éticos	26
RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
O trauma perineal e sua prevenção, segundo os professores	32
Elementos que fundamentam o ensino da assistência ao parto e do cuidado perineal.....	54
Síntese	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	78
ANEXOS	85
Anexo 1 - Formulário de caracterização das instituições de ensino	86
Anexo 2 - Roteiro de entrevista para coordenadores	87
Anexo 3 - Roteiro de entrevista para professores	88
Anexo 4 - Entrevistas com os coordenadores.....	89
Anexo 5 - Entrevistas com os professores	105
Anexo 6 - Frases temáticas agrupadas por subtemas, temas e categorias.....	125
Anexo 7 - Parecer do Comitê de Ética.....	134
Anexo 8 - Parecer do Comitê de Ética.....	135
Anexo 9 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	137

Lista de Tabelas e Gráfico

Tabela 1. Caracterização dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. São Paulo, 1995-2005	28
Tabela 2. Caracterização dos coordenadores dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. São Paulo, 1995-2005	29
Tabela 3. Caracterização dos professores dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. São Paulo, 1995-2005.....	30
Quadro 1. Categorias, temas e subtemas obtidos do conteúdo das entrevistas com nove coordenadores (C) e dez professores (P) dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. São Paulo, 1995-2005.....	31

Resumo

Silveira, JC. O ensino da prevenção e reparo do trauma perineal nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2007.

Este estudo teve como objetivo descrever os elementos que fundamentam o ensino da assistência ao parto normal na prevenção e reparo do trauma perineal nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. Para isso, o estudo foi desenvolvido seguindo uma abordagem qualitativa de caráter descritivo, para identificar aspectos do processo de formação profissional que se interpõem à prática assistencial da enfermagem obstétrica. Tal perspectiva teórico-metodológica mostrou-se adequada para esta investigação, pois possibilitou identificar aspectos relativos ao processo de ensino-aprendizagem na assistência ao parto normal, prevenção e reparo do trauma perineal nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica, a fim de conhecer a contribuição da especialização para a prática baseada em evidências científicas. O estudo foi realizado no Município de São Paulo. Fizeram parte da amostra dez instituições de ensino superior (universidades, centros universitários e faculdades) que têm cursos de graduação em enfermagem e oferecem ou ofereceram a especialização em enfermagem obstétrica. O período compreendeu os anos de 1995 a 2005. Foram entrevistados nove coordenadores, e dez professores dessas instituições. As entrevistas seguiram um roteiro específico para os coordenadores e outro aos professores. As falas dos entrevistados foram agrupadas em: “O trauma perineal e sua prevenção” e “Elementos que fundamentam o ensino da assistência ao parto e do cuidado perineal”. Constatou-se que o conhecimento científico, teórico e prático é indispensável e que ensino não pode estar desvinculado à prática. Esta prática deve ser feita em laboratório, com todo o equipamento necessário para que o aluno adquira habilidade na reparação do trauma perineal e, também, deve propiciar a experiência no cuidado da mulher durante o parto.

Palavras-chave: Educação. Enfermagem Obstétrica. Períneo. Parto humanizado.

Abstract

Silveira, JC. The education of nurses and midwives for the prevention and healing of perineal trauma. [dissertation] São Paulo (SP): University of São Paulo, School of Nursing; 2007.

This study describes the elements for prevention and healing of perineal trauma during childbirth learned in obstetric nursing courses. Using a qualitative approach, the objective was to identify aspects of the obstetrician nursing training process and its intersection with the nursing practice. Such perspective, theoretical-practical, is adequate for this research, making possible to identify aspects of the teaching-learning process in the education on prevention and healing of the perineum traumas during childbirth in the obstetric nursing courses, in order to know how the theory can affect the nursing practice based in scientific evidence. The study was carried out in the city of São Paulo. Ten institutions of higher education were part of the sample (universities and colleges). They have curriculum for nursing and offer or have offered a specialization in obstetrical nursing between 1995 and 2005. Nine coordinators and ten professors of those institutions were interviewed. The interviews followed a script, different for coordinators and professors. The answers were categorized in "Perineal trauma and its prevention" and "Educational base for professional intervention in normal delivery and perineum care". Scientific, theoretical and practical knowledge are indispensable and theory and practice cannot be disassociated. Practical knowledge must be developed in a laboratory with all the necessary equipment, so the student can acquire skills in healing of perineum trauma and gains experience in taking care of women during labor and delivery.

Keywords: Nursing education. Nurse-Midwifery. Perineum. Normal delivery.

Introdução

Justificativa

O presente projeto de pesquisa tem como temática o preparo profissional para o cuidado do períneo e prevenção do trauma perineal no parto normal. Meu interesse por este tema surgiu em 2003, durante o curso de especialização em enfermagem obstétrica, mais especificamente, no estágio curricular, quando uma parturiente recusou-se a aceitar que eu realizasse a episiotomia no parto, mesmo depois de orientada sobre o risco de ocorrer uma rotura perineal extensa.

Conforme previsto e informado à parturiente, após o parto, verificaram-se lacerações de primeiro e segundo grau que exigiram reparo com sutura de realização difícil e dolorosa à mulher, pela região do períneo que foi acometida.

O episódio deu origem a meus questionamentos sobre a necessidade de realização da episiotomia e as vantagens de adotar esse procedimento em todas as primíparas.

Nos relatos de colegas de trabalho, identifiquei que haviam cursado diferentes programas de formação ou especialização em enfermagem obstétrica, mas, em comum, tínhamos, durante o preparo profissional, a orientação intervencionista na assistência à parturiente, com adoção da episiotomia de rotina. A situação levou-me a questionar: “será que os cursos de especialização em enfermagem obstétrica preparam adequadamente os profissionais para prevenção e redução do trauma perineal no parto normal?” “Será que o fato ocorrido comigo, durante o estágio realizado na especialização, foi um caso isolado?”

Buscando maiores informações sobre a qualidade da assistência ao parto e nascimento, considerei a relevância de investigar o tema de forma sistemática. Para tanto, iniciei a revisão da literatura na Biblioteca Cochrane¹, recorrendo aos resultados de ensaios clínicos e revisões sistemáticas que recomendam a utilização da episiotomia de maneira criteriosa e adequada a cada caso.

Antes que a episiotomia fosse incorporada à prática obstétrica, os partos vaginais ocorriam, preservando-se a integridade perineal ou com roturas perineais espontâneas de diversos graus.

¹ Organização que se encarrega de catalogar, compilar e disponibilizar as metanálises dos estudos clínicos publicados em todo o mundo sobre diversos assuntos, entre eles “Gravidez e Parto”. Periodicamente, cada grupo de estudo promove metanálises dos estudos efetuados sobre cada subtema.

O primeiro relato desse procedimento foi, em 1742, em Londres e surgiu baseado na crença de que lacerações perineais graves poderiam ser prevenidas (Martins-Costa et al., 2001). Labrecque et al. (2000) relatam que Feliding Ould era um parteiro e descreveu a intervenção, salientando que deveria ser realizada em casos excepcionais.

Em 1918, Pomeroy escreveu um artigo em que afirmava ser necessário realizar episiotomia e episiorrafia no períneo de todas as primíparas. Em 1920, De Lee, com base nos mesmos princípios, sugeriu a utilização de fórceps profilático, acompanhado de uma ampla episiotomia médio-lateral precoce (Tomasso et al., 2002). Os argumentos defendidos por esses dois médicos para uso rotineiro da episiotomia, foram:

- salvar a mulher dos debilitantes efeitos do sofrimento do período dilatante e o trabalho físico de um período expulsivo prolongado;
- preservar a integridade do assoalho pélvico e do intróito vaginal com prevenção de lacerações perineais e redução das lacerações graves de terceiro e quarto graus;
- prevenir toco-traumas cranianos, reduzir o tempo da segunda fase do parto e prevenir a asfixia neonatal, isto é, preservar o cérebro do bebê de lesões e dos efeitos imediatos e remotos da compressão prolongada, reduzindo a quantidade de recém-nascidos idiotas, com epilepsia, etc.;
- prevenir o prolapso uterino, o septo vesicovaginal e suas conseqüentes seqüelas, como a incontinência urinária e o prolapso genital;
- devolver as condições virginais; e
- evitar a dor.

Esses argumentos, mesmo sem evidências científicas, foram bem aceitos pela comunidade médica e a episiotomia tornou-se um procedimento rotineiro em todo mundo, com altas estatísticas de utilização (Goldenberg et al., 2002):

- em West Berkshire, Inglaterra, a variação da taxa de episiotomia em primípara foi de 14% a 96%, no início dos anos de 1980;
- nos Estados Unidos da América (EUA), a taxa de episiotomia foi de 62%,g em 1990;
- na Dinamarca, Henriksen encontrou uma taxa total de 37% de episiotomia, em 1990; e

- na Argentina, a incidência foi de 83%, em 1993.

No entanto, por meio de estudos científicos, sabe-se que as altas taxas de episiotomia não contribuíram para eliminar, ou mesmo, diminuir as lacerações de terceiro e quarto graus, em geral, associadas ao uso do fórceps, primiparidade, peso fetal acima de 4.000 g e variedades posteriores de apresentação fetal no parto (Walsh et al., 1996; Sultan, 1997).

Estudos atribuem a roturas perineais de primeiro e segundo graus os melhores resultados em termos de perda sangüínea, dor, dispareunia, cicatrização e retomada da função muscular, sendo os piores resultados observados em mulheres com episiotomia, seguidas por aquelas com rotura perineal de terceiro e quarto graus, respectivamente (OMS, 1996; Myers-Helfgott; Helfgott, 1999).

A restrição no uso da episiotomia e a proteção do períneo trazem mais benefícios à parturiente do que malefícios. Este estudo poderá trazer subsídios para organização de programas de formação de enfermeiras obstétricas, mediante a discussão sobre a assistência humanizada ao parto, entrelaçada ao paradigma do cuidado baseado em evidências científicas, como eixo norteador do ensino e da prática dos futuros profissionais.

Com o intuito de identificar como vem sendo realizado o ensino da assistência ao parto normal, em especial, a proteção do períneo e prevenção do trauma perineal nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica, pretende-se verificar com coordenadores, professores, alunos e profissionais formados a contribuição da especialização para a prática profissional, apoiada em evidências científicas e a humanização da assistência ao parto.

Para haver mudança, é necessário romper com práticas que estão cristalizadas na atuação profissional. Para tanto, é imprescindível a disposição de aceitar o novo e buscar soluções adequadas ao melhor cuidado. Este estudo pretende contribuir para a promoção das transformações no perfil profissional da enfermeira obstétrica e melhoria da assistência à mulher durante o parto.

Fundamentação teórica

Contexto sociocultural do parto e tecnologia assistencial

Com o crescimento da urbanização no mundo ocidental, em especial, a partir da metade do século XX, aumentou o número de mulheres que dão à luz em

maternidades quer tenham parto normal ou complicado. A história da assistência obstétrica mostra que o número de intervenções no parto é ascendente, convergindo para o desenvolvimento e disseminação no uso de tecnologia médico-farmacológica no nascimento.

Assim, as discussões e estudos sobre o conceito de “normalidade” no parto não mostram unanimidade. Mas, o conceito de que só, retrospectivamente, pode-se considerar que um parto é normal, fez com que muitos obstetras difundissem que a assistência durante o parto normal deve ser similar à do parto complicado (OMS, 1996; Diniz, 2001). Dessa forma, tratar todos os partos do mesmo modo, com alto grau de intervenção exigido para os partos que apresentam complicações, pode trazer efeitos maléficos, com implicações que vão desde o custo em tempo, treinamento e equipamentos exigidos até a dificuldade de acesso de muitas parturientes à assistência de que necessitam.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o:

“parto normal como de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo, assim, durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce, espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho estão em boas condições” (OMS, 1996).

Conforme a publicação da OMS (1996):

“estudos sobre assistência alternativa ao parto em países desenvolvidos mostram taxa média de 20% de encaminhamentos durante o trabalho de parto e a mesma proporção de encaminhamento no decorrer da gestação. Em multíparas, as taxas de encaminhamento são muitas menores do que em nulíparas”.

No Quênia, constatou-se que 84,4% de todos os trabalhos de parto apresentam complicações. “Em geral, entre 70% e 80% de todas as gestantes podem ser consideradas de baixo risco no início do trabalho de parto” (OMS, 1996).

O Ministério da Saúde (MS) tem incentivado que os partos de baixo risco sejam realizados por enfermeiras especializadas em enfermagem obstétrica. Acredita-se que a enfermeira obstétrica tenha uma formação não-intervencionista, uma formação para a realização de um parto normal humanizado.

Segundo a OMS (1996), a humanização no atendimento é entendida “como

um conjunto de práticas que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis e à prevenção da mortalidade materna e perinatal”. O respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento fazem parte dessas práticas, com o uso de intervenções cuidadosas, evitando os excessos e utilizando-se de forma criteriosa os recursos tecnológicos disponíveis.

A medicalização do parto normal transformou um evento fisiológico em um procedimento médico. A aceitação dessa mudança é, em grande parte, um evento cultural. Por exemplo, um elevado número de gestantes de baixo risco dá à luz sob analgesia peridural nos EUA e Grã-Bretanha. Na maioria dos países em desenvolvimento, muitos partos ocorrem nos domicílios, sem nenhum uso medicamentoso para alívio da dor (OMS, 1996).

Tecnologia na assistência ao parto

Com o intuito de obter melhores resultados em mães e recém-nascidos, houve uma rápida expansão do uso de muitas tecnologias com a finalidade de desencadear, aumentar, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto, para torná-lo seguro e melhorar a saúde de mães e bebês. Neste processo, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, as tentativas de melhorar a qualidade da assistência ao parto, muitas vezes, levaram à adoção de intervenções rotineiras inapropriadas, desnecessárias e, em muitos casos, arriscadas, sem a devida avaliação de sua efetividade ou segurança (OMS, 1996; Enkin et al., 2005).

Conforme cita Davis-Floyd (2000),

A biomedicina é um modelo inapropriado para o parto em qualquer cultura. É muito cara, muito intervencionista, muito orientada em drogas e tecnologia, e provoca males demais para mães e bebês, para ser um modelo viável ao qual os países em desenvolvimento deveriam aspirar. No entanto, em virtude da dominação global generalizada do mundo ocidental, do legado do colonialismo e do dramático sucesso da biomedicina, todos os países em desenvolvimento aspiram alcançar os patamares definidos pela medicina ocidental, patamares estes que são inapropriados para o parto e de fato para muitas das necessidades mundiais em saúde.

Hoje, o modelo biomédico ou mecanicista predominante nas sociedades ocidentais tem suas raízes históricas vinculadas ao contexto do Renascimento e de toda revolução artístico-cultural que ocorreu nessa época. O corpo humano foi visto

como uma máquina a ser explorada. No modelo mecânico, a natureza, é vista como exterior ao homem e com uma existência objetiva e independente; a natureza é constituída de peças que se movem, segundo leis fixas. Desse modo, o alvo do interesse médico passou da história da doença para uma descrição clínica dos achados propiciados pela patologia, isto é, de uma abordagem biográfica para outra nosográfica (OMS, 1996).

Nem sempre a tecnologia deve ser aplicada apenas por estar disponível. De acordo com a OMS (1996),

o objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Esta abordagem implica que no parto normal deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural.

Conforme acentua Diniz (2001), no Brasil, isso não vem acontecendo na prática. Estas recomendações vêm sendo sistematicamente desconsideradas, quando são conhecidas. As rotinas na assistência vêm sendo utilizadas sem qualquer critério. Os procedimentos reconhecidamente danosos, ineficazes que deveriam ser eliminados continuam a fazer parte do dia-a-dia da maioria dos estabelecimentos, como o uso da posição horizontal durante o parto; o uso da rotina da lavagem intestinal; da tricotomia (raspagem dos pêlos pubianos); da infusão intravenosa; a administração de hormônios para aceleração do trabalho de parto, a episiotomia, entre outros. Estes procedimentos poderiam ser úteis, se bem indicados, porém, são usados de forma inapropriada, causando mais dano que benefício.

Em sua revisão sobre os procedimentos de rotina no parto tecnocrático, Enkin et al. (2005), mostraram como a abordagem biomédica do parto, que supervaloriza os riscos eventuais, freqüentemente, implica a "substituição do risco potencial de resultados adversos pelo risco certo de tratamentos e intervenções duvidosas". Ou seja, é a tecnologia mal utilizada gerando mais danos do que benefícios.

Profissionais da assistência, ainda que estejam em busca de uma pretensa maior segurança e qualidade de vida para mulheres e bebês, submetem-nas a intervenções "que podem levar a complicações, gerando intervenções subseqüentes e a mais complicações, que terminam em uma intervenção final, em geral, uma cesárea, que não teria ocorrido se a cascata não tivesse se iniciado" (Mold; Stein, 1986).

Em todo mundo, o número de cesarianas aumentou acentuadamente nas últimas décadas. As causas são variadas e a incidência de partos operatórios pode ser influenciada pelo receio de processos por imperícia ou conveniência pessoal e lucro financeiro.

Os conceitos e práticas de atenção à saúde estão vinculados ao momento histórico e ao contexto social em que se vive. Na questão da assistência ao parto e nascimento, o MS (Brasil, 2001) destaca que o atual modelo dominante é muito dependente da tecnologia médica e tem diminuído a confiança na capacidade inata da mulher para dar à luz sem intervenções (Boaretto, 2003).

Ainda que o uso racional das tecnologias do parto seja devidamente conhecido e divulgado, a resistência a mudanças na assistência passa por questões que nada têm a ver com técnica, estando mais relacionadas às percepções e crenças de profissionais quanto ao parto e sua assistência, à estrutura funcional e física dos locais de atendimento, aos problemas de acesso ao leito, a questões de pagamento pelo sistema de saúde, à cultura sexual e reprodutiva, entre outras (Davis-Floyd, 1992; Davis-Floyd; Sargent, 1997; Wagner, 1997).

A questão não é nova, já era apontada na década de 1970:

A principal distorção da obstetrícia moderna é oferecer tecnologia inadequada, cara, potencialmente perigosa e dolorosa para os partos normais que delas não se beneficiam; o que muitas vezes resulta em não oferecer tecnologia adequada para os partos anormais para os quais esta tecnologia poderia ser útil (Caldeyro-Barcia, 1979).

Transformação no ensino e a prática baseada em evidências científicas

Na capacitação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas, historicamente, existem dois tipos de programas educacionais: o modelo europeu com o ingresso em cursos de obstetrícia anexos às escolas médicas ou de enfermagem, e o americano em que a habilitação formal na área de obstetrícia é concebida, como uma especialidade da enfermagem (Riesco; Tsunechiro, 2002).

No Brasil, a educação formal de parteiras iniciou-se no século XIX, nas escolas médicas. No início do século XX, foram criados cursos de enfermeiras de maternidades anexos às faculdades de medicina. A denominação de enfermeira especializada para parteira começou a ser usada nos anos de 1920 e a de obstetriz apareceu pela primeira vez com o título conferido às formadas no Curso de

Obstetrícia da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, entre 1922 e 1925 (Riesco; Tsunechiro, 2002).

Em 1912, foi criada a Escola de Parteiras de São Paulo que, em 1931, sofreu alterações em seu currículo, com a inclusão da disciplina Enfermagem Geral no programa. Esta escola passou a denominar-se Escola de Obstetrícia e Enfermagem Especializada e o curso teve a duração de três anos. Ao final, as alunas obtinham, além do título de Parteira, o de Enfermeira Especializada (Riesco; Tsunechiro, 2002).

Em 1939, em São Paulo, foi fundado o Curso de Enfermagem Obstétrica anexo à Clínica Obstétrica da Escola Paulista de Medicina, tendo formado apenas uma turma. Para admissão das candidatas, tinha como exigência legal o ensino primário. Esta formação era precária, com duração de dois anos. Por isso, foi introduzida a formação anterior em enfermagem geral, seguida pelas cadeiras especializadas em Obstetrícia, oferecidas nos últimos três semestres (Riesco; Tsunechiro, 2002).

A Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949, referia que as portadoras do diploma de enfermagem poderiam ingressar no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica que, após um ano, receberiam o certificado de enfermeira obstétrica. Em 1962, o Conselho Federal de Educação (CFE) aprovou o Parecer nº 271, que estabelecia o currículo mínimo e a duração de três anos para o curso de enfermagem, com a opção de se realizar um quarto ano para obter o título de enfermeira obstétrica (Riesco, 1999).

O Parecer nº 303, de 6 de outubro de 1963, do CFE, fixou currículo de três anos para os cursos de obstetrícia e estabeleceu uma articulação com a enfermagem, por meio de um tronco em comum nos cursos, com duração de um ano e um terceiro ano diversificado. Isso possibilitou, tanto às enfermeiras como às obstetrizes a possibilidade de cursar um ano a mais e ter a complementação desejada (Riesco, 1999).

Segundo Riesco; Tsunechiro (2002), “no início da década de 1970, foi introduzida outra modificação decorrente da reformulação das universidades brasileiras, em função da similaridade entre os currículos de enfermagem e de obstetrícia”. Em 1972, a Resolução nº 4 do CFE foi aprovada e os dois cursos foram fundidos em três fases sucessivas: 1) a pré-profissional; 2) o tronco profissional comum que levava à graduação do enfermeiro; 3) e as habilitações que levavam à

formação da enfermeira obstétrica ou obstetriz do enfermeiro médico-cirúrgico e do enfermeiro de saúde pública.

As duas primeiras etapas tinham duração mínima prevista de 2.500 horas, integralizadas entre três e cinco anos e o ciclo completo, com a habilitação em uma das áreas, de no mínimo 500 horas, passava para o total de 3.000 horas, cursadas no período de quatro a seis anos. “A partir de 1972, coube exclusivamente às escolas de enfermagem a formação profissional da enfermeira obstétrica ou obstetriz, como única via para a capacitação formal de não-médicos para assistência ao nascimento e ao parto normal”.

Assim, com a incorporação dos cursos de obstetrícia às escolas de enfermagem e a fusão dos currículos, a opção deixou de existir no ingresso à universidade, sendo postergada para o último ano do curso na dependência da oferta de vagas para essa habilitação. Embora o curso tivesse a denominação legal de Enfermagem e Obstetrícia, gradativamente, menos escolas ofereciam essa formação, reduzindo o contingente de profissionais no mercado de trabalho.

Em 1994, por meio da Portaria nº 1.721, do CFE, o currículo mínimo de enfermagem foi modificado e as habilitações foram extintas e o único curso previsto para formação específica de profissionais não-médicos na área obstétrica passou a ser a especialização em enfermagem, nível de pós-graduação *lato sensu*.

Desde 1999, o MS vem financiando cursos de especialização em enfermagem obstétrica, mediante convênios firmados com universidades e secretarias de saúde em todo o País. Esses cursos são de carga horária reduzida, com no máximo 600 horas, com enfoque no ensino da assistência no pré-natal e no parto. A iniciativa constituiu-se em um marco nacional no projeto de capacitação de enfermeiras para a assistência materna e perinatal e em três anos, aproximadamente, 1.090 enfermeiras foram especializadas por esses cursos, com a grande maioria delas inseridas em projetos locais de maternidades, centros de parto normais e programas de saúde da família.

Paralelamente, medidas políticas do MS, como a inclusão do parto realizado por enfermeira obstétrica na tabela de pagamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e a instituição de centros de parto normal sob a coordenação exclusiva de enfermeiras obstétricas têm produzido confrontos com a categoria médica. Estas medidas reacendem antigas disputas entre médicos e enfermeiras pelo direito de exercer a obstetrícia.

Por outro lado, a formação dos profissionais enfermeiros vem ocorrendo de forma descontínua e decrescente e tem sido questionada, sobretudo, no que se refere à adequação do modelo de formação. Quanto à capacitação para a assistência ao parto, a temática costuma ser defendida quando são discutidas as estratégias para redução das taxas de cesariana no País (Merighi; Yoshizato, 2002).

Pesquisa realizada a respeito dos diversos programas brasileiros de saúde materno-infantil e as propostas que eles mencionam em relação às atividades e ao desempenho das enfermeiras (obstétricas), diz que a maioria das enfermeiras que atua na área de enfermagem obstétrica é insuficiente, em número e em qualidade e algumas têm habilitação específica e outras, não (Merighi; Yoshizato, 2002).

O efeito da definição internacional de enfermeira obstétrica é o reconhecimento de diferentes programas de treinamento ou formação de parteiras, incluindo a formação sem qualificação anterior em enfermagem, mais conhecida como “entrada direta”.

Esta via de formação existe em muitos países, como no Reino Unido e vem tendo uma onda de popularidade, tanto por parte de governos como de candidatas à enfermagem obstétrica (OMS, 1996).

No Brasil, em 2005, um novo Curso de Obstétrica, com entrada direta pelo vestibular e duração de três anos, foi iniciado na Universidade de São Paulo (USP). Nesse ano, a USP criou a Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH), em seu campus da zona leste da cidade de São Paulo (USP-Leste), dez novos cursos, adotando uma proposta de educação utilizada no Brasil e, também, em outros países do mundo.

A proposta tem como objetivo formar profissionais crítico-reflexivos, que, nesse processo de formação, possam interagir com a sociedade na qual a universidade está inserida. Os princípios norteadores são: protagonismo do estudante e de seu grupo de colegas na compreensão da complexidade dos fenômenos; troca e cooperação entre os profissionais e estudantes envolvidos na resolução de problemas propostos pelo corpo docente; busca da verdadeira interação e compartilhamento de idéias, opiniões e explicações entre os envolvidos no estudo e aproximação da universidade com a comunidade onde está inserida (Projeto, 2007).

Na EACH-USP, o novo curso de graduação em obstetrícia foi estabelecido com objetivo de desenvolver uma modalidade de formação e qualificação de

profissionais vinculados a realidades locais, no sentido de produzir o necessário e esperado impacto na qualidade à saúde da mulher e família. Esse profissional, uma vez integrado à equipe de saúde, será capaz de atuar de forma autônoma, responsabilizando-se pela assistência na gestação e no parto normal.

Assim, deverá representar um importante recurso para prover cuidados de saúde a gestantes, parturientes, puérperas, recém-nascidos e familiares, no sentido de promover e preservar a normalidade do processo de nascimento, atendendo as necessidades físicas, emocionais e socioculturais das mulheres. Por outro lado, este profissional terá perfil e competência para participar ativamente das transformações no quadro epidemiológico da saúde materna e perinatal (Projeto, 2007).

A entrada direta em um programa que ofereça um treinamento abrangente em obstetrícia e assuntos anexos, como pediatria, planejamento familiar, epidemiologia etc., é reconhecida como sendo de melhor custo-efetividade por estar centrada nas necessidades das parturientes e seus bebês.

Mais importante do que o tipo de preparação para a prática oferecida por qualquer governo, é a competência e a capacidade da parteira para agir de modo decidido e independente.

Por estas razões, é vital assegurar que todos os programas de treinamento de enfermagem obstétrica protejam e promovam a capacidade dessas profissionais de realizar a maioria dos partos, avaliar os riscos e, quando a necessidade local exigir, manejar complicações do parto à medida que forem surgindo.

Conforme a OMS (1996), a enfermeira obstétrica deve ter condições de:

- oferecer apoio à mulher, a seu parceiro e à sua família durante o trabalho de parto, no momento do nascimento e no pós-parto;
- observar a parturiente; monitorar o estado fetal e, posteriormente, o do recém-nascido; avaliar os fatores de risco; e detectar os problemas precocemente;
- realizar intervenções, como amniotomia e episiotomia, se necessário e prestar os cuidados ao recém-nascido, após o nascimento; e
- encaminhar a parturiente a um nível de assistência mais complexo, caso surjam fatores de risco ou complicações que justifiquem.

Para isso, a enfermeira obstétrica deve ser capaz de realizar as tarefas acima mencionadas e durante seu curso de especialização, deverá receber um treinamento

adequado com uma variedade de habilidades obstétricas apropriadas à sua futura atuação.

Estas habilidades devem permitir, minimamente, que esse profissional especialista avalie fatores de risco, reconheça o início de complicações, execute observações maternas e monitore o estado do feto e do recém-nascido.

A enfermeira obstétrica deve ser capaz de executar intervenções básicas essenciais e cuidar do recém-nascido após seu nascimento, como também ser capaz de encaminhar mãe ou o recém-nascido a um nível mais complexo de assistência, caso surjam complicações que exijam intervenções acima de sua competência.

Segundo a OMS (1996), a enfermeira obstétrica é a provedora de cuidados primários de saúde mais apropriada para ser responsável pela assistência ao parto normal. Como também, parece ser o tipo de profissional mais adequado e com melhor custo-efetivo de prestador de cuidados de saúde à gestação e ao parto normal, incluídos a avaliação de risco e o reconhecimento de complicações.

No Reino Unido, em 1992, foi publicado um relatório sobre serviços obstétricos do Comitê de Saúde da Câmara dos Comuns, que recomenda que as enfermeiras obstétricas atendam suas próprias clientes e tenham total responsabilidade sobre elas. Além disso, devem ter oportunidade de implementar unidades obstétricas onde realizam os partos, dentro e fora do ambiente hospitalar. Em 1993, o Grupo de Peritos em Obstetrícia publicou o relatório “Changing Childbirth”, com recomendações semelhantes (OMS, 1996).

A publicação desses documentos foi o primeiro passo para independência e autonomia da enfermeira obstétrica ou obstetriz na Grã-Bretanha:

Em alguns países europeus as enfermeiras obstétricas têm responsabilidade pela assistência à gestação e ao parto normais, tanto em domicílio quanto no hospital; entretanto, em muitos outros países europeus e nos EUA, quase todas as enfermeiras obstétricas (se existirem) trabalham em hospitais, supervisionadas por médicos obstetras.

Em países subdesenvolvidos, a enfermeira obstétrica é tida como a pessoa apropriada para a assistência obstétrica. Todavia, isso não ocorre em todos eles, pois alguns países enfrentam escassez dessas profissionais. (OMS, 1996).

Transformação na prática

As enfermeiras especialistas, como as não especialistas, consideram que a educação escolar é insatisfatória. Professores, alunos, responsáveis oficiais pelo

ensino e os que utilizam os serviços profissionais referem insatisfação frente ao conteúdo e às práticas educativas no ensino de enfermagem (Tyrrel, 1998). Para Schraiber, a insatisfação da educação escolar é uma situação de inadequação do processo educativo às necessidades sociais. É uma educação formal não centrada no profissional e, sim, no sujeito-alvo desse processo (Tyrrell, 1998).

O aparelho formador (em especial, as escolas de medicina) ainda se mantém aderido ao modelo biomédico-tecnocrático e custa a incorporar as evidências científicas que racionalizam o uso da tecnologia. As escolas contribuem para deixar os profissionais presos a este modelo de assistência datado, pois a cada ano aumenta a distância entre as evidências científicas e a prática, tornando mais complexo o atual paradoxo da prática assistencial (Diniz, 2002).

Em muitos países, o parto passou de um processo natural a um procedimento controlado e medicalizado e o local de nascimento mudou do domicílio para o hospital. Ao mesmo tempo, grande parte do calor humano envolvido no processo do parto normal foi extinto. A dor tem sido aliviada por meios medicamentosos as mulheres têm ficado a sós por longos períodos.

A proposta de retorno ao processo natural tem inserido os pais e outros familiares nas salas de parto no próprio hospital. Alguns hospitais esforçam-se para implementar salas de parto semelhantes ao lar e observa-se que isto pode aumentar a satisfação materna e diminuir a taxa de traumatismo de períneo, bem como reduzir o desejo de outro tipo de ambiente no próximo parto. Mas estudos randomizados não encontraram nenhum efeito sobre o uso de analgesia epidural, uso de fórceps e cesáreas (OMS, 1996).

Esses estudos envolveram, primariamente, um ambiente mais atraente de sala de parto, sem alteração fundamental no atendimento: aparentemente, isto não foi suficiente para melhorar a qualidade da assistência e o resultado obstétrico.

Um relatório extenso sobre a assistência em centro de parto nos EUA descreveu os cuidados em centros alternativos de parto em hospitais e fora deles (OMS, 1996). Experiências com atendimento feito por enfermeiras obstétricas em hospitais da Grã-Bretanha, Austrália e Suécia mostram que a satisfação das mulheres com esse tipo de cuidados era muito maior do que com a assistência padrão. O número de intervenções, geralmente, era menor, especialmente, a analgesia obstétrica, indução e correção da dinâmica do trabalho de parto. Os resultados

obstétricos não foram significativamente diferentes em relação à assistência fornecida por especialistas, embora em alguns estudos houvesse uma tendência para uma mortalidade perinatal levemente maior nos modelos de assistência realizada por enfermeiras obstétricas (OMS, 1996).

Períneo e episiotomia

A episiotomia é um procedimento utilizado em partos normais. Consiste em uma incisão ampliadora do orifício vulvar, realizada no corpo perineal, antes da expulsão da cabeça fetal com a finalidade de facilitar o parto.

Esta incisão cirúrgica é feita, geralmente, com uma tesoura. Entretanto, pode ser iniciada com uma lâmina de bisturi e concluída com a tesoura. Os tecidos seccionados são pele, tecido subcutâneo, mucosa vaginal, músculo bulbocavernoso ou bulboesponjoso e músculo transverso superficial do períneo. Se a incisão for profunda, serão seccionados, também, o transverso profundo e os ramos do músculo elevador do ânus (Basile, 2000).

Neme (2000) aponta que a episiotomia poderá ser mediana, também denominada de perineotomia, médio-lateral ou lateral. A lateral é contra-indicada por lesar os feixes internos do músculo elevador do ânus homolateral.

O autor salienta que muitos parteiros recomendam a episiotomia médio-lateral por não haver possibilidades de se atingir o esfíncter e a mucosa retal, mas recomendam a prática da perineotomia, em função dos seguintes aspectos: a) menor perda sangüínea; b) execução e reparação fáceis; c) maior respeito à integridade anatômica do assoalho muscular; d) diminuição da queixa dolorosa no puerpério imediato e no coito; e) melhor aspecto estético.

De acordo com a literatura específica, o momento adequado para a realização da episiotomia é quando a cabeça do feto já está sendo visualizada, durante as contrações. No geral, é praticada quando a cabeça fetal força e entreabre a fenda vulvar, sem distendê-la demasiadamente.

Para Neme (2000), a episiotomia ou perineotomia deve ser feita em momento certo, pois se realizada, precocemente, ocorrerá hemorragia; se feita, tardiamente, roturas submucosas inaparentes poderão ocorrer.

Segundo Rezende; Montenegro (1999), o momento adequado para se realizar a episiotomia dependerá de se prever, com segurança, o fim da expulsão; seu início

deverá ocorrer, antes que a apresentação esteja a distender acentuadamente o períneo; quando apenas a pele não estiver lesada, mas os planos músculos aponeuróticos ficaram comprometidos pelas soluções de continuidade efetuadas de dentro para fora.

A lesão de períneo é um dos traumatismos mais freqüentes durante o parto, mesmo naquele considerado normal. Existem várias técnicas e práticas que visam a reduzir os danos para um grau manejável.

Muitos autores descrevem a prática de proteção ao períneo durante a saída do pólo cefálico: os dedos de uma das mãos apóiam o períneo, enquanto a outra mão faz uma leve pressão sobre a cabeça para controlar a velocidade de coroamento, tentando, assim, evitar ou reduzir os danos aos tecidos perineais. É possível que, com essa manobra, seja evitada uma laceração de períneo, mas também é concebível que a pressão sobre a cabeça fetal impeça seu movimento de extensão e a afaste do arco púbico em direção ao períneo, aumentando a possibilidade de lesão na região anterior do períneo.

As roturas perineais, também, são denominadas lacerações e são classificadas, segundo os planos teciduais atingidos. Podendo ser de primeiro grau, quando envolvem a pele, o tecido subcutâneo da região perineal, a mucosa vestibular e a mucosa vaginal. De segundo grau, quando envolvem os tecidos já descritos, como também as fâscias e os músculos do períneo. De terceiro grau, quando atingem, também, o músculo esfíncter do ânus e de quarto grau, quando se estendem por meio da parede retal, expondo a luz do reto (Cunningham et al., 2000).

Em primíparas a ocorrência de lacerações perineais é mais freqüente. Assim, as lacerações de primeiro grau, às vezes, não necessitam de sutura; as lacerações de segundo grau, em geral, podem ser suturadas com facilidade sob anestesia local e, em regra geral, cicatrizam-se sem complicações. No entanto, as de terceiro grau podem ter conseqüências mais sérias e sempre que possível devem ser suturadas por um obstetra em um hospital bem equipado, a fim de evitar fístulas ou incontinência fecal (OMS, 1996).

A episiotomia tem sido realizada com freqüência, mas sua incidência é variável. Nos EUA são realizadas em 50% a 90% das primíparas, o que a torna o mais freqüente procedimento cirúrgico naquele país.

Observa-se que muitos centros incluem a exigência de que todas as

primíparas sejam submetidas a uma episiotomia. Nos Países Baixos, as parteiras apresentam frequência total de 24,5% de episiotomias, sendo 23,3% médio-laterais e 1,2% medianas. As episiotomias medianas são suturadas com facilidade e têm a vantagem de deixar menos tecido cicatricial, enquanto as episiotomias médio-laterais evitam mais eficazmente o esfíncter anal e o reto. Sinais de sofrimento fetal; progressão insuficiente do parto; ameaça de laceração de terceiro grau (incluindo uma laceração de terceiro grau em um parto anterior) podem ser motivos para realizar uma episiotomia, em parto normal (OMS, 1996).

Todas as três indicações são válidas, embora seja muito difícil prever uma laceração de terceiro grau. A incidência desta última é de cerca de 0,4%; portanto, o diagnóstico “ameaça de laceração de terceiro grau” só deve ser feito ocasionalmente o diagnóstico perde seu significado (OMS, 1996).

A literatura apresenta outros motivos para o uso liberal da episiotomia, incluindo o argumento que ela substitui uma laceração de bordas irregulares por uma incisão cirúrgica reta e limpa, é mais fácil de suturar e de melhor cicatrização; evita traumatismo da cabeça fetal e danos graves ao períneo e à musculatura do assoalho pélvico, prevenindo a incontinência urinária de estresse (Cunningham et al., 2000).

As evidências em favor desses supostos benefícios do uso liberal da episiotomia foram investigadas em vários estudos randomizados (Argentine, 1993; OMS, 1996). Os dados desses estudos fornecem indícios a favor desta prática. O uso liberal da episiotomia está associado a maiores taxas de traumatismo ao períneo e a menores taxas de mulheres com um períneo intacto.

Os grupos de mulheres com uso liberal e uso limitado de episiotomia tiveram um grau comparável de dor perineal avaliada aos dez dias e três meses, após o parto. Não existem indícios de um efeito protetor da episiotomia sobre a condição fetal. Em um estudo de acompanhamento por até três anos após o parto, não se verificou nenhuma influência de um uso liberal da episiotomia sobre a condição fetal. Foi realizado um estudo de acompanhamento por até três anos, após o parto. Não se verificou nenhuma influência de um uso liberal da episiotomia sobre a incontinência urinária. No estudo observacional que envolveu 56.471 partos realizados por enfermeiras obstétricas, a incidência de lacerações de terceiro grau foi 0,4% se não fosse feito nenhum tipo de episiotomia. No caso de uma episiotomia médio-lateral, a incidência de episiotomia mediana foi de 1,2% (OMS, 1996).

Não existem evidências confiáveis de que o uso liberal ou rotineiro da episiotomia tenha um efeito benéfico, mas há destaques claros de que pode causar danos. Em um parto normal, ocasionalmente, pode haver uma indicação válida para uma episiotomia, mas recomenda-se o uso limitado dessa intervenção. A porcentagem de 10% de episiotomia, sem dano à mãe ou ao recém-nascido, alcançada em estudo inglês, seria uma boa meta a se adotar (OMS, 1996). O MS refere que as taxas de episiotomia acima de 15% são desnecessárias (Brasil, 2001).

Evidências científicas e a prática baseada em evidências

Em 1985, profissionais que participaram de uma reunião da OMS e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), realizada em Fortaleza (Brasil), fizeram uma série de recomendações sobre a assistência ao parto. Apesar disso e da ênfase rapidamente crescente na medicina, baseada em evidências, muitas dessas práticas continuam a ser comuns, sem considerar devidamente seu valor para as mulheres ou seus filhos. Esta foi a primeira vez que uma reunião envolvendo peritos em obstetrícia de todas as regiões da OMS teve a oportunidade de esclarecer, à luz dos conhecimentos atuais, qual é, em sua opinião, o papel de tais práticas na assistência ao parto normal (Riesco, 1999; Diniz, 2001).

Após discutir as evidências, o grupo de trabalho classificou suas recomendações sobre as práticas relacionadas ao parto normal em quatro categorias:

A–Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;

B–Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;

C–Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão;

D–Práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado.

Segundo esta classificação, a episiotomia é uma “Prática freqüentemente utilizada de modo inadequado” e seu uso liberal ou rotineiro foi classificado, pela OMS (1996), entre as “Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas”.

Carroli; Belizán (2005) realizaram uma busca nos registros de estudos clínicos do Grupo Cochrane de Gravidez e Parto, com o objetivo de avaliar os efeitos do uso restrito da episiotomia, em comparação com a episiotomia rotineira durante o

parto normal. Seis estudos foram incluídos, assim, das 2.409 mulheres do grupo de episiotomia rotineira, em 72,7% dos casos foi realizada a episiotomia. Entre as 2.441 mulheres do grupo de uso restrito da episiotomia, esta foi feita em 27,6% delas. Os autores citados referem, também, que a episiotomia seletiva, em comparação a seu uso rotineiro, é associada ao risco reduzido de traumatismo perineal posterior, menor necessidade de sutura e baixas complicações na cicatrização. Já o uso restrito da episiotomia, associa-se a um maior risco de trauma perineal anterior. Não houve diferenças no risco de trauma vaginal ou perineal agudo, dispareunia, incontinência urinária ou medidas relacionadas com dor acentuada.

Objetivo

- Descrever os elementos que fundamentam o ensino da assistência ao parto normal nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica, particularmente, na prevenção e reparo do trauma perineal.

Método

Tipo de estudo

O presente estudo foi desenvolvido seguindo uma abordagem qualitativa de caráter descritivo, pois buscou identificar aspectos do processo de formação profissional que se interpõem à prática assistencial da enfermagem obstétrica (Gil, 2002).

Conforme Minayo (1994), a pesquisa qualitativa busca responder a questões particulares, com peculiaridades, cuja quantificação não seja recomendada para a compreensão do universo de significados com os quais as ciências humanas e sociais ocupam-se e alguns aspectos da área da saúde caracterizam-se por estas particularidades.

Ainda para Minayo (1994), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que se referem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não poderiam ser reduzidos à operacionalização de variáveis quantitativas.

Para a realização deste estudo, optou-se pela perspectiva da análise qualitativa dos dados, procurando evidenciar as conexões existentes entre a formação para prática da assistência ao parto normal, a qualidade dos cuidados prestados à parturiente e a realização de intervenções danosas ou lesivas à mulher e seu filho.

Tal perspectiva teórico-metodológica mostrou-se adequada para esta investigação, pois possibilitou identificar aspectos relativos ao processo de ensino-aprendizagem para assistência ao parto normal, prevenção e reparo do trauma perineal nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica, a fim de conhecer a contribuição da especialização para a prática baseada em evidências científicas.

Procedimentos metodológicos

Local do estudo e população

O estudo foi realizado no Município de São Paulo. Fizeram parte da amostra as instituições de ensino superior (universidades, centros universitários e faculdades) que têm cursos de graduação em enfermagem e oferecem ou ofereceram a especialização em enfermagem obstétrica.

O período compreendeu os anos de 1995 a 2005, o critério para sua escolha deveu-se à modificação na legislação do ensino de enfermagem, com a extinção das habilitações, a partir de 1995, consolidando a especialização como a única via formal

de capacitação de enfermeiras na área obstétrica. Além disso, a amplitude do período do estudo possibilitou identificar mudanças do processo de ensino e assistência, adotando a *prática baseada em evidências científicas*.

Para identificar e ter acesso às instituições que constituíram a amostra, verificou-se quais locais oferecem o curso de graduação em enfermagem. Esta informação foi obtida na Internet, no *site* do Ministério da Educação-MEC, *home page* do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais-INEP¹, o que disponibiliza um sistema de busca, por município e curso, que fornece dados sobre as instituições de ensino superior no Brasil. Após obter a listagem das instituições que oferecem o curso de graduação em enfermagem no Município de São Paulo, foi feito contato telefônico com a secretaria de cada uma das instituições, para informações sobre o curso de especialização ou habilitação em enfermagem obstétrica no período delimitado.

Foram identificadas dez instituições que atenderam os critérios definidos e foram incluídas no estudo:

1. FASM – Faculdade Santa Marcelina;
2. FEHIAE – Faculdade de Enfermagem do Hospital Albert Einstein;
3. SÃO CAMILO – Centro Universitário São Camilo;
4. UNASP – Centro Universitário Adventista de São Paulo;
5. UNIBAN – Universidade Bandeirante de São Paulo;
6. UNICID – Universidade Cidade de São Paulo;
7. UNICSUL – Universidade Cruzeiro do Sul;
8. UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo;
9. UNISA – Universidade Santo Amaro;
10. USP – Universidade de São Paulo.

Inicialmente, foi encaminhado às instituições acima citadas um formulário *on-line* (Anexo 1), solicitando informações relativas aos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. Para facilitar a resposta das instituições, o formulário enviado traz uma planilha para o preenchimento das respostas. As informações solicitadas foram número de turmas iniciadas, concluídas e em andamento; número de egressos e forma de contato com os mesmos; nome e forma de contato com os coordenadores e professores que ministram e ministraram o ensino teórico e prático

¹ <http://www.educacaosuperior.inep.gov.br>

relativo à assistência ao parto.

A população do estudo foi constituída pelos coordenadores e por um professor de cada instituição, vinculados aos cursos de especialização em enfermagem obstétrica.

Coleta dos dados

Com base nas respostas obtidas no formulário enviado às instituições de ensino, foi feito contato telefônico com os sujeitos do estudo, para a realização de entrevista individual, cujo roteiro foi previamente testado (Anexos 2 e 3). As entrevistas, realizadas em data e local indicados pelos entrevistados, foram gravadas e posteriormente transcritas, na íntegra. Nos Anexos 4 e 5, são apresentadas as entrevistas transcritas, que foram codificadas com as letras **C** (coordenador) e **P** (professor) e numeradas de **1** a **10**, segundo a ordem das instituições, conforme o item acima (Local do estudo e população).

Análise dos dados

Os dados relativos à caracterização dos cursos e dos coordenadores e professores foram analisados quantitativamente e apresentados em tabelas, considerando a frequência absoluta de cada variável.

As respostas às questões do roteiro de entrevistas foram analisadas qualitativamente. No início, foi feita a leitura integral de cada entrevista, para melhor compreender o conteúdo de cada uma. Em seguida, foi analisado o conteúdo, sistematizado, mediante a técnica de extrair frases temáticas com base nos substantivos concretos e abstratos mencionados nas respostas, preservando os elementos de ação e qualificação que configuram um enunciado pertinente⁹.

Os enunciados obtidos foram codificados com as letras C, para os coordenadores, e P, aos professores, e com um ou dois números, correspondendo, o primeiro, ao entrevistado e o segundo, ao próprio enunciado, quando mais de um foi sistematizado para determinado subtema. Por exemplo, C1.1 corresponde ao enunciado número 1 da entrevista com o coordenador 1, e P2, ao único enunciado da entrevista com o professor 2, sistematizado àquele subtema.

Apoiada nesse material, foi realizada uma classificação inicial, buscando evidenciar os elementos que fundamentam o ensino da assistência ao parto normal,

sobretudo a prevenção e o reparo do trauma perineal.

A classificação final do material analisado, resultou nos subtemas, agrupados, posteriormente, em temas e categorias, que caracterizam as relações e fenômenos do processo de ensino-aprendizagem e o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos frente às questões do estudo. As frases temáticas agrupadas por subtemas, temas e categorias são apresentadas no Anexo 6. Finalmente, foi elaborada a síntese, no sentido de responder ao objetivo da pesquisa.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (Anexo 7). Quando solicitado, foi também submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino participante do estudo e obtida autorização para a coleta dos dados (Anexo 8).

As entrevistas foram realizadas em local e data de escolha do participante, mediante a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (Anexo 9), conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Conforme descrito no Método, os resultados apresentados referiram-se às características dos dez cursos de especialização em enfermagem obstétrica, oferecidos no Município de São Paulo, entre 1995 e 2005 (Tabela 1), e às características dos nove coordenadores e dez docentes desses cursos, que compõem a população do estudo (Tabelas 2 e 3). Os coordenadores entrevistados foram nove, uma vez que a coordenadora do curso da instituição 1 foi, também, coordenadora do único curso oferecido pela instituição 2.

Tabela 1. Caracterização dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. São Paulo, 1995-2005.

Característica	n
Instituição de ensino superior	
⁽¹⁾ Privada ou confessional	8
⁽²⁾ Pública	2
Oferecimento de habilitação em enfermagem obstétrica	
Não	6
Sim	4
Início do oferecimento de especialização em enfermagem obstétrica (década)	
1970	1
1980	2
1990	3
2000	4
Cursos de especialização em enfermagem obstétrica oferecidos	
Concluídos	81
Em andamento	12
Alunos matriculados nos cursos em andamento	294

(1) FASM – Faculdade Santa Marcelina; FEHIAE – Faculdade de Enfermagem do Hospital Albert Einstein; SÃO CAMILO – Centro Universitário São Camilo; UNASP – Centro Universitário Adventista de São Paulo; UNIBAN – Universidade Bandeirante de São Paulo; UNICID – Universidade Cidade de São Paulo; UNICSUL – Universidade Cruzeiro do Sul; UNISA – Universidade Santo Amaro.

(2) UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo; USP – Universidade de São Paulo.

Tabela 2. Caracterização dos coordenadores dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. São Paulo, 1995-2005. (n=9)

Característica	n
Idade (anos)	
< 35	1
35 – 45	3
45 – 55	4
≥ 55	1
Sexo	
Feminino	8
Masculino	1
Tempo de experiência na coordenação (anos)	
< 2	3
2 – 5	5
≥ 5	1
Tempo de graduação em enfermagem (anos)	
< 10	1
10 – 20	3
≥ 20	5
Habilitação ou especialização em enfermagem obstétrica	
Sim	8
Não	1
Tempo de habilitação ou especialização em enfermagem obstétrica (anos)	
< 10	1
10 – 20	4
≥ 20	3
Mestrado	
Sim	8
Não	1
Doutorado (n=8)	
Concluído	5
Em andamento	2
Experiência na assistência ao parto	
Sim	8
Não	1

Tabela 3. Caracterização dos professores dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. São Paulo, 1995-2005. (n=10)

Característica	n
Idade (anos)	
< 35	2
35 – 45	3
45 – 55	3
≥ 55	2
Sexo	
Feminino	9
Masculino	1
Tempo de experiência no ensino de enfermagem obstétrica (anos)	
< 5	3
5 – 20	3
≥ 20	4
Tempo de graduação em enfermagem (anos)	
< 10	2
10 – 20	1
≥ 20	7
Habilitação ou especialização em enfermagem obstétrica	
Sim	10
Não	-
Tempo de habilitação ou especialização em enfermagem obstétrica (anos)	
< 10	2
10 – 20	1
≥ 20	7
Mestrado	
Sim	8
Não	2
Doutorado	
Sim	4
Não	6
Ensino ministrado no curso de especialização em enfermagem obstétrica	
Teórico e prático	9
Prático	1
Local do ensino prático da assistência ao parto	
Centro de parto normal e centro obstétrico	6
Centro obstétrico	4

Os dados qualitativos são apresentados de maneira descritiva, conforme o agrupamento dos enunciados obtidos na sistematização das entrevistas. Assim, foram agrupados nas categorias, temas e subtemas, conforme o Quadro 1.

Quadro 1. Categorias, temas e subtemas obtidos do conteúdo das entrevistas com nove coordenadores (C) e dez professores (P) dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. São Paulo, 1995-2005.

CATEGORIAS	TEMAS	SUBTEMAS
O trauma perineal e sua prevenção, segundo os professores	<i>Efeitos do parto vaginal sobre o períneo</i>	O períneo é naturalmente preparado para o parto; depende da assistência ao parto; depende de cada mulher
	<i>Caracterização do trauma perineal</i>	Fisiológico; laceração ou rotura espontânea; qualquer morbidade (episiotomia, laceração ou rotura espontânea, hematoma, edema)
	<i>Indicação da episiotomia</i>	Sofrimento fetal; macrosomia; prematuridade; episiotomia anterior; elasticidade restrita; períneo curto; risco de laceração de terceiro ou quarto graus; leucorréia; falta de colaboração materna no desprendimento cefálico; fórceps
	<i>Prevenção do trauma perineal</i>	Ação do profissional no parto; participação da mulher
	<i>Cuidado perineal</i>	Sutura; alívio da dor; higiene; exercícios
Elementos que fundamentam o ensino da assistência ao parto e o ensino do cuidado perineal	<i>Relativos ao aluno (como futura enfermeira obstétrica)</i>	Conhecimento científico, teórico e prático sobre o períneo e seu cuidado
	<i>Relativos ao curso e ao processo ensino-aprendizagem</i>	Professor com boa formação e com habilidade na teoria e na prática; local de ensino com boa infra-estrutura; práticas e carga horária adequadas

Nos itens, a seguir, são apresentados os resultados das entrevistas realizadas com os sujeitos da pesquisa.

O trauma perineal e sua prevenção, segundo os professores

Nesta categoria, emergiram os temas: Efeitos do parto vaginal sobre o períneo; Caracterização do trauma perineal; Indicação da episiotomia; Prevenção do trauma perineal; Cuidado perineal (Quadro 1).

Efeitos do parto vaginal sobre o períneo

Para uma mulher, um parto normal é o momento mais intenso que ela irá vivenciar em toda sua vida. Conseguir dar à luz uma criança esperada por nove meses, agüentar as contrações, acompanhar com seu próprio esforço o aumento da intensidade da dor, até o ponto em que ela se transforme numa alegria muito superior ao sofrimento anterior... Tudo isso é uma vitória sem igual na vida dessa mulher. Muitas mulheres só se sentem verdadeiras mulheres, e realizadas como tal, após terem dado à luz. (Angela Gehrke)

A integridade perineal, roturas ou lacerações espontâneas de graus variados e a episiotomia são efeitos do parto vaginal sobre o períneo. A integridade perineal é observada após o nascimento, quando o períneo não apresenta soluções de continuidade.

Entretanto, quando ocorre o desprendimento fetal de forma abrupta, pode haver laceração do períneo. Esta laceração pode atingir a pele, a mucosa, o músculo, o esfíncter anal e a ampola retal.

Segundo publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS), grande parte das mulheres sofre algum tipo de trauma perineal no parto normal, seja por lacerações espontâneas ou por episiotomia (OMS, 1996; Brasil, 2001).

Para Enkin et al. (2005), dois terços das primíparas, que dão à luz em hospitais, têm traumatismo que exige sutura.

O profissional que assiste o parto, pode controlar a velocidade do desprendimento da cabeça fetal e dos acrômios, contribuindo para a prevenção da laceração perineal. Portanto, o desprendimento cefálico através do canal do parto deve ser controlado, para que seja lento e suave, com adequada extensão da cabeça e a gradativa substituição dos menores diâmetros cefálicos pelos maiores (Ziegel; Cranley, 1985).

Quanto à episiotomia, é um procedimento cirúrgico amplamente utilizado para ampliar o canal do parto e abreviar o tempo expulsivo; com frequência, é realizado sem a autorização prévia da mulher.

Neste tema, as falas dos professores, indicam que os efeitos do parto vaginal sobre o períneo podem ocorrer *independente das ações de quem assiste o parto normal* (subtema “O períneo é naturalmente preparado para o parto” e subtema “Depende de cada mulher”) ou na *dependência dessas ações* (subtema “Depende da assistência ao parto”), como se pode verificar nas frases apresentadas, a seguir.

O períneo é naturalmente preparado para o parto

Na expulsão fetal, o esforço materno involuntário, denominado de puxo espontâneo, são contrações involuntárias da musculatura uterina em direção ao períneo. No puxo espontâneo, ocorre maior troca gasosa materno-fetal, em razão do pequeno período em que a mulher suspende a respiração para fazer força, comparativamente, ao puxo dirigido (OMS, 1996).

Roberts et al. (1987) realizaram um estudo que evidenciou que o puxo espontâneo facilita o processo de nascimento, resultando em filhos saudáveis e boa experiência de parto à mãe, além de evitar danos maternos e fetais.

A pesquisa realizada por Sampelle; Hines (1999), com 39 primíparas que tiveram partos normais espontâneos, teve como resultado que 28% das mulheres com puxo espontâneo tiveram probabilidade maior de períneo íntegro após o parto, menor possibilidade de sofrerem episiotomia e terem lacerações de segundo e terceiro graus.

Alguns professores referem que o parto vaginal é um mecanismo natural de prevenção do trauma perineal. Enfim, na fala dos professores, para se ter um parto natural e fisiológico é necessário deixar a natureza da mulher agir e o período expulsivo norteará os puxos espontâneos da mulher para o nascimento.

Os estudos sobre o uso do puxo espontâneo durante o desprendimento lento do pólo cefálico dão subsídio à fala destes professores.

- *A evolução do processo natural do parto normal propiciará o trabalho do próprio períneo. (P3)*
- *O parto normal bem acompanhado evoluirá adequadamente, promovendo uma elasticidade natural que não vai causar traumas no períneo. (P3)*
- *A vagina tem músculo que se distende e contrai e foi preparado para parir, dificilmente acontecem lacerações de terceiro grau. (P5)*

- *O períneo é preparado para o parto vaginal, é um tecido elástico, que depois volta ao normal. (P7)*
- *Não vai haver uma repercussão tão grande que leve a mulher achar que, após o parto vaginal, vão ter alterações sexuais ou de incontinência urinária. (P8)*
- *O períneo foi feito para parir e o sedentarismo proporciona o traumatismo no momento do parto. (P9)*
- *Não tem nenhum efeito. O músculo perineal não desgasta; basta proteger bem o períneo. (P10)*

Depende da assistência ao parto

O efeito do parto vaginal sobre o períneo pode depender da condução que o profissional de saúde dá a assistência ao parto normal.

Embora seja difundida a idéia de que o suporte da região perineal com as mãos durante a expulsão fetal traz benefícios ao períneo, a pesquisa realizada por Costa; Riesco (2006) indica que a prevenção do trauma perineal pode estar associada a outros fatores como a posição materna durante o parto, restrição no uso de ocitócitos, tipo de puxo e suporte emocional no parto. Os resultados do estudo randomizado controlado, comparando as técnicas expectantes e intervencionistas de proteção perineal, mostraram que 81,4% das parturientes sofreram algum tipo de laceração perineal, predominando a laceração de primeiro grau, sem diferença estatística entre os grupos pesquisados, indicando que a técnica de proteção e o manejo do feto não interferiram na frequência e grau de lacerações.

Estudo randomizado controlado com mais de 5.000 mulheres, sobre a efetividade da proteção perineal, obteve que a dor perineal no décimo dia pós-parto foi maior no grupo em que não se utilizou a proteção perineal e que a frequência de traumatismo perineal foi similar em ambos os grupos, bem como o estado do recém-nascido (Enkin et al., 2005).

Por sua vez, a OMS (1996) salienta que a proteção perineal no período expulsivo pode evitar lacerações perineais. Mas esta proteção pode ocasionar uma pressão sobre a cabeça fetal, impedindo seu movimento de extensão, afastando-a do arco púbico em direção ao períneo e aumentando a probabilidade de lesão perineal.

Alguns professores referiram que a episiotomia está intimamente ligada a um risco maior de laceração perineal. Consideram, também, que a episiotomia anterior leva a aumento de lacerações.

A episiotomia, já definida, é uma incisão cirúrgica no períneo, realizada para alargar o orifício vaginal, para facilitar a passagem do feto e abreviar o período expulsivo. Mesmo com a realização da episiotomia pode ocorrer uma extensão do corte, atingindo o reto.

A aceleração da expulsão com episiotomia pode ser necessária, caso haja a parada da progressão fetal com sofrimento fetal ou materno. Esta aceleração e abreviação de tempo expulsivo pode ser obtida pela episiotomia, pelo parto instrumental ou pela associação de ambos (Enkin et al., 2005).

Em estudos controlados, os resultados com o uso restritivo da episiotomia demonstram que poderá ocorrer aumento da frequência de lacerações perineais anteriores, mas há menor ocorrência de trauma perineal posterior, menor necessidade de sutura, poucas complicações na cicatrização, ausência de risco de trauma vaginal ou perineal grave e redução da dor perineal pós-parto, dispareunia e incontinência urinária (Enkin et al., 2005).

Ainda, segundo os professores deste estudo, o reparo perineal adequado poupa o períneo de prejuízos advindos do parto. Este reparo pode ser indicado, após um traumatismo perineal e será sempre necessário, após a realização de uma episiotomia, mediante fechamento das camadas teciduais do períneo, denominado episiorrafia.

A episiorrafia deve feita pela aproximação das estruturas anatômicas do períneo, e o reparo pode utilizar fio absorvível – catégute ou ácido poliglicólico – com aproximação dos tecidos da mucosa vaginal, músculo bulboesponjoso e músculo transverso superficial do períneo, fáscias musculares e pele (Ziegel; Cranley, 1985).

Usualmente, a mucosa vaginal é reparada com pontos contínuos ancorados e os planos musculares, subcutâneos e pele são aproximados com pontos separados (Ziegel; Cranley, 1985). Existe, também, a possibilidade de se realizar o reparo contínuo em todos os planos, sem ancorar os pontos. Esta técnica foi referida por Fleming (1990) e testada por Kettle et al. (2002) e Silva (2002), para redução da dor e da inflamação do processo cicatricial.

Para realizar a episiotomia como a episiorrafia, é necessário o emprego de anestesia, seja por bloqueio do nervo pudendo ou infiltração local, com a injeção de solução anestésica com ou sem vasoconstritor.

Conforme Colacioppo (2005), as soluções anestésicas com vasoconstritor são mais indicadas no reparo perineal, pela sua permanência local ser mais prolongada.

Assim, os efeitos do parto vaginal sobre o períneo podem estar ligados às ações de quem assiste o parto normal, mas também a outros fatores, como o desprendimento rápido do pólo cefálico, associado à laterocidência de um dos membros do feto que poderá levar ao trauma do períneo.

Enfim, vale considerar que o uso de posições de livre escolha da mulher para dar à luz, sua autoconfiança em acreditar que pode parir, o fato de se sentir segura e acolhida no processo de parturição, os banhos de imersão que proporcionam o uso de puxos não dirigidos, o respeito ao tempo de expulsão e aos movimentos de bascula do pólo cefálico, são fatores que favorecem a integridade perineal.

Pela fala dos professores, observa-se que a atuação do profissional, tanto pode produzir como evitar laceração espontânea, episiotomia ou outro tipo de morbidade.

- *Não traz dano nenhum, quando se faz uma sutura bem-feita. (P1)*
- *Em qualquer situação, pensava-se em fazer episiotomia. (P3)*
- *No expulsivo, com a proteção da musculatura perineal, com desprendimento mais suave do pólo cefálico, a gente garante, de alguma maneira, essa proteção, dificultando um pouco mais os traumas perineais. (P3)*
- *Os efeitos do parto vaginal sobre o períneo dependerão do cuidado com essa musculatura depois do parto. Quando você faz os exercícios de Kegel, você vai fortalecer a musculatura de seu canal vaginal. Mostro os resultados ou as possibilidades do resultado para ela, com relação aos partos futuros, e à sexualidade. Porque muitas verbalizam que se preocupam com essa frouxidão do canal vaginal. (P4)*
- *Os traumas perineais são menores do que quando é realizada a episiotomia. (P5)*
- *Na episiotomia, o risco de lacerar mais o canal vaginal é muito maior. (P5)*

- *Quando a mulher está muito agitada, sem autonomia sobre o próprio corpo e fica presa à cama, querendo levantar de qualquer jeito daquela posição, eu vejo uma laceração de períneo, mesmo. (P5)*
- *Acho que tem uma alteração, desde uma rotura, uma cicatrização, uma deiscência. (P8)*
- *Dependendo do tamanho do feto, existem situações em que a episiotomia é necessária. (P10)*

Depende de cada mulher

Para alguns professores, independe ou não da ação do profissional, a condição do períneo depende do número de gestações ou partos anteriores ou de características próprias de cada mulher, como se pode verificar, a seguir:

- *A maioria das mulheres que atendo, tem trauma perineal e temos rotura de primeiro e segundo graus. (P2)*
- *Percebo que a primigesta lacera menos que a secundigesta e a tercigesta, especialmente, com episiotomia anterior. (P2)*
- *Os efeitos do parto vaginal sobre o períneo não são da via de parto em si, mas, da gestação, do preparo físico, da idade e da nutrição dessa mulher. (P6)*
- *Eu acho que se a gente pensar no relaxamento da musculatura, na necessidade de uma perineoplastia futura. Acho que está mais relacionada à gravidez, ao número de gravidezes e ao corpo da própria pessoa, e não à via de parto. Caso seja obesa ou não, se tem vida sedentária ou não, tipo de trabalho que exerce. Eu acho que isso influencia mais na condição do períneo do que na própria via de parto. (P6)*
- *A episiotomia provoca uma alteração, tendo repercussão sobre o períneo, mas depende muito de cada mulher. (P8)*

Menta; Schirmer (2006) estudaram a força muscular perineal no puerpério em primíparas e relacionaram o tipo de parto e as condições perineais com os valores da força muscular perineal. Observaram que não houve associação entre o tipo de parto, o trauma perineal e a força da musculatura.

Barbosa et al. (2005) fizeram avaliação funcional do soalho pélvico com uso do perineômetro e avaliação digital. Verificaram a força muscular diminuída entre mulheres com cesariana. Observaram que às nulíparas e no pós-parto normal, os valores foram classificados com intermediários. Consideraram, ainda, que a alteração da força muscular do assoalho pélvico pode ser ocasionada pela gestação, visto que a parede abdominal torna-se flácida através do estiramento e afastamento das fibras do músculo retoabdominal e a recuperação da tonicidade dessa musculatura pode ser lenta ou, até mesmo, imperfeita.

Além dos aspectos referidos, deve-se lembrar que fatores como a constituição da pelve da mulher, o tamanho do feto, o tônus muscular em si e a friabilidade do tecido perineal em razão das alterações circulatórias locais podem contribuir para a ocorrência de trauma perineal.

Caracterização do trauma perineal

Os partos normais são tão variados quanto as crianças que nascem. Se ninguém interferir no processo (que é adequado em 90% dos casos), na hora do parto a natureza se manifesta com toda sabedoria. Para o casal, um parto normal vivenciado junto é um momento de muita união, que gera um profundo respeito e carinho do homem pela mulher. Para o nenê, a passagem pelo canal estreito da vagina é uma vivência fundamental para seu desenvolvimento emocional, afetivo e sexual. Em sua vida, nunca existirá um contato físico tão intenso com outra pessoa. (Angela Gehrke)

Os professores entrevistados caracterizaram o trauma perineal, como laceração ou rotura de primeiro, segundo, terceiro e quarto graus, episiotomia, edema, hematoma. Alguns referiram que a prevenção do trauma verificou-se com proteção do períneo no desprendimento cefálico, com exercícios que tonificam o músculo perineal durante o pré-natal ou somente com uma proteção na região posterior do períneo, permitindo que toda área restante fique livre para distender-se.

O trauma perineal, também, é caracterizado como uma ocorrência “fisiológica”, na medida que algum trauma é esperado durante o parto. Portanto, os subtemas oriundos deste tema foram: “Fisiológico”; “Laceração ou rotura espontânea”; “Qualquer morbidade (episiotomia, laceração ou rotura espontânea, hematoma, edema)”, como se observa pelas frases, a seguir.

Fisiológico

- *É fisiológico. (P1)*

Laceração ou rotura espontânea

Conforme apontado no tema anterior, a fala dos professores indica que a ocorrência de laceração ou rotura espontânea pode depender de fatores, como: técnica incorreta ou manuseio inadequado na assistência ao parto. Entretanto, segundo os docentes, o trauma perineal pode ocorrer de maneira espontânea e natural, independente da atitude do profissional que está assistindo o parto.

Assim, também, ao caracterizarem o trauma perineal, os professores referem-se, tanto à ação do profissional como a fatores alheios à sua atuação no parto.

- *Uma laceração, às vezes, por assistência técnica incorreta. (P2)*
- *Rotura de primeiro, segundo e terceiro graus. (P3)*
- *Muitos dos traumas são causados pelo manuseio inadequado do profissional. Às vezes, o próprio profissional é o facilitador do trauma perineal por causa dos toques repetitivos e da insistência para a progressão da descida fetal. (P3)*
- *Rotura. Classifico a rotura de primeiro grau como não intencional. (P4)*
- *Trauma de primeiro, segundo, terceiro e quarto graus, quando atinge o esfíncter anal. (P5)*
- *Qualquer tipo de laceração que ocorra. (P6)*
- *Rotura ou laceração. (P7)*
- *Laceração de primeiro, segundo e terceiro graus ou rotura de primeiro até o quarto graus. A literatura, não deixa claro quando separar rotura de laceração. A gente classifica por grau: quando é pele e mucosa, musculatura e reto. (P8)*
- *Laceração de primeiro, segundo, terceiro e quarto graus. (P9)*

Durante muito tempo, a literatura refere que a laceração do períneo era vista como uma má assistência ao parto. Mas, os estudos que têm sido realizados estudos fornecem evidências científicas sobre a melhor prática na assistência obstétrica para prevenção e reparo do trauma perineal.

A prevenção do trauma perineal grave tem uma estreita relação ao abandono da prática da episiotomia mediana, que está associada à probabilidade de lacerações graves.

Os estudos mostram que a ocorrência de lacerações profundas, como as de terceiro e quarto graus ocorrem, sobretudo, em caso com episiotomia mediana, considerando que a episiotomia médio-lateral pode ser um fator protetor para primíparas, diminuindo a possibilidade de trauma perineal profundo em até 70% (Abeche et al., 1994).

A posição litotômica aparece, também, com um fator associado a lacerações agudas, e posições mais flexíveis e confortáveis para a mulher são recomendadas para redução do risco de laceração (Abeche et al., 1994).

Vale reiterar que a ocorrência de lacerações profundas está intimamente ligada à adoção da episiotomia mediana, prática esta que depende da ação do profissional que assiste o parto.

Para Fleming (1990), uma laceração aguda está associada ao uso da episiotomia, sendo mais freqüente entre multíparas. Os relatos mostram que a incidência dessas lacerações varia de 0,2% a 1% em mulheres não submetidas a episiotomia, de 1,8% a 4,8% em mulheres com episiotomia médio-lateral e de 9,7% a 28% em mulheres com episiotomia mediana.

A fala de um professor, incluída neste subtema, mostra sua experiência pessoal, relacionando o uso de episiotomia com a gravidade das lacerações perineais:

- *Aprendi a fazer parto com episiotomia. Quando você não sabe fazer episiotomia, você consegue protelar um pouco mais. O que eu vejo, é que os traumas são muito menores do que quando é realizada a episiotomia. Isso como experiência pessoal. Na episiotomia, o risco de lacerar mais o canal vaginal é muito maior. (P5)*

Qualquer morbidade (episiotomia, laceração ou rotura espontânea, hematoma, edema)

Em razão da alta proporção de mulheres com algum tipo de trauma perineal no parto, os professores incluíram as variadas ocorrências, dando ênfase à caracterização do trauma perineal, como qualquer laceração, episiotomia, hematoma e edema. Estas morbidades podem estar relacionadas a fatores maternos, fetais e ao parto.

Neste subtema, enquadram-se as falas dos professores relacionadas, tanto, à laceração como à episiotomia:

- *Episiotomia, trauma voluntário! (P4)*

- *Quando existe a necessidade de fazer uma episiotomia. (P9)*
- *Rotura de períneo, lacerações, hematomas, edema e situações que a apresentação cause um dano, trauma nesse períneo. (P10)*

Martins-Costa et al. (2001) referem que as desvantagens associadas ao trauma perineal podem ser o edema, o hematoma, a dor, a infecção e a deiscência de sutura.

Klein et al. (1994) seguiram 356 primíparas e 341 múltiparas de baixo risco em estudo sobre dor perineal, disfunção urinária e sexual e funcionamento do assoalho pélvico até três meses, após o parto. Estas mulheres foram divididas em quatro grupos: períneo íntegro, lacerações espontâneas suturadas ou não suturadas; episiotomia e episiotomia seguida de lacerações de terceiro ou quarto graus. Observaram que a dor foi menor em mulheres com períneo íntegro e aquelas com laceração de terceiro e quarto graus decorrentes da episiotomia mediana tiveram mais queixas, com menções de dor terrível. Em relação à atividade sexual, as mulheres com períneo íntegro retornaram a essa atividade 42 dias após o parto, apresentaram menor índice de dor na primeira relação, comparativamente, às mulheres com episiotomia ou lacerações agudas.

Cabe, assim, aos profissionais de saúde dar ouvidos à queixa das mulheres, uma vez que o limiar de dor é diferente em cada pessoa. Chama atenção que ao caracterizarem o trauma perineal, nenhum dos professores entrevistados fez referência aos sintomas da mulher, como uma de suas características.

Indicação da episiotomia

Vencer obstáculos que nos são proporcionados pela vida, gera grandes forças interiores, em qualquer momento da vida, e, com certeza, estas são geradas de maneira muito especial na hora do parto. Imaginando que, para o nenê a passagem de um ambiente de total proteção para um mundo desconhecido é muito dolorosa. Nós deveríamos tentar de tudo para que essa passagem fosse por via normal e da maneira mais suave possível, sem traumas, sem agressões e sem que o nenê fosse separado de sua mãe. Assim ele aprende a confiar, e essa semente de confiança lhe fará bem para toda sua vida. (Angela Gehrke)

A episiotomia surge baseada na crença de que esta intervenção poderia prevenir lacerações perineais, mas deveria ser realizada em casos excepcionais (Labrecque et al., 2000; Martins-Costa et al., 2001).

Diniz (1998) descreve de que forma a episiotomia foi inserida no contexto do nascimento e defendida por autores brasileiros:

A episiotomia deriva do modelo de corpo feminino instituído por muitos autores, como Joseph De Lee, que na década 10 do século passado postulava que o parto era um processo que, para o feto, equivalia a ter a cabeça esmagada por uma porta, e para a mulher, ‘equivalia a cair de pernas abertas sobre um forçado’, levando a uma lesão genital terrível e irreversível. Para este autor, o parto provoca lesões, sendo então patogênico e como tal, era patológico e, portanto, deveria ser tratado como patologia. Neste sentido, o parto médico deveria se desenvolver o mais rápido possível para abreviar seu efeito patogênico: induzido com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentos, o períneo alargado pela episiotomia e o feto retirado com o auxílio de fórceps; tudo isto para ‘prevenir’ a suposta lesão sobre a cabeça do feto e genitais. O períneo seria, então, reconstituído cirurgicamente. Este modelo foi repetido, com variações e atualizações, pelos autores brasileiros, como é o caso de Rezende, defensor do suposto afrouxamento pélvico irreversível do parto. De Lee afirma que a episiotomia era igualmente vantajosa para devolver a mulher a condição virginal.

Por isso, o incentivo à adoção da episiotomia foi difundido. Acreditou-se que poderia salvar a mulher dos sofrimentos do período dilatante e do trabalho físico de um período expulsivo prolongado, preservar a integridade do assoalho pélvico e do intróito vaginal com prevenção das lacerações perineais e redução das lacerações graves dos terceiro e quarto graus, prevenir tocotraumas cranianos, reduzir o tempo da segunda fase do parto e prevenir a asfixia neonatal, isto é, preservar o cérebro do bebê de lesões e dos efeitos imediatos e remotos da compressão prolongada, reduzindo a quantidade de recém-nascidos com desenvolvimento intelectual diminuído, com epilepsia, etc., prevenir o prolapso uterino, o septo vesicovaginal e suas conseqüentes seqüelas, como: a incontinência urinária e o prolapso genital; devolver as condições virginais e evitar a dor (Tomasso et al, 2002).

Enkin et al. (2005) fazem referência ao uso da episiotomia no sofrimento fetal ou materno, quando houver necessidade de se acelerar o parto.

As indicações para realização da episiotomia, segundo alguns autores são: sofrimento fetal; macrosomia fetal; parto prematuro; distensibilidade restrita do assoalho pélvico que engloba primiparidade precoce e tardia; distância entre a fúrcula e o ânus menor que três centímetros; edema de vulva, para evitar laceração denteada; progressão insuficiente do parto; ameaça de laceração de terceiro grau; apresentação pélvica e distocia de ombro (Basile, 2000; Labrecque et al., 2000).

Stamp (1997) estudou as opiniões e práticas das obstetrizes australianas no cuidado com o períneo no segundo estágio do trabalho de parto. Foram pesquisadas 194 obstetrizes que trabalhavam em casa de parto e centro de parto de hospitais públicos. As 186 obstetrizes que realizavam episiotomia, foram separadas em dois grupos: **1.** quase sempre fazem episiotomia, e **2.** às vezes, fazem episiotomia. As principais situações que levam as obstetrizes dos grupos 1 e 2 a realizar episiotomia, e a respectiva frequência de indicação, são: sofrimento fetal (63% e 37%); períneo rígido (40% e 56%); laceração prévia de terceiro grau (27% e 54%); laceração iminente (15% e 37%).

Parte das indicações para episiotomia no referido estudo coincide com as apresentadas pelos professores entrevistados, como indicam os subtemas, a seguir, ilustrados pelas respectivas frases temáticas:

Sufrimento fetal; Macrossomia; Prematuridade; Episiotomia anterior; Elasticidade restrita; Períneo curto; Risco de laceração de terceiro ou quarto graus; Leucorréia; Falta de colaboração materna no desprendimento; Fórceps.

- *Avaliando a altura uterina e a elasticidade do períneo. (P1)*
- *Quando se percebe que vai lacerar, sobretudo quando há episiotomia anterior; na macrossomia fetal e na ausência de auxílio da parturiente, durante o desprendimento cefálico. (P2)*
- *Parto prematuro; desproporção entre o pólo cefálico com a distensão da musculatura perineal, cuja distensão da musculatura esteja prejudicada, com risco iminente de laceração. (P3)*
- *Períneo rígido. (P4)*
- *Altura uterina que sugere feto macrossômico em períneo com pouca distensibilidade. (P4)*
- *Depende da elasticidade do períneo, avaliada no momento do coroamento e mecônio espesso, com sofrimento fetal, com bradicardia sem recuperação. (P5)*
- *Fórceps e períneos curtos. (P6)*
- *Períneo resistente que, ao coroar, se pode prever uma laceração de terceiro ou quarto graus. (P7)*
- *Resistência do períneo. (P8)*

- *Vitalidade fetal que, através da cardiotocografia, apresente um traçado comprimido, associado à presença de mecônio. (P8)*
- *Mudança da cor do períneo com evidência que irá lacerar a distensão. (P8)*
- *Sufrimento fetal por causade mecônio intenso. (P9)*
- *Leucorréia intensa e não tratada. (P9)*
- *Espaço do períneo menor que três centímetros, muito próximo à cúpula do ânus. (P9)*
- *Pólo cefálico solicitando muito o períneo, no feto grande, e para abreviar o período expulsivo no sofrimento fetal, conforme o foco e o mecônio. (P10)*

A leucorréia, patologia genital decorrente de processos inflamatórios ou infecciosos, pode aparecer como motivação para a docente indicar a episiotomia.

Estudos mostram que as doenças sexualmente transmissíveis (DST) estão inseridas no contexto do desenvolvimento de patologias no ciclo grávido-puerperal, podendo causar gravidez ectópica, abortos, nascimentos de natimortos, prematuridade, infecções congênitas e perinatais e infecções puerperais. O diagnóstico e tratamento precoce dessas doenças podem evitar riscos maiores à gestante e ao feto. Todavia, observa-se é que, muitas vezes, não são feitas a avaliação e a terapia das DST no pré-natal, acompanhando-se, unicamente, o desenvolvimento da gravidez (Martins et al., 2004).

Alguns docentes referiram que realizam episiotomia em períneos rígidos. A realização de uma sutura em uma incisão cirúrgica reta pode ser mais fácil do que em um tecido com bordas irregulares. Como referido na Introdução, Cunningham et al. (2000) consideram a maior facilidade na sutura da episiotomia, por suas bordas retas, e seu uso liberal contribui para evitar o traumatismo da cabeça fetal, os danos agudos no períneo.

A falta de colaboração materna no desprendimento fetal foi um dos fatores citados pelos professores para uso da episiotomia. Isto pode ser por inúmeros aspectos nem sempre perceptíveis ao profissional que assiste o parto, por exemplo, o medo de ser mãe e as responsabilidades que estão implicadas nesse processo. Outras possibilidades são: exaustão da mulher, a dor que pode ser física ou ser relacionada a sentimentos, como o medo de perder o bebê. Além disso, outro fator para falta de colaboração materna pode ser pelo fato da mulher não ter companheiro e essa solidão e futura responsabilidade gerar insegurança.

Alguns professores utilizam a episiotomia, após avaliar o períneo e verificar se existe episiotomia anterior, períneo resistente, períneo curto, macrosomia fetal e prematuridade.

O ensaio clínico randomizado e controlado feito com uma amostra de 2.606 mulheres, divididas em um grupo de episiotomia seletiva e outro de episiotomia de rotina (1.555 nulíparas – 778 no grupo episiotomia seletiva e 777 no grupo episiotomia de rotina, e 1.051 primíparas – 520 no grupo de episiotomia seletiva e 531 no grupo episiotomia de rotina) mostrou que a episiotomia foi realizada em 30,1% dos partos no grupo de episiotomia seletiva e 82,6% no grupo de episiotomia de rotina. O trauma perineal foi incomum em ambos os grupos, sendo menos freqüente no grupo episiotomia seletiva (1,2% versus 1,4%) (Argentine, 1993).

A indicação da prematuridade para realização da episiotomia pode estar associada à intenção de abreviar o tempo expulsivo, reduzindo, assim, a compressão da cabeça fetal.

Entretanto, Enkin et al. (2005) referem que, embora o pólo cefálico do feto pré-termo seja mais vulnerável à compressão e descompressão na saída do canal do parto, não existem indícios que apoiem o uso clínico de medidas como uso liberal de analgesia peridural, fórceps profilático e episiotomia precoce para redução da resistência ao canal do parto e proteção da cabeça fetal.

Oliveira; Miquilini (2005) realizaram estudo descritivo com médicos obstetras e enfermeiras obstétricas sobre o uso de episiotomia no Hospital Universitário da USP. Dos 255 partos realizados no período estudado, 63,1% foram vaginais, dos quais 76,2% com episiotomia médio lateral-direita, 10,6% com períneo íntegro, 9% com lacerações de primeiro grau e 4,1% de segundo grau. Dentre as mulheres com partos normais, 41,6% das submetidas à episiotomia eram primigestas. Os critérios mais adotados pelas enfermeiras e médicos para indicarem a episiotomia foram: rigidez perineal; primiparidade; feto macrossômico; prematuridade; períneo íntegro; episiotomia anterior; apresentação pélvica; períneo curto; iminência de rotura. Os mais citados por esses profissionais médicos e enfermeiros para a realização da episiotomia coincidem com os subtemas que emergiram das falas das docentes entrevistadas nesta pesquisa, acima citados.

Prevenção do trauma perineal

Para nós, parteiras, acompanhar um parto normal é um trabalho gratificante. Ele exige um conhecimento profundo, muita dedicação e paciência, mas nos permite participar desse momento tão único de outras pessoas, de uma forma muito próxima. Quanto mais longa e dura se torna a jornada do trabalho de parto, mais íntima fica a relação do casal com a parteira e maior alegria e satisfação depois de tudo ter dado certo. (Angela Gehrke)

Há estudos científicos que evidenciam e apóiam a prevenção do trauma perineal por meio da preparação do períneo com exercícios durante o pré-natal, posição ortostática ou lateral-esquerda para dar à luz, suporte do períneo para o desprendimento cefálico lento, compressas locais quentes e massagem perineal durante o período expulsivo do parto (Basile, 2000; Enkin et al., 2005).

Diniz (1998) menciona que uma boa assistência ao parto inclui mudança de condutas, como restrição do uso de episiotomia, de ocitocina e da posição horizontal, o que poderá prevenir traumas perineais. Ressalta que o tônus da musculatura vaginal depende de exercícios e da própria consciência da mulher para contração e relaxamento do períneo

Estudos sobre os efeitos da posição da mulher durante o parto normal evitando a posição litotômica, obtiveram valores significantes de períneo íntegro (Albers et al., 1996; Basile, 2000).

Para Silva (2002) é extremamente importantes a avaliação cuidadosa do períneo e o abandono de intervenções desnecessárias, como: toques repetidos, amniotomia, uso de ocitocina e puxos dirigidos que interferem no tempo indispensável para o preparo do períneo e, conseqüentemente, nas condições perineais no parto e pós-parto, provocando edema e lacerações. Refere que os profissionais devem respeitar o ritmo do parto de cada mulher e conhecer a real necessidade de episiotomia.

“Ação do profissional no parto” e a “Participação da mulher” são os subtemas que formam o presente tema.

Ação do profissional no parto

Há uma série de recomendações e medidas que o profissional deve seguir na assistência ao parto para prevenir o trauma perineal. O resultado das entrevistas com os professores mostrou que, entre outros, a liberdade de puxo, o uso do cavaleiro, da bola, o banho de chuveiro, a hidromassagem e o não tocar excessivamente podem contribuir para o preparo do períneo, além de relaxar a mulher, contribuindo para diminuição do trauma perineal.

Briquet (1994) considera que o profissional que assiste o parto, deve sustentar o períneo nas multíparas quando o mesmo se distende e nas primíparas, quando a região da vulva entreabre-se por causa do movimento de báscula do pólo cefálico.

Ziegel; Cranley (1985), como foi referido, citam que o profissional que assiste o parto, deverá controlar o desprendimento do pólo cefálico, para que ocorra de forma lenta e não descontrolada, podendo, assim, evitar a laceração profunda dos tecidos perineais.

O MS indica medidas não-medicamentosas e não-invasivas para minimizar o estresse e aliviar a dor que incluem: promover ambiente tranquilo, exercícios respiratórios e de relaxamento e deambulação, além de banhos mornos e massagens, que podem ser realizadas por familiares ou profissionais (Brasil, 2001).

A introdução do centro de parto normal (CPN), em algumas instituições de saúde, vem contribuindo para a eliminação de condutas iatrogênicas. Especialmente, no CPN, o MS recomenda os seguintes cuidados no parto: dieta livre durante o trabalho de parto; liberdade para movimentação da parturiente; adoção de métodos não-medicamentosos para o alívio da dor, como o banho de aspersão e de imersão para relaxamento; massagens na região lombossacra; exercícios de respiração e de relaxamento; estímulos a movimentos corpóreos, tais como: abaixar, levantar e balanço pélvico. Nesse contexto da humanização para o nascimento, o acompanhante é sempre estimulado a participar na realização de massagens relaxantes para alívio da dor. O profissional que assiste o trabalho de parto, deve considerar o desejo de independência da parturiente em seu início e sua dependência no final (Machado; Praça, 2006).

Abaixo, aparecem as falas dos professores entrevistados que caracterizam este subtema:

- *Avaliar altura uterina, a elasticidade do períneo e a necessidade de episiotomia, como em situações de elasticidade ruim do períneo e altura uterina suspeita de macrosomia. Se não fizer episiotomia, é só proteger o períneo com compressa e usar vaselina. (P1)*
- *Deixar o parto evoluir o mais próximo do expulsivo, com a mulher andando, no chuveiro, na bola e posicionar a mulher próximo ao desprendimento do pólo cefálico. (P2)*
- *Deixar o período expulsivo acontecer, naturalmente, sem força voluntária, sem prensa abdominal. Intervir menos, não ficar estimulando o períneo com toques e deixar o pólo cefálico se desprender naturalmente, sem ficar comprimindo o períneo. (P2)*
- *Um parto bem assistido, oferecendo orientações necessárias quanto ao progresso do trabalho de parto, acompanhamento e formação de um vínculo efetivo entre quem está assistindo e paciente, proporcionando confiança e relaxamento à mulher. (P3)*
- *Fazer proteção perineal na hora do desprendimento. (P3)*
- *Fazer a contenção do períneo sem restrição, durante o desprendimento; apenas apoiar o períneo posterior e a região periuretral. (P4)*

- *Romper a bolsa, o mais tardio possível porque a própria bolsa massageia o períneo e consegue-se prevenir laceração. (P5)*
- *Quando romper a bolsa, deixar a própria cabeça do bebê fazer o movimento de báscula. (P5)*
- *Usar posição no parto que ajude evitar laceração. (P5)*
- *Mexer pouco no períneo e passar o dedo com vaselina; evitar puxar o períneo. (P5)*
- *A episiotomia tem de ser seletiva. (P6)*
- *Deixar o muco, que favorece o desprendimento e evitar a proteção do períneo. (P8)*
- *Fazer uma proteção mais na região anal com a compressa, deixando toda a região do períneo livre para poder fazer uma distensão grande e facilitar no desprendimento do pólo cefálico. (P8)*
- *Não fazer o parto em posição litotômica, pois o trauma e laceração são sempre maiores. (P9)*
- *Avaliar se o períneo irá romper, (a mulher, dependendo da cor, a raça negra, é mais friável), o tamanho do feto e a necessidade de se fazer um pique. (P10)*
- *Fazer a proteção do períneo anterior e posterior. (P10)*
- *Diminuir ou retirar ocitocina. (P10)*
- *Orientar a mulher a não fazer força na hora do desprendimento cefálico. (P10)*

Participação da mulher

A participação da mulher surgiu como subtema, já que os entrevistados sugeriram que essa participação no cuidado pré-natal, a realização de exercícios, a prevenção e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, entre outros, irão contribuir para diminuição do trauma perineal.

Segundo as diretrizes do MS para a humanização do parto e nascimento, a parturiente deve ser a protagonista de seu parto, com seu acompanhante de livre escolha (Brasil, 2001).

A história da assistência obstétrica mostra que o parto normal, além de estar inserido no contexto familiar, tem componentes culturais explícitos, como a posição vertical para dar à luz. As posturas ortostáticas e a movimentação no trabalho de parto são eficientes na evolução da dilatação, alívio da dor durante a contração e na descida fetal (Bio et. al., 2006).

A liberdade corporal da mulher no processo do trabalho de parto é prática benéfica e está incluída nas diretrizes da humanização do parto (Diniz, 2005).

Estes fatores dependem muito da mulher. Isso pode ser evidenciado nas falas dos entrevistados, conforme as frases, a seguir:

- *Ter um bom pré-natal e prevenir as doenças sexualmente transmissíveis, pois o períneo bem irrigado e bem trabalhado, com exercícios de abaixa e levanta, favorece uma musculatura mais distensível. (P4)*
- *Preparo durante a gravidez, para que haja a prevenção do trauma perineal no parto normal. (P6)*
- *Caminhar muito favorece o períneo. (P6)*
- *Exercício para o períneo e massagem. (P7)*
- *Orientar a gestante a fazer exercício, fazer posição de cócoras e deambular; cuidar da infecção urinária e das doenças sexualmente transmissíveis, para já ter o períneo preparado. (P9)*
- *Dar liberdade de movimento no trabalho de parto, orientar exercícios de abaixar e levantar para fortalecer o períneo, banho e sentar na bola. (P9)*

Cuidado perineal

*O futuro da humanidade são crianças, e quanto mais oportunidades nós lhes oferecemos para que nasçam sem traumas, com muita confiança, mais colaboramos para que esse futuro seja melhor.
(Angela Gehrke)*

O cuidado perineal é um tema que tem como premissa o cuidado do mesmo antes e após a ocorrência de um trauma perineal. Como subtemas relativos ao tema *Cuidado perineal*, foram considerados “Sutura”, “Alívio da dor”, “Higiene” e “Exercícios”.

Sutura

A sutura é feita após uma laceração ou depois de uma episiotomia, que é denominada de episiorrafia.

Silva (2002) comenta que o resultado da sutura será favorável quando os pontos não forem realizados com tensão exagerada. Além disso, cita que as bordas da lesão perineal devem ser aproximadas adequadamente sem que haja muito espaço entre elas.

Neste subtema, as citações feitas pelos professores entrevistados estão, a seguir:

- *Realizar sutura. Reparo da melhor forma possível com anestesia. Depois, orientar os cuidados com os pontos, higiene e retorno à atividade sexual.* (P1)
- *Orientar a puérpera que ocorreu laceração e que foi preciso dar pontos.* (P5)
- *Reparar a episiotomia ou a rotura.* (P7)
- *Dependendo do trauma, a sutura é necessária em algumas situações.* (P8)
- *Depois de ocorrido o trauma, a laceração e/ou a episiotomia, deve-se proceder à rafia e higiene.* (P9)

Alívio da dor

Enkin et al. (2005) referem que as reações da mulher à dor podem estar ligadas ao ambiente onde ela dá à luz, como também ao suporte que recebe do profissional e do acompanhante.

Os autores citados sugerem que a dor deve ser considerada e valorizada pelos profissionais. Desde o início do trabalho de parto, deve-se conhecer o que a mulher sabe sobre o alívio da dor e buscar, o que ela gostaria que fosse feito para seu alívio.

Para aliviar a dor, podem-se adotar métodos não-medicamentosos ou medicamentosos. As opções não-medicamentosas podem ser indicadas e ensinadas nos cursos de preparação para o parto. Consistem de técnicas que podem reduzir estímulos dolorosos; ativar os receptores sensoriais periféricos ou estimular vias neurais inibidoras descendentes. Nas opções medicamentosas têm-se: analgesia e anestesia regional, agentes sistêmicos e analgesia inalatória. A analgesia peridural é o método mais eficaz no controle da dor, todavia aumenta o número de partos cirúrgicos (Enkin et al., 2005).

Enkin et al. (2005) apresentam onze estudos controlados randomizados que compararam a analgesia peridural a outras formas de analgesia durante o trabalho de parto, considerando que a analgesia peridural favorece um maior alívio da dor no primeiro estágio; porém os efeitos indesejáveis constatados foram: tempo maior dos primeiro e segundo estágios do trabalho de parto; maior uso de ocitocina; parto instrumental e aumento da frequência de cesárea.

O alívio da dor pode ocorrer, também, no momento de se realizar a episiotomia, com a administração de anestésico local, como foi discutido. A anestesia local, também, deve ser feita após uma laceração, caso haja necessidade de reparo perineal.

Neste subtema, emergiram as falas, a seguir:

- *Não subestimar a dor conseqüente do trauma perineal. (P2)*
- *Fazer bloqueio do pudendo, porque a mulher terá mais conforto, ficará menos ansiosa, pois sentirá menos dor ao suturar. (P2)*
- *Ter cuidado para não deixar sangrando o períneo, fazendo sua revisão. (P2)*
- *Após a sutura, ter o cuidado com o períneo e estar, usando compressa fria por tempo adequado. (P2)*
- *Fazer analgesia ou anestesia para correção do trauma e deixar a mulher confortável. (P3)*
- *Usar medicações que aliviem a dor e compressa de gelo. (P6)*
- *Acompanhar de perto a recuperação da mulher; no hematoma, usar compressa de gelo. (P10)*

Higiene

Para evitar a infecção da ferida perineal e ter uma boa cicatrização, é fundamental uma boa condição higiênica, que inclua higiene perineal freqüente com água e sabão e troca de absorventes consecutivos, porque a loquiação é um meio de cultura para bactérias (Cunningham et al., 2000).

O cuidado perineal tem como objetivo manter a área limpa e seca, eliminar o odor, favorecer a cicatrização e promover conforto da mulher, devendo ser empregado independente da existência de sutura, tendo em vista que o períneo é um acesso à cavidade uterina que deve ser protegido de infecção (Ziegel; Cranley, 1985).

A seguir, encontram-se as falas dos professores entrevistados:

- *Comunicar à puérpera que recebeu pontos, para que tenha um cuidado com o períneo, em razão de infecção. (P4)*
- *Orientar sobre a higiene, para lavar com água e sabão e enxaguar bem. (P5)*
- *Orientar muita higiene. (P8)*

Exercícios

Vander (1980) incentiva a adoção de alguns exercícios para um parto natural:

Libertá-la do medo infundado e sem motivo à gravidez e ao parto; ensiná-la a relaxar os músculos e os nervos completamente e com facilidade; ensinar os diversos sistemas de respiração que lhe serão muito úteis; ensinar os diversos exercícios de ginástica para o parto; alimentação sadia e adequada.

A vantagem referida pelo autor citado na adoção de exercícios para as gestantes é o aumento da elasticidade dos músculos e articulações necessárias ao parto natural, fortalecendo-os para atuarem no parto. A musculatura do assoalho pélvico e as articulações do baixo ventre ficarão mais flexíveis, pela prática dos exercícios durante a gestação em um curso de preparação ao parto. O autor, também, cita que quanto mais cedo iniciar a prática de exercícios perineais, melhores serão os resultados do parto.

Os professores entrevistados responderam que o cuidado perineal ocorre com a incorporação diária da prática do exercício de Kegel. Seguem as frases temáticas relativas a este subtema:

- *Exercícios de Kegel. (P4)*
- *Fazer exercício de contração da musculatura no pós-parto, quando amamentar o bebê, independente se houver ou não episiotomia. (P6)*
- *Orientar exercícios no pós-parto. (P8)*
- *Orientar a fazer os exercícios perineais, aquele de Kegel que faz movimentos com o períneo, duas vezes ao dia. (P9)*

Elementos que fundamentam o ensino da assistência ao parto e o ensino do cuidado perineal

Ao retomar algumas das questões abordadas na Introdução, vale considerar que, historicamente, a educação formal da parteira ou obstetriz desenvolve-se em dois programas educacionais distintos: o modelo europeu, com ingresso direto da aluna ao curso de obstetriz (anexo ou não às escolas médicas ou de enfermagem); e o modelo americano, como formação posterior ao curso de enfermagem, concebida como uma especialização na área de enfermagem.

No Brasil, o primeiro registro sobre o ensino formal de parteiras, data de 1832. Foi um Curso de Partos, introduzido quando as academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia transformaram-se em Faculdades de Medicina. Anteriormente a isso, as parteiras possuíam uma carta que as autorizavam realizar o parto. Denominava-se Carta de Exame, concedida pelo Físico-Mor ou Cirurgião-Mor do Império e representava uma forma de controle sobre a atividade de partejar dessas mulheres (Jorge, 1975).

A legislação do ensino de parteiras esteve sujeita à legislação médica, entre o 1832 e 1949. Nesse período, a legislação passou por várias modificações, que alteraram as características da formação dessa profissional. Algumas dessas mudanças referem-se aos pré-requisitos para admissão no curso, currículo a ser seguido e nome do título a ser conferido. Assim, a denominação de **parteira** passou para **enfermeira-parteira** e depois para **obstetriz** e **enfermeira obstétrica** (Jorge, 1975; Riesco, 1999).

A partir de 1949, as escolas de enfermagem passaram, oficialmente, a formar enfermeiras obstétricas. A portadora de diploma de enfermeira podia frequentar o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e, ao final de um ano, receber o certificado de enfermeira obstétrica.

Na década de 1960, o Conselho Federal de Educação estabeleceu um novo currículo, com duração de três anos aos cursos de obstetrícia, estabelecendo a articulação com o curso de enfermagem por meio de um tronco profissional comum de dois anos e um terceiro ano diversificado. Esta proposta representou a possibilidade de complementação, com mais um ano de curso em Enfermagem ou em Obstetrícia para obstetrizes e enfermeiras, respectivamente.

Em 1972, com a fusão dos cursos de enfermagem e de obstetrícia, ficou a cargo das escolas de enfermagem a formação profissional da enfermeira obstétrica ou obstetriz, por meio da Habilitação em Enfermagem Obstétrica (Riesco, 1999).

Em 1994, com a mudança no currículo de enfermagem e a formação de enfermeiros generalistas na graduação, a enfermagem obstétrica tornou-se, exclusivamente, um curso de especialização para enfermeiros (Riesco, 1999).

A presente pesquisa está alicerçada nas experiências dos coordenadores e professores dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica no ensino da assistência ao parto. Embora tenha como tema uma problemática pontual na formação da enfermeira obstétrica, vale considerar que o profissional que assiste o parto deve compreender a mulher e sua saúde de modo holístico.

Nesse sentido, para discutir os aspectos relativos ao ensino da assistência ao parto é importante considerar as questões relacionadas à educação.

Não existe uma maneira única nem um único modelo de educação. Em cada sociedade ou país, a educação existe de forma diferente (Piletti, 2004).

A educação é um processo mediado pela linguagem, pelo qual se aprende uma forma da humanidade. A educação existe porque o homem é um ser inacabado e não sabe de maneira absoluta. Por isso, ele está em busca de conhecimento, que ocorre de forma permanente. O saber acontece por meio da superação constante e deve ser centrado no educando de maneira desinibidora e não restritiva, para que este se torne um ser criativo, reflexivo e que elabore hipóteses e busque soluções. Esse é um processo que conduz ao desenvolvimento de uma consciência transformadora e crítica, que leva o ser humano a criar e estabelecer sua história (Freire, 1985).

“O aluno acumula saberes, passa nos exames, mas não consegue usar o que aprendeu em situações reais” Perrenoud (2000). E isso, está implicado, também, na palavra citada na introdução do tema à seguir, que foi escrita por Paulo Freire “Diz-me e esquecerei, ensina-me e lembrarei, envolve-me e aprenderei”. Observa-se que esse aluno tornar-se-á um indivíduo crítico e reflexivo quando for envolvido por seu educador, e se o mesmo permitir tal envolvimento. Portanto, isso deverá resultar em profissionais engajados no atendimento individualizado e holístico da mulher e sua família.

O modelo biomédico vigente no ensino e consumo de cuidados de saúde, muitas vezes, conduz o profissional a visualizar a mulher de forma segmentada. Nesse modelo, o corpo humano é visto como máquina e dividido em partes, o cuidado se dá dessa mesma forma. Isso pode ocorrer, também, com a mulher que está em trabalho de parto, prestes a dar à luz. A preocupação com o feto e seu desenvolvimento pode levar, muitas vezes, o profissional que assiste a parto a indagar à mulher somente sobre o bem-estar do feto, avaliar sua vitalidade e o útero, isoladamente. Mas, esta mulher que dará à luz em breve, deve ser vista como um ser completo e que precisa ser acolhida e ouvida, para que se compreenda e perceba-se a presença de sentimentos, como: alegria, medo, dor, angústia, entre outros.

Para Enkin et al. (2005), o suporte no trabalho de parto para a mulher, além de ter a presença física do profissional e familiar, deve incluir também medidas que contribuam para seu conforto físico e emocional. Os autores citados salientam que o conforto físico deve ser realizado em resposta às necessidades e desejos da mulher e isso é variável, de acordo com a cultura de cada uma delas.

A enfermeira obstétrica deve ter uma formação não-intervencionista, voltada à valorização do parto normal humanizado, entendendo a humanização no “como um conjunto de práticas que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis e à prevenção da mortalidade materna e perinatal”. Assim, o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento deve ser promovido, utilizando-se de forma criteriosa os recursos tecnológicos disponíveis (OMS, 1996).

Conforme foi referido, esta categoria é originária das questões abordadas nas entrevistas com os coordenadores e professores. Assim, a categoria denominada ***Elementos que fundamentam o ensino da assistência ao parto e o ensino do cuidado perineal*** inclui os temas: “Relativos ao aluno (como futura enfermeira obstétrica)” – subtema *Conhecimento científico, teórico e prático sobre o períneo e seu cuidado* - “Relativos ao curso e ao processo ensino-aprendizagem” – subtemas *Professor com boa formação e com habilidade na teoria e na prática; Local de ensino com boa infra-estrutura; Práticas e carga horária adequadas* (Quadro 1).

Relativos ao aluno (como futura enfermeira obstétrica)

*Diz-me e esquecerei, ensina-me e lembrarei,
envolve-me e aprenderei. (Paulo Freire)*

De acordo com os aspectos já abordados, os programas de formação em enfermagem obstétrica deveriam abranger assuntos, como pediatria: planejamento familiar, epidemiologia, entre outros, que deveriam estar centrados nas necessidades das parturientes e bebês.

Além disso, os profissionais formados nesses cursos deveriam realizar os partos, sabendo avaliar os riscos e manejar suas complicações à medida que fossem surgindo, sendo imprescindível à enfermeira obstétrica apoiar a mulher e a família; monitorar a parturiente e o feto e avaliar os fatores de risco, bem como encaminhar a mulher a um nível de assistência mais complexa nos casos de complicações. Durante ou após o nascimento, precisa saber detectar problemas precocemente e atuar de maneira eficiente; realizar procedimentos para o bom andamento do parto normal, além de episiotomia e amniotomia, quando necessário, bem como promover cuidado ao recém-nascido (OMS, 1996).

Por isso, é fundamental que a enfermeira obstétrica, além de saber executar intervenções básicas para manejo da assistência ao parto normal, tenha conhecimento técnico e científico para atuar ou encaminhar a mãe e o recém-nascido a um nível mais complexo de assistência.

Além disso, deve ter o conhecimento de sua competência, autonomia e limites de atuação, respaldada na legislação do exercício profissional.

Neste tema, os elementos que fundamentam o ensino da assistência ao parto e do cuidado perineal “*Relativos ao aluno*” foram amparados pelo subtema “*Conhecimento científico, teórico e prático sobre o períneo e seu cuidado*”.

Conhecimento científico, teórico e prático sobre o períneo e seu cuidado

O conhecimento científico produz evidências que auxiliam o profissional a mudar sua prática. Freire (1985) refere que a antimudança é a inquietude acrítica do sujeito frente às conseqüências da mudança, que podem desequilibrar seu **status quo** anterior. Esse profissional, por exemplo, pode não se interessar por conhecer as evidências científicas em sua área de atuação, mas adotá-las em sua prática.

Já o profissional que opta pela mudança em sua prática, esforça-se em desmistificar sua realidade, tornando-se um dos agentes da mudança, objetivando com os demais agentes, a incorporação da mudança à prática, isto é, a superação de uma totalidade, ou paradigma, por outra, adotada pelos demais profissionais.

Os coordenadores e professores foram enfáticos em afirmar que o futuro especialista em enfermagem obstetrícia precisa ser acolhedor, e estabelecer uma relação de vínculo com a mulher e ter um conhecimento baseado em evidências científicas, mediante a busca constante de novos achados científicos, pois como Paulo Freire ensina a educação é um processo contínuo e inacabado.

Os entrevistados citam a importância das futuras enfermeiras obstétricas atuarem no ciclo gravídico-puerperal, destacam a importância da atuação no pré-natal, quando os exercícios para o períneo podem ser ensinados e realizados para fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, prevenindo o trauma perineal.

Neste subtema, pode-se observar que tanto os coordenadores como professores referem ser muito importante o conhecimento teórico e prático no manejo do trabalho de parto. Mediante os resultados das entrevistas, observou-se que os coordenadores e professores valorizam o conhecimento do aluno em anatomia e fisiologia, como elementos importantes no aprendizado do aluno a respeito da assistência ao parto.

Para se compreender, o que fundamenta o ensino da assistência ao parto é importante saber que alguns dos alicerces da assistência ao parto e da prevenção do trauma perineal são a anatomia do aparelho reprodutor feminino e a fisiologia do parto.

A região vulvoperineal é formada pela vulva e o períneo. A vulva é constituída: o monte de Vênus, grandes e pequenos lábios, clitóris, vestíbulo, meato urinário, intróito vaginal, hímen e estruturas glandulares.

A região do períneo é o limite inferior da pelve, sendo a parte superior limitada pelos músculos levantadores do ânus e a inferior, pela pele situada entre as coxas. A parte anterior estende-se até a sínfise púbica e bordos inferiores dos ossos púbicos. Posteriormente, a pelve é limitada pelas espinhas isquiáticas, ligamentos sacrotuberais e cóccix. Os músculos transverso superficial e profundo do períneo cruzam a saída pélvica entre as duas espinhas isquiáticas, dividindo esse espaço em dois: anterior – o triângulo urogenital, e posterior – o triângulo anal (Ziegel; Cranley, 1985; Moore, 1994; Cunningham et al., 2000; Rezende, 2002).

O períneo anterior é constituído pelos músculos isquiocavernoso, bulbocavernoso, transverso superficial e esfíncter externo da uretra que envolvem a uretra e a saída vaginal. O períneo posterior é formado pelo esfíncter anal e os elevadores do ânus, constituídos pelos músculos pubococcígeo e isquiococcígeo, que envolvem o ânus. A unidade dessas estruturas forma o assoalho pélvico, que representa o sistema de sustentação do períneo (Cunningham et al., 2000; Neme, 2000; Rezende, 2002).

Quanto à evolução fisiológica do parto, no segundo período, classicamente, a expulsão do feto começa, quando o colo atinge a dilatação total da cérvix. É caracterizada pelos esforços expulsivos maternos, estimulados pela descida da apresentação que provoca a compressão da parede vaginal, do reto e da bexiga, originando por via reflexa os chamados puxos involuntários, ou seja, a vontade de contrair a musculatura abdominal e empurrar o feto (Oxorn, 1989; Cunningham et al., 2000; Brasil, 2001; Rezende, 2002).

Mas, o início do período expulsivo pode ser marcado pela ocorrência do puxo involuntário, mesmo antes que a dilatação cervical esteja completa. Por isso, é freqüente não conseguir estabelecer o momento exato desse período do parto. Nesse período, a mulher pode tornar-se muito sensível, irritada, exausta e dependente de quem assiste o parto. Assim, com a passagem do canal do parto ocorre a compressão cefálica do concepto, e a atividade contrátil uterina e o puxo limitam a circulação placentária.

O risco fetal ocorre em decorrência da redução gradual da oxigenação, que pode produzir hipoxia seguida de acidose fetal. O cuidado com base na abordagem fisiológica é aguardar até que a parturiente sinta necessidade de fazer força, sem estimular a mulher a realizar puxos longos e dirigidos (manobra de Valsalva) e monitorar a vitalidade do feto (OMS, 1996; Brasil, 2001).

Após a dilatação completa e a descida da apresentação, haverá a continuidade dos fenômenos mecânicos do parto que são: a rotação interna, seguida pelo desprendimento cefálico, rotação externa e finalizando com o desprendimento do ovóide córmico ou desprendimento fetal (Brasil 2001; Rezende 2002).

Com a liberação do pólo cefálico e a rotação interna dos acrômios, é necessário observar a presença das circulares de cordão. Quando há circulares de cordão apertadas, antes do desprendimento dos córmicos, faz-se o clampeamento e secção do cordão umbilical. Sendo a circular frouxa, após rotação completa dos ombros, realiza-se a alça do cordão e a redução de eventuais circulares, liberando-se os ombros (Brasil, 2001).

As posições de cócoras, de joelhos e de pé eram as mais utilizadas pelas parturientes de todo o mundo na antiguidade. As hebréias usavam a posição de joelhos no parto, as mexicanas e peruanas adotavam a posição de cócoras e algumas índias davam à luz de pé (Barbaut, 1990). A posição de decúbito dorsal ou posição francesa foi inserida no século XVII pelo francês Mauriceau, e a posição deitada em decúbito lateral (Sims) ou posição inglesa, foi adotada na Inglaterra (Dunn, 1992).

O uso da posição dorsal ou horizontal para a assistência ao parto normal tem como justificativas: melhor monitorização da parturiente, do feto e do trabalho de parto; mais fácil para aplicar as técnicas de anti-sepsia; maior facilidade de acesso intravenoso para indução ou condução do parto; controle da região da apresentação ou do períneo durante a expulsão e facilidade de realizar episiotomia; facilidade de efetuar manobras na expulsão (Gardosi, 1992). Estas situações indicam que o bem estar do profissional parteiro pode prevalecer sobre o desejo e bem-estar da mulher.

Por sua vez, Oxorn (1989) refere que as vantagens da posição lateral-esquerda são: facilidade, conveniência e conforto para a mulher; relaxamento dos músculos pélvicos, facilitando a descida da apresentação fetal; facilidade na assistência ao desprendimento cefálico, com menor ocorrência de lacerações; drenagem natural das secreções ou vômitos; ausência de pressão do útero gravídico sobre a veia cava inferior, evitando dessa forma a síndrome de hipotensão supina.

Basile (2000), em estudo randomizado sobre as posições litotômica e lateral-esquerda no parto, encontrou menor frequência de episiotomia na posição lateral-esquerda – 6,7% versus 26,9% na litotômica. Refere que a posição lateral esquerda desestimula a realização da episiotomia.

Como já referido no parto normal, a ocorrência de lacerações é frequente, sobretudo nas primíparas. Algumas práticas utilizadas para reduzir o trauma perineal são a massagem perineal, o puxo espontâneo, as posições vertical e lateral, a técnica de proteção perineal no desprendimento cefálico e o uso de compressa morna e de lubrificantes no períneo durante o período expulsivo.

As falas dos coordenadores e professores expressam a dimensão atribuída ao aluno na formação como enfermeira obstétrica. Alguns elementos apontados pelos docentes destacam o papel ativo do aluno, sua responsabilidade como profissional. A seguir, são apresentadas as frases temáticas relativas ao presente subtema:

- *Conhecer muito a anatomia. (C1/2)*
- *Estudar anatomia e fisiologia no laboratório e resgatar na prática. (C1/2)*
- *Saber o momento certo para agir na assistência ao parto, por meio do raciocínio, do conhecimento do períneo, episiotomias anteriores e exercícios. (C1/2)*
- *Atualização do conhecimento sobre o reparo do períneo, em razão das indicações nos últimos anos terem sofrido modificações. (C3)*
- *Acompanhar parto, ter manejo da assistência e prevenir o trauma perineal. (C4)*
- *Converter-se ao cuidado e ao manejo do períneo e da assistência ao parto, como uma filosofia de vida. (C4)*
- *Saber esperar a criança evoluir, sem ansiedade, evitando uma episiotomia ou fórceps de alívio. (C6)*

- *Preparar a gestante desde o pré-natal, para que durante o parto ela possa ficar relaxada. (C6)*
- *Ter experiência, calma e treinamento para reconhecer a hora certa para fazer o parto. (C6)*
- *Deixar a natureza agir. (C7)*
- *Aprender a não ficar forçando o períneo no momento em que está com dilatação total; não tocar e abaixar o períneo com movimentos circulares, causando edema e, conseqüentemente, rotura. (C7)*
- *Acompanhar os eventos (simpósios, congressos, etc.) e buscar conhecimento, para introduzir na prática e saber como fazer. (C7)*
- *Ter vivência no centro obstétrico tradicional e no centro de parto humanizado. (C8)*
- *Saber identificar o trauma perineal e repará-lo; precisa ter julgamento e raciocínio clínico na hora de realizar uma episiotomia. (C8)*
- *Saber atuar na assistência ao parto normal em uma situação de baixo risco, como de alto risco. (C8)*
- *Ter conhecimento científico da anatomia, contaminação. (C9)*
- *Ser acolhedor, ter interesse e envolvimento do profissional; ele precisa gostar do que irá fazer. (C9)*
- *Ter técnica e prática; isso ocorrerá com o tempo. (C9)*
- *Saber preparar a paciente para diminuir o trauma. (C9)*
- *Conhecer a anatomia genital feminina, com detalhes da musculatura do assoalho pélvico, do períneo. (C10)*
- *Conhecer todo o funcionamento da fisiologia da contratilidade uterina, da progressão do trabalho de parto normal, isto é, a fisiologia do parto. (C10)*
- *Conhecer as evidências científicas a respeito da prevenção e reparo do trauma perineal, para não atuar com incompetência e com rotinas institucionalizadas. (C10)*
- *Incorporar as evidências científicas à prática. (C10)*

- *Saber que a raça pode ser um fator que interfere na integridade cutânea do períneo. (C10)*
- *Saber que a questão cultural de cada povo vai interferir no processo de parir. (C10)*
- *Saber que o próprio tônus do músculo interferirá nas conseqüências do parto vaginal. (C10)*
- *Saber que a mulher, ao entrar na gravidez em condições de rigidez física, emocional e familiar, auxiliará num melhor parto. (C10)*
- *Saber que, para o preparo do períneo, existem recursos disponíveis para tonificar os músculos superficiais e profundos do períneo. (C10)*
- *O aluno tem precisa perceber que é possível ter parto natural sem laceração, mas, que exige mais tranqüilidade no processo de parturição. (P2)*
- *Saber abordar e saber criar vínculo com a paciente, para a mesma sentir-se segura. (P3)*
- *Ter preparo técnico adequado para assistir um trabalho de parto, estando tecnicamente preparada para corrigir o trauma perineal. (P3)*
- *Conhecer anatomia para suturar e para reconstrução do tecido lesado. (P4)*
- *Saber fisiologia da gravidez e do parto. (P5)*
- *Conhecer bem a musculatura do períneo, da bacia e contratilidade uterina. (P5)*
- *Ter visão para o reparo de episiotomia, de como fazer e em quais circunstâncias. (P6)*
- *Ter conhecimento teórico da pelve feminina e do feto. (P7)*
- *Ter postura profissional e saber lidar com a parturiente. (P7)*
- *Deve ser preparada teoricamente, para compreender a anatomia, a fisiologia do aparelho genital feminino, para entender a importância deste e a prevenção do trauma perineal. (P9)*
- *Saber avaliar o períneo, a necessidade de ocitócito e orientar a mulher a não fazer força. (P10)*

Relativos ao curso e ao processo ensino-aprendizagem

Uma determinada época histórica é constituída por determinados valores, com formas de ser ou de comportar-se que buscam plenitude. Enquanto estas concepções se envolvem ou são envolvidas pelos homens, que procuram a plenitude, a sociedade está em constante mudança. Se os fatores rompem o equilíbrio, os valores começam a decair; esgotam-se, não correspondem aos novos anseios da sociedade. Mas como esta não morre, os novos valores começam a buscar plenitude. A este período, chamamos transição. Toda transição é mudança, mas não vice-versa. Não há transição que não implique um ponto de partida, um processo de chegada. Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos, para saber o que seremos. (Paulo Freire)

Como já discutido, o modelo biomédico está alicerçado no mecanicismo, e isto não é diferente na educação. A educação também seguiu o modelo mecanicista, reproduzido das ciências.

Chirelli (2002) considera que o professor exerce papel muito importante no processo de formação do aluno crítico-reflexivo, pois tem o papel de provocador e condutor das atividades, para que haja a formação da visão crítica nos alunos. Para isso, o projeto deve estar em constante movimento, provocando, quando necessário, mudanças no cenário, nos sujeitos e em suas práticas.

Alves (1985) descreve o temor de formar milhares de alunos bonecos, incapazes de refletir por si só e as dificuldades na formação do aluno crítico-reflexivo, aluno que pensa e posiciona-se, que sabe escrever e consegue expressar-se no contexto em que está inserido. Parte dos docentes entrevistados referiu que gostaria de formar alunos críticos e reflexivos.

O compromisso técnico e social do profissional, seja ele quem for, exige dele constante aperfeiçoamento. O profissional de saúde deve ampliar sempre seus conhecimentos em torno da pessoa e de si mesmo, de sua forma de ser no mundo, substituindo a visão ingênua da realidade, deformada pelos “especialismos” estreitos, por uma visão crítica (Freire, 1985).

Professor com boa formação e com habilidade na teoria e na prática

Os coordenadores e professores dizem que para o ensino-aprendizado do aluno é importante ter um docente qualificado, competente e habilidoso, em constante atualização quanto às evidências científicas, com experiência em parto convencional e humanizado, em centro obstétrico e centro de parto normal.

A maioria dos entrevistados não revelou posturas intervencionistas em sua atuação na assistência ao parto, valorizando o parto fisiológico e destacando o uso de práticas, como o exercício perineal, relaxamento, proteção perineal e anal, entre outras. Um professor enfatizou a importância do toque retal, após a sutura de roturas próxima à ampola retal, porém a OMS (1996) não incentiva esta prática, a não ser o uso do toque combinado (vaginal e retal) para certificar-se de que não haverá sutura da luz retal.

As falas a seguir são dos coordenadores e professores e descrevem o perfil e a capacitação necessários ao docente para o ensino da assistência ao parto e da prevenção do trauma perineal:

- *Ter docentes capacitados na prática tanto em parto convencional como em parto com proposta de parto humanizado para não ser tendencioso a fazer episiotomia, e saiba realizar a proteção perineal. (C1/2)*
- *Resgatar a anatomia e fisiologia no campo de estágio, para uma assistência com qualidade. (C1/2)*
- *Docentes capacitados na prática, tanto no parto convencional, quanto na proposta do parto humanizado. (C1/2)*
- *Professor com boa didática, experiência e habilidade. (C3)*
- *Professor com formação acadêmica, cujo referencial teórico e prático conciliem. (C4)*
- *Professor com conhecimento atualizado na prevenção do trauma perineal. (C4)*
- *Introduzir as evidências científicas na prática. (C4)*
- *Ter conhecimento que existe medicina e enfermagem baseado em evidência, e acesso à base de dados para o contato com estudos relacionados ao períneo, prevenção e tratamento do trauma perineal e episiotomia. (C5)*
- *Iniciar os alunos na pesquisa clínica. (C5)*

- *Iniciar os alunos na medicina e enfermagem baseadas em evidências, por meio de pesquisa em bases de dados, tais como: Cochrane, Medline e Scielo. (C5)*
- *Promover o contato com os novos estudos sobre períneo, como prevenção e tratamento do trauma perineal e da episiotomia. (C5)*
- *Ter experiência, calma e treinamento para reconhecer a hora certa para fazer o parto. (C6)*
- *Deixar a natureza agir, quanto menos colocar a mão é melhor. (C7)*
- *A enfermeira precisa ter um conhecimento muito bom para poder atuar. (C7)*
- *Acompanhar os eventos (simpósios, congressos, etc.) e buscar conhecimento, para introduzir na prática e saber como fazer. (C7)*
- *Ter vivência no centro obstétrico tradicional e no centro de parto humanizado. (C8)*
- *Saber atuar na assistência ao parto normal em uma situação de baixo risco, como de alto risco. (C8)*
- *Construir no aluno uma nova visão, uma visão de prevenção e reparo do trauma perineal. (C8)*
- *Ensinar como avaliar a altura uterina e a elasticidade do períneo. (P1)*
- *Professor com excelente formação (P2).*
- *Docente com vivência de parto convencional e de parto natural e que seja seguro, por sua experiência profissional. (P2)*
- *Docentes que façam reciclagem, com mais prática. (P2)*
- *Ensinar a prevenção durante o pré-natal, com exercícios de pressão perineal. (P2)*
- *Ensinar como abordar e educar a gestante para o pré-parto e parto. (P3)*
- *Ensinar a orientar no pré-natal o trabalho com o períneo, para melhorar sua irrigação. (P4)*
- *Ensinar a olhar com olhos muito atentos, o que precisa ser reconstruído. (P4)*
- *Preparar a aluna para que tenha habilidade técnica de sutura. (P4)*

- *Tem de ser passado para os alunos, a humanização é o que sente a mulher mesmo na sociedade, decidir sobre o corpo dela. (P5)*
- *Em campo de estágio, questionar sobre o músculo quando o aluno está suturando. (P5)*
- *Ensinar exercício para se fazer no pré-parto e parto e ensinar a suturar. (P7)*
- *Mostrar o reparo perineal na prática e ensinar, o que é rotura de primeiro grau etc.; ensinar quando fazer uma sutura ou em que situações esperar uma cicatrização por segunda intenção. (P8)*
- *O docente deve realizar o ensino da mesma forma que pratica. (P9)*

Os coordenadores citaram que o bom educador é quem tem competência, experiência, boa didática, habilidade e bom conhecimento científico, unindo o conhecimento teórico à prática.

Segundo Perrenoud (2000), “competência é a faculdade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos (saberes, capacidades, informações etc.) para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações”. Por exemplo, saber realizar o parto normal implica conhecimento da anatomia e fisiologia do corpo da mulher na assistência ao parto; saber diferenciar o parto eutócico do parto distócico; identificar a necessidade ou não da intervenção, pois a enfermeira obstétrica deve saber o momento preciso de compartilhar a assistência prestada com o médico e com os demais profissionais.

Local de ensino com boa infra-estrutura

A escola obstétrica norte-americana disseminou para grande parte do mundo a visão da gestação como doença, perigosa para a mulher e o feto, como um ato médico que requer o uso de avançada tecnologia. Já a obstetrícia européia, que conta com a atuação de obstetrizes ou parteiras profissionais, vem preservando a tradição do parto como fisiológico e natural.

No Brasil, conforme salienta Osava (1998), os órgãos formadores oferecem aos alunos unicamente a possibilidade de assistir partos de forma intervencionista, com uso de anestésias e medicamentos, episiotomia, etc. Considera também que esses alunos não aprendem a encorajar a parturiente e cuidar integralmente da mulher no parto.

A construção de um modelo de assistência em que a mulher e a família sejam sujeitos do processo do nascimento está ligada a uma estrutura econômico-social, que mantém relações com outros processos e mais intimamente com as práticas profissionais. (Merighi; Gualda, 2002) consideram que:

A reformulação dos programas educacionais da enfermagem obstétrica esbarra na dificuldade de locais de treinamento onde os alunos possam colocar em prática esse modelo fisiológico de acompanhamento ao parto. Nesse sentido, os centros de parto normal favoreceriam o ensino prático e atenderiam a finalidade de restituir à mulher o direito de dar à luz em ambiente familiar, com tecnologia apenas necessária para promover segurança. Há, portanto, necessidade de bons campos de estágio e de entrosamento com as instituições de ensino, por meio do trabalho conjunto, diminuindo, assim, a distância entre o conhecimento e a prática.

Pode-se observar que algumas das instituições de ensino incluídas neste estudo dispõem de laboratório específico de procedimentos para técnica de realização do parto normal, com recursos didáticos apropriados (boneco de parto, kit de parto, fios de sutura, etc.) e que a técnica de sutura é treinada previamente em laboratório, usando compressas, peças de carne bovina, como língua, espuma, simulando o reparo do trauma perineal. Este treinamento em laboratório prepara o aluno, antes de sua ida ao campo de prática.

Alguns entrevistados relataram que fazem o ensino teórico da assistência ao parto concomitantemente com a prática, enquanto outros vão diretamente do ensino teórico à prática em campo, por falta de laboratório específico para simulação.

A seguir, destacam-se as falas de coordenadores e professores a respeito da importância do local onde ocorreu o ensino prático da assistência ao parto:

- *Aula de laboratório para a prática da realização da episiotomia, feita em compressa, língua, músculo, espuma. (C3)*
- *Ter campo prático de estágio que tenha como filosofia a assistência ao parto natural. (C4)*
- *Curso com mais de um ano de duração. (P1)*
- *O reparo é ensinado na teoria, com o uso de compressas e bonecos em laboratório e, depois, na prática. (P2)*

- *Realizo o ensino da prevenção e reparo do trauma perineal, o treinamento adequado e a técnica para assistência no pré-parto e parto, sobretudo, nas condições de parto vaginal. (P3)*
- *Em aula de laboratório, os alunos usam o boneco de parto para fazer o parto normal, aprendem a manusear pinças, conhecem fios e suturam em pedaços de carne. (P5)*

Práticas e carga horária adequadas

O número de instituições e alunos que, simultaneamente, ocupam centros obstétricos e centros de parto normal, como campos de ensino na cidade de São Paulo, pode dificultar uma quantidade adequada de experiência na assistência ao parto normal para cada aluno. Além disso, em alguns campos, o espaço é compartilhado com alunos e residentes de medicina que disputam a realização do parto normal. Os docentes entrevistados salientam que há necessidade de uma maior carga horária prática para os alunos de especialização.

Com uma carga horária prática ampliada para o curso, pode haver diferentes possibilidades de experiência na assistência ao parto, em razão do número maior de parturientes assistidas.

As recomendações da Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (Abenfo), quanto aos cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica determinam:

- Carga horária entre 400 e 600 horas;
- Um terço da carga horária para desenvolver a parte teórica e dois terços para a parte prática;
- Conteúdos de obstetrícia fundamental, enfermagem obstétrica, enfermagem perinatal e metodologia de pesquisa;
- Campos de prática adequados às experiências e atividades curriculares, com elo menos 20 partos (com acompanhamento completo do trabalho de parto, parto e pós-parto), 15 atendimentos a recém-nascidos na sala de parto e 15 consultas de pré-natal;
- Adoção de estratégias diversificadas, como seminários, disciplinas eletiva e bibliografia atualizada (Tyrrell, 1998).

Os entrevistados consideram que há necessidade de uma carga horária prática maior para que os alunos tenham maior vivência e habilidade na assistência ao parto normal, respeitando a fisiologia da mulher, assistindo, também sua família.

No entanto, não existe consenso quanto à carga horária ideal do curso. Alguns referiram que deveria haver uma proporção de 50% entre teórica e prática e outros consideram que a carga prática deve ser maior que a teórica.

Referiram, ainda, ser muito importante que parte do ensino ocorra em centros de parto normal, mas também consideram importante a experiência prática vivenciada em um contexto de parto tradicional, onde as alunas podem adquirir habilidade na realização da episiotomia e episiorrafia.

A seguir, estão as falas dos coordenadores e docentes entrevistados referentes a este subtema:

- *O número adequado de partos permite uma variedade de assistência; as parturientes são diferentes e as oportunidades são diferenciadas. (C1/2)*
- *Boa carga horária para a assistência ao parto e, especialmente, para sutura adequada. (C3)*
- *Ter campo prático de assistência ao parto cuja episiotomia seja realizada, quando houver indicações. (C4)*
- *Oferecer ao enfermeiro oportunidade de aprendizado que o deixe seguro, para que conduza o parto com facilidade, prevenindo o trauma. (C6)*
- *Ter uma carga horária de prática maior que a teórica. (C8)*
- *Ter 50% da prática em centro de parto normal. (C8)*
- *A filosofia da instituição campo de estágio deve ser para reduzir as taxas de incidência de episiotomia. (C8)*
- *Proporcionar ao aluno maior número de partos e maior vivência em sala de parto. (P1)*
- *Propiciar campo de estágio adequado para oferecer a quantidade de partos que é fundamental. (P1)*
- *Quando ele está em sala de parto, nossa maior preocupação é intervir o menos possível, menos toque. (P2)*

- *Ter uma habilidade técnica, que só vem com o exercício. O enfermeiro deve ser treinado, e isso me preocupa um pouco na tendência atual da nossa prática, porque sobretudo no CPN a gente não tem a episiotomia. (P4)*
- *Mostrar ao aluno como reparar uma episiotomia, como fazer, e em que circunstâncias realizar e a proteção do períneo. (P6)*
- *Na prática, mostrar o períneo elástico e o mais resistente; em pacientes com episiotomia anterior, mostrar que o períneo é mais resistente por existir fibrose. (P6)*
- *Ter maior a carga prática no curso. (P9)*
- *E, é importante também que esse aluno tenha oportunidade de fazer partos durante o curso em locais que não faça apenas partos tradicionais com episio, mas, em centro de parto normal, casa de parto, para ele conseguir diferenciar uma coisa da outra. (P9)*

Síntese

Propôs-se, neste estudo, descrever os elementos que fundamentam o ensino da assistência ao parto normal na prevenção e reparo do trauma perineal, nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica.

O estudo foi desenvolvido seguindo uma abordagem qualitativa de caráter descritivo, para identificar aspectos do processo de formação profissional que se interpõem à prática assistencial da enfermagem obstétrica.

A perspectiva teórico-metodológica mostrou-se adequada para esta investigação, pois possibilitou identificar aspectos relativos ao processo de ensino-aprendizagem na assistência ao parto normal, prevenção e reparo do trauma perineal nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica, para conhecer a contribuição da especialização na prática baseada em evidências científicas.

Os dados relativos à caracterização dos cursos e dos coordenadores e professores foram analisados quantitativamente e apresentados em tabelas, considerando-se a frequência absoluta de cada variável. Os resultados mostraram que entre 1995 e 2005, 10 instituições ofereceram cursos de especialização em enfermagem obstétrica, sendo oito privadas e duas públicas. O curso de especialização iniciou-se na década de 1970, em uma instituição, aumentando progressiva e lentamente o número de cursos oferecidos em cada década seguinte. Desde o seu início, foram concluídos 81 cursos de especialização de enfermagem obstétrica, sendo 12 estavam em andamento, com 294 alunos matriculados.

Foram entrevistados nove coordenadores, porque um deles coordenou dois cursos de especialização em instituições diferentes, no período estudado. Desses coordenadores, um era do sexo masculino e os demais do sexo feminino. O perfil predominante dos coordenadores indica o sexo feminino, idade superior a 45 anos, tempo de dois anos ou mais de experiência na coordenação, tempo de graduação em enfermagem e habilitação ou especialização em enfermagem obstétrica igual ou superior há 20 e 10 anos, respectivamente. Somente um coordenador não tinha mestrado, cinco tinham concluído o doutorado e dois estavam cursando. Um coordenador não tinha experiência em sala de parto, pois não tinha especialização em enfermagem obstétrica.

Realizou-se entrevista com 10 professores, sendo um do sexo masculino e os demais do sexo feminino. O perfil predominante dos professores aproxima-se daquele dos coordenadores, tendo a metade deles idade acima de 45 anos, tempo de cinco anos ou mais no ensino de enfermagem obstétrica, tempo de graduação em enfermagem e habilitação ou especialização em enfermagem obstétrica igual ou superior há 20 anos. Somente dois professores não tinham mestrado e quatro haviam concluído o doutorado. Um coordenador não tinha experiência em sala de parto, pois não tinha especialização em enfermagem obstétrica. Nove professores ministravam o ensino teórico e prático e um ministrava apenas o ensino prático, realizado em centro obstétrico ou centro de parto normal.

Duas categorias emergiram das falas dos entrevistados: **O trauma perineal e sua prevenção, segundo os professores** e **Elementos que fundamentam o ensino da assistência ao parto e do cuidado perineal.**

A categoria **O trauma perineal e sua prevenção, segundo os professores** teve como temas: *Efeitos do parto normal vaginal sobre o períneo; Caracterização do trauma perineal; Indicação da episiotomia; Prevenção do trauma perineal; Cuidado perineal.*

A categoria **Elementos que fundamentam o ensino da assistência ao parto e do cuidado perineal** teve como temas: *Relativos ao aluno (como futuro enfermeiro obstetra) e Relativos ao curso e ao processo de ensino-aprendizagem.*

Os resultados indicaram que o conhecimento científico, teórico e prático é indispensável e o ensino não pode estar desvinculado à prática. Esta prática deve ser feita em laboratório, com todo o equipamento necessário para que o aluno adquira habilidade na reparação do trauma perineal e, também, deve propiciar a experiência no cuidado da mulher durante o parto.

Evidenciou-se que as instituições de ensino seguem a legislação de ensino relativa aos cursos de especialização, com coordenadores titulados como mestres ou doutores. Essas instituições também têm, entre seu corpo docente, professores qualificados com mestrado ou doutorado para ministrar o ensino de assistência ao parto normal no campo teórico e prático. Por essas características, os entrevistados são difusores do saber, favorecendo a multiplicação do ensino em cascata que pode vir a ser um ciclo virtuoso de conhecimento, quando se considera e se consegue inserir na educação e na prática as mais novas evidências.

Conforme relata Gualda (2002), na assistência ao parto, cabe ao profissional tomar decisões com base em seus conhecimentos e experiência, havendo, muitas vezes, choque entre os saberes.

Entretanto, o saber nasce da curiosidade, que move a investigação daquilo que inquieta, e essa busca leva ao aprendizado e conduz o professor ao ensino. Para Freire (2006), o bom professor é o que conduz o aluno à intimidade do movimento de seu pensamento, sendo este alicerçado no saber, que é a pedra fundamental do ensino.

Considerações Finais

A temática deste trabalho abordou a preparação do profissional para o cuidado do períneo e a prevenção do trauma perineal no parto normal.

Assim, minha experiência no curso de especialização, embora isolada, não foi constatada neste trabalho, pois busquei um conhecimento mais profundo entre os transmissores do saber – os coordenadores e professores dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. Percebo que tais profissionais encontram-se no topo de uma pirâmide e o conhecimento oferecido aos alunos será retransmitido, havendo, assim, a disseminação do saber.

Entretanto, constato que foi muito difícil para alguns docentes deixar de ser intervencionista e passar a acreditar na capacidade do períneo manter-se íntegro em um parto normal, sem a necessidade de realizar uma episiotomia.

Essa transição não é algo fácil, pois acreditar que um parto normal sem um corte trará mais benefícios à mulher é um processo corajoso, porém, doloroso para quem deseja e consegue enfrentá-lo. Isso é claramente evidenciado pela fala do docente abaixo:

Mas, eu considero assim: essa coisa que a gente fala muito, discute a questão da humanização, é cultura! Não adianta você falar em humanização, mudança de normas, rotinas; se você não mudar, ela não acontecerá.

Então, a questão da episiotomia, eu fui formada, ensinava a fazer episio. Eu fui formada, assim. Ensinava, assim. Ensinava o ponto do marido, a proteger, até colocava vaselina, mas só quando era múltipara, grande múltipara, não tinha que fazer episio. Agora eu uso vaselina para não fazer episio. Quando eu comecei, em 2000, há seis anos no Amparo Maternal, eu ficava meio fora, porque eu não acreditava nisso. Não acreditava e ficava pensando: com a passagem do pólo cefálico vai ter um desgaste dessa musculatura. Como é que fica a mulher? Mas, que coisa! Eu não fazer a episiotomia? Foi difícil, embora já estivesse ensinando a importância. É postura. É bem interessante, mesmo. Porque eu vivi isso, se você não fala aquilo que você acredita a coisa não acontece. Então, foi um pouco complicado nesse período, nessa época, eu estar ensinando isso, porque não acreditava muito, não. Não acreditava. Depois, minha filha, em 2000 fez especialização aqui, e ela atua até hoje e ensina. Não é mais funcionária no Amparo Maternal, mas ensina os alunos na clínica prática. Conversando muito, agora eu estou convencida mesmo, mas eu não fui formada, assim, não ensinava, assim. Foi há muito tempo, na década de 1980 por aí. Acho que por dez anos, de 1980 a 1990, no CO ensinava assim. Então, tive de

acreditar que, realmente, o músculo não desgasta, não! Que a episiotomia é desnecessária, que não tem necessidade de ficar cortando a mulher. Aí fui mudando. Mas, é complicado. Quais os efeitos do parto vaginal sobre o períneo? É uma experiência pessoal. Bom, acho que, em relação aos efeitos, não tem nenhum efeito. Basta que você proteja bem esse períneo. Dependendo do tamanho do feto, tem condições em que a episiotomia é necessária, sim.

Eu estava pensando no cuidado que a gente tem com essa mulher após o trauma. Quando eu ensinei agora, no Amparo, no centro obstétrico, o cuidado com a mulher com o trauma. A insegurança que eu tinha, se tinha hematoma. Uma vez, teve mesmo! Eu fiquei muito preocupada, uma laceração que parecia uma flor, sabe? Aí, é uma responsabilidade, você se culpa depois pela vida sexual da pessoa. É muito sério isso. Eu fiquei muito mal. Mal, porque não estava ainda convencida da questão da episio ou não episio. Aí, eu fui várias vezes e tinha hematomas, sim. Aí, põe gelo e aquela coisa toda. Fiquei observando e a cabeça de enfermeira fica deste tamanho. Pensei em fístula, fiquei acompanhando essa mulher. Fiquei com o telefone dela e fiquei ligando. Olha que coisa. (P10)

Romper paradigmas como essa docente fez, requer, além de coragem, como já mencionado, acreditar nas evidências científicas que estão transformando a forma de atuar dos profissionais que estão abertos a isso.

Ainda é um preço a se pagar, pois, embora as instituições de ensino venham se empenhando na formação de um profissional engajado na prevenção do trauma perineal, os campos de ensino prático nem sempre estão abertos para isso. Além disso, alguns dos professores entrevistados indicam a episiotomia em situações em que houve uma episiotomia anterior. As evidências científicas não mostram isso, como condição para se realizar esse tipo de trauma perineal.

Conforme é apresentado na Introdução, a história da assistência obstétrica tem mostrado um número crescente de intervenções no parto. Isso também pode ser observado neste estudo quando se constata, por exemplo, que entre as indicações para se realizar a episiotomia estão a leucorréia e a falta de colaboração materna. Percebo que isso pode estar associado ao modelo biomédico que ainda faz parte de nosso cotidiano.

Exemplo disso é o contexto em que vivi como profissional em um centro de parto normal, cujo objetivo era a realização de parto normal de baixo risco, o mais natural possível. Em 26 de fevereiro de 2007, quando assisti a uma palestra da

parteira holandesa Mary Zwart, na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, descobri que ainda não alcancei o ápice de contribuir para esse nascimento. Após conhecer o modelo de parto normal no domicílio realizado pelas parteiras na Holanda e conhecer esse mesmo tipo de parto realizado por aquelas parteiras no hospital, caso muito raro, constatei que ainda estamos longe de ser menos intervencionista. Todavia, esse “chacoalhão” é bastante necessário para nos fazer refletir e buscar essa melhoria na assistência obstétrica ou, porque não dizer, a excelência no modelo de atenção de atenção ao parto e nascimento.

Referências

Abeche AM, Teruchkir B, Leite CSM, Mucenic M. Episiotomia: reavaliação de um procedimento clássico. *Femina* 1994; 22(6/9):436-40.

Albers LL, Anderson D, Cragin L, Daniels SM, Hunter C, Sedler KD et al. Factors related to trauma in childbirth. *J Nurs Midwifery* 1996; 41(4):269-76.

Alves R. *Conversas com quem gosta de ensinar*. 12^a ed. São Paulo: Cortez; 1985.

Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: a randomized control trial. *Lancet* 1993; 342:1517-8.

Barbaut J (ed.). *O nascimento através dos tempos e dos povos*. Portugal: Terramar; 1990.

Barbosa AMP, Carvalho LR, Martins AMVC, Calderon IMP, Rudge MVC. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(11):677-82.

Basile ALO. *Estudo randomizado controlado entre as posições de parto: litotômica e lateral-esquerda*. [dissertação] São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2000.

Bio E, Bittar RE, Zugaib M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006; 28(11):671-9.

Boaretto MC. *Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro*. [dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília (DF); 2001.

Briquet R. *Obstetrícia normal*. 3^a ed. São Paulo: Sarvier; 1994.

Caldeyro-Barcia R. *Las bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal*. Montevideo: CLAP; 1979.

Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.

Chirelli MQ. *O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do curso de enfermagem da Famema*. [tese] Ribeirão Preto (SP): Escola de

Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2002.

Colacioppo PM. Anestesia local no reparo do trauma perineal no parto normal: estudo comparativo da eficácia da solução anestésica com e sem vasoconstritor. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.

Costa ACS, Riesco MLG. A comparisson of “Hands Off” versus “Hands On” techniques for decreasing perineal lacerations during birth. *J Midwifery & Womens Health* 2006; 51(2):106-11.

Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hanks GDV et al. *Williams obstetrícia*. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

Davis-Floyd R. Anthropological perspectives on global issues in midwifery. *Midwifery Today* 2000; 53: 12-16, 68-9.

Davis-Floyd RE, Sargent CF (ed.). *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. Berkeley – Los Angeles: University of California Press; 1997.

Davis-Floyd RE. *Birth as an American rite of passage*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press. 1992(3):73-152.

Diniz CSG. *Dossiê humanização do parto*. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde; 2002.

Diniz CSG. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites das propostas de humanização do parto*. [tese] São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 2001.

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto normal no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(3):627-37.

Diniz SG. Só um corte a mais? [editorial]. *Notas sobre nascimento e parto* 1998; 6:1.

Dunn PM. Posição materna durante o parto: aspectos históricos e antropológicos. In: Sabatino H, Dunn PM, Barcia RC (org.). *Parto humanizado: formas alternativas*. Campinas: Unicamp; 1992.

Enkin M, Keirse MJNC, Neilsson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E et al. *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Fleming N. Can the suturing method make a difference in postpartum perineal pain?

J Nurse Midwifery 1990; 35(1):19-25.

Freire P. Educação e mudança. 10^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1985.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 33^a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.

Gardosi J. Posição materna no segundo estágio do parto. In: Sabatino H, Dunn PM, Barcia RC (org.). Parto humanizado: formas alternativas. Campinas: Unicamp; 1992.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4^a ed. São Paulo: Atlas; 2002.

Goldenberg J, Holtz D, Hyslop T, Tolosa JE. Has the use of episiotomy decreased? Examination of episiotomy rates from 1983 to 2000. Obstet Gynecol 2002; 99:395-400.

Gualda DMR. Eu conheço minha natureza: expressão cultural do parto. Curitiba: E. Maio; 2002.

Hotimsky SN; Schraiber LB. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10(3):639-49.

Jorge DR. Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil. [tese] Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Ana Néri da UFRJ; 1975.

Kettle C, Hills R, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomized controlled trial. The Lancet 2002; 359(9325):2217-23.

Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. Am J Obstet and Gynecol 1994; 171(3):591-8.

Labrecque M, Eason E, Daniels F, Ymayo MR, Bourget MM. Episiotomia de rotina: as evidências contra. Diagnóstico & Tratamento 2000; 5(2):43-50.

Machado NXS, Praça NS. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. Rev Esc Enferm USP 2006; 40(2):274-9.

Martins TA, Y-Bello P, Bello MD, Pontes LRSK, Costa LV, Miralles IS et al. As

doenças sexualmente transmissíveis são problemas entre as gestantes do Ceará? J Bras Doenças Sex Transm 2004; 16(3):50-8.

Martins-Costa S, Ramos JGL, Brietzke E, Stuczinski JV, Dias EC. Episiotomia: o que há de verdade neste tradicional procedimento? Femina 2001; 29(4):201-4.

Menta S, Schirmer J. Relação entre a pressão muscular perineal no puerpério e o tipo de parto. Rev Bras Ginecol Obstet 2006; 28(9):523-9.

Merighi MAB, Gualda DMR. Anatomia de uma conciliação: a enfermeira obstetra e as tendências de assistência à mulher no processo de nascimento. Diagnóstico & Tratamento 2002; 7(2):6-10.

Merighi MAB, Yoshizato E. Seguimento das enfermeiras obstétricas egressas dos cursos de habilitação e especialização em enfermagem obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Rev lat-american Enf 2002; 10(4):493-501.

Minayo MCS. Pesquisa social. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.

Mold JW, Stein HF. The cascade effect in the clinical care of patients. N Engl J Med 1986; 314:512-4.

Moore JG. Anatomia reprodutiva feminina. In: Hacker NF, Moore JG (ed.). Fundamentos de ginecologia e obstetrícia. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.

Myers-Helfgott MG, Helfgott AW. Routine use of episiotomy in modern obstetrics. Should it be performed? Obstet Gynecol Clin North Am. 1999; 26(2):305-25.

Neme B. Obstetrícia básica. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000.

Oliveira SMJV, Miquilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. Rev Esc Enferm USP 2005; 39(3):288-95.

Organização Mundial da Saúde-OMS. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.

Osava RH. Campos de ensino prático. In: Anais do Seminário Estadual sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto; 1998 out 15-16; Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; 1998. p.45-8.

Oxorn H. Curso clínico do trabalho de parto normal. Trabalho de parto. 5ª ed. São Paulo: Roca; 1989.

Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Art Med; 1999.

Piletti C. Didática geral. 23ª ed. São Paulo: Ática; 2004.

Projeto Pedagógico do Curso Bacharelado em Obstetrícia. Disponível em 01/05/07 <<http://www.each.usp.br/cursos-info.php?pagina=obstetricia#curso>>; 2007.

Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1999.

Rezende J. Obstetrícia. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Riesco MLG, Tsunehiro MA. Formação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? Rev Est Feministas 2002; 10(2):449-59.

Riesco MLG. Que parteira é essa? [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1999.

Roberts JE, Goldstein SA, Gruener JS, Maggio M, Mendez-Bauer C. A descriptive analysis of involuntary bearing-down efforts during the expulsive phase of labor. JOGNN 1987; 16(1):48-55.

Sampselle CM, Hines S. Spontaneous pushing during birth relationship to perineal outcomes. J Nurs Midwifery 1999; 44(1):36-9.

Scarabotto LB, Riesco MLG. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. Rev Esc Enferm USP 2006; 40(3):389-95.

Shirmer J. Formação da enfermeira obstetra: contribuição para o resgate da atuação na assistência ao parto e nascimento. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.

Silva SF. Sutura do trauma perineal no parto normal: estudo comparativo entre duas técnicas. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

Stamp GE. Care of the perineum in the second stage of labour: a study of views and practices of Australian midwives. *Midwifery* 1997; 13(2):100-4.

Sultan AH. Anal incontinence after childbirth. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1997; 9(5):320-4.

Tomasso G, Althabe F, Cafferata ML, Alemán A, Sosa C, Belizán JM. Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? *Rev Obstet y Ginecol Venez* 2002; 62(2):115-21.

Tyrrell MAR. A qualificação formal e os modelos alternativos de capacitação da equipe de enfermagem para assistência ao nascimento e parto. In: *Anais do Seminário Estadual sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto*; 1998 out 15-16; Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; 1998. p.14-8.

Vander A. Parto sem dor: o método moderno recomendado pelos especialistas para conseguir uma gravidez e um parto fáceis e sem transtorno, máxima segurança para a mãe e a criança, filhos são e robustos. 3ª ed. São Paulo: 3ª ed. Mestre Jou; 1980.

Wagner M. Confessions of a dissident. In: *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. In: Davis-Floyd R, Sargent C (ed.). Berkeley: University of California Press; 1997. p.366-95.

Walsh CJ, Mooney EF, Upton GJ, Motson RW. Incidence of third-degree perineal tears in labour and outcome after primary repair. *Br J. Surg* 1996; 83(2):218-21.

Ziegel EE, Cranley MS. *Enfermagem obstétrica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985.

ANEXO 1

Instituição	Habilitação Ano Início Ano Término	Especialização Ano Início Ano Término	Nº de turmas concluídas	Nº de turmas em andamento	Coordenador atual (nome,mail,tel)	Coordenador anterior (nome,mail,tel)	Professor da assistência ao parto (nome,mail,tel)	Nº de alunos do curso em andamento	Egressos (nome,mail,tel)
1-FASM									
2-FEHIAE									
3-SÃO CAMILO									
4-UNASP									
5-UNIBAN									
6-UNICID									
7-UNICSUL									
8-UNIFESP									
9-UNISA									
10-USP									

ANEXO 2**Roteiro de Entrevista para Coordenadores**

1. IES:
2. Período de coordenação do curso de especialização:
3. Idade:
4. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐
5. Graduação:
Enfermagem ☐ Ano de conclusão:
Obstetrícia ☐ Ano de conclusão:
Outra ☐ Especificar:
6. Habilitação/Especialização em Enfermagem Obstétrica: Sim ☐ Não ☐
Caso sim, ano de conclusão:
7. Mestrado:
Sim ☐ Não ☐
8. Doutorado:
Sim ☐ Não ☐
9. Atua(ou) na assistência ao parto normal? Sim ☐ Não ☐
Caso sim (assinalar uma ou mais opções):
Hospital privado ☐
Hospital público ☐
Hospital amigo da criança ☐
Centro de parto normal ☐
Centro obstétrico ☐
Domicílio ☐
10. O que você considera essencial na formação da enfermeira obstétrica para assistência ao parto, particularmente, na prevenção e reparo do trauma perineal?
11. Em relação ao programa do curso para o ensino da prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal, indicar: carga horária teórica e prática, conteúdo, recursos humanos e materiais, estratégias de ensino, locais de ensino clínico, formas de avaliação do aprendizado, bibliografia recomendada, número de parto mínimo.

ANEXO 3
Roteiro de Entrevista para Professores

1. IES:
2. Período de ensino no curso de especialização:
3. Idade:
4. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐
5. Graduação:
 Enfermagem ☐ Ano de conclusão:
 Obstetrícia ☐ Ano de conclusão:
 Outra ☐ Especificar:
6. Habilitação/Especialização em Enfermagem Obstétrica: Sim ☐ Não ☐
 Caso sim, ano de conclusão:
7. Mestrado:
 Sim ☐ Não ☐
8. Doutorado:
 Sim ☐ Não ☐
9. Atua(ou) na assistência ao parto normal? Sim ☐ Não ☐
 Caso sim (assinalar uma ou mais opções),
 Hospital privado ☐ Hospital e Maternidade São Camilo / Pompéia
 Hospital público ☐
 Hospital amigo da criança ☐
 Centro de parto normal ☐
 Centro obstétrico ☐
 Domicílio ☐
10. Na sua opinião, quais os efeitos do parto vaginal sobre o períneo? (dados de literatura e experiência pessoal como enfermeira(o) obstétrica(o) e como mulher)
11. Como você caracteriza o trauma perineal no parto normal?
12. Como você considera que deve ser feita a prevenção do trauma perineal no parto normal?
13. Como você considera que deve ser o cuidado prestado à parturiente e puérpera quando ocorre o trauma perineal?
14. Em que situações você considera indicada a episiotomia?
15. Como docente do curso de especialização, você ministra(ou) o ensino:
 Teórico ☐
 Prático ☐
 Ambos ☐
16. O ensino prático da assistência ao parto ocorre(eu) em:
 Centro de parto normal (contexto inovador) ☐
 Centro obstétrico (contexto tecnológico) ☐
17. O que você considera essencial na formação da enfermeira obstétrica para assistência ao parto, particularmente, na prevenção e reparo do trauma perineal?
18. Como você realiza(ou) o ensino da prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal?

ANEXO 4

Entrevistas com os Coordenadores

O que você considera essencial na formação da enfermeira obstétrica para assistência ao parto, particularmente, na prevenção e reparo do trauma perineal?

Em relação ao programa do curso para o ensino da prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal, indicar: carga horária teórica e prática, conteúdo, recursos humanos e materiais, estratégias de ensino, locais de ensino clínico, formas de avaliação do aprendizado, bibliografia recomendada, número de parto mínimo.

Entrevista C-1/2

Com relação à assistência ao parto, é essencial que aconteça um número adequado de partos com variedades de assistência. As parturientes são diferentes umas das outras, então, as oportunidades são diferenciadas, também. O aluno precisa conhecer muito a anatomia, precisa fazer bastante prática de laboratório, repetindo anatomia e fisiologia, para que possamos resgatar isso na prática com mais qualidade. Com relação ao reparo do trauma perineal, é importante que o aluno traga hoje uma concepção do que fazer, em que momento, de que forma, quando é necessário; trazer todo raciocínio do conhecimento anterior de episiotomia, de períneo, de exercício, para que possa atuar de maneira eficiente. É importante ter docentes capacitados na prática, tanto no parto convencional quanto na proposta do parto humanizado, porque, se você tiver um professor que não tiver nenhuma vivência com a proposta de parto natural, ele vai ser tendencioso a fazer episiotomia em todas e passará para o aluno. Ele está em um campo que não é o dele, muitas vezes, não é onde trabalha; então, passa insegurança, passa medo para esses alunos. No caso do corpo docente, o que faço é ter esse cuidado. Docente que tem a vivência com parto natural e gestante, porque conhecer episiotomia é importante, mas, conhecer a proposta de proteção ao períneo, também, é importante. Na FASM, 80% do conteúdo teórico, o professor que dá teoria, também, é necessariamente quem dá a prática. É um critério do curso hoje. Nós temos uma carga horária de vinte horas destinadas ao reparo perineal no parto normal. É teórico-prático. Nós damos uma carga horária pequena de trinta horas de teoria e já vamos para o estágio. A aula teórica é realizada em laboratório, e cobrada a técnica em laboratório. Assim, ele vai aprendendo, tanto na teoria como no campo. Nós temos uma proposta de parto humanizado, que é feito no Hospital Santa Marcelina. Temos a facilidade deste campo. O campo preconiza o parto natural. Temos um quantitativo de possibilidades de avaliação de períneo íntegro de realização do parto com períneo íntegro muito maior, hoje, no Santa Marcelina. Mas, também, fazemos episiotomia. Nós temos uma quantidade muito maior de parto natural assistido pelo aluno de especialização que de parto normal com intervenção, mas, quando é necessário se faz. Hoje, os alunos que fazem especialização saem com uma média de 25 partos, assim poderíamos fazer um percentual de quarenta por cento de partos com episiotomia para assistência com parto natural. Além do Santa Marcelina do Itaim, Itaquera e Itaquaquecetuba, nós temos também como local de ensino clínico a Casa de Parto, e a partir desse ano será realizado um plantão para cada aluno. Eles farão parto também na Casa de Maria, com enfoque ao parto natural, também. Quanto às formas de avaliação, nós fazemos avaliação prática em

laboratório e avaliação sequencial em campo de estágio com diferentes professores. Atualmente, nós temos três professores acompanhando estágio, que fazem parte da teoria, também. A bibliografia hoje recomendada é o Neme. Nós temos outras, mas a básica é o Neme, Obstetrícia Fundamental. Nós utilizamos, também, literatura para enfermagem obstétrica, que é uma tradução, cujo nome não me recordo e também os manuais do Ministério da Saúde. Hoje, estamos muito mais focadas na assistência à saúde da mulher e não só no parto, às gestantes e ao puerpério. Hoje, a gente vê o todo, incluindo um pouco mais das questões sociais na assistência a mulher, como no caso de estresse gravídico, de parturiente e puérpera. Com relação à assistência ao parto, é essencial que aconteça um número adequado de partos com variedades de assistência. As parturientes são diferentes umas das outras; então, as oportunidades são diferenciadas, também. Particularmente, o aluno precisa conhecer muito a anatomia, necessita fazer muita prática de laboratório, repetindo muita anatomia e fisiologia, para que possamos na prática resgatar isso com mais qualidade. No Albert Einstein, quem dava a maior concentração da parte teórica era um professor e a maior concentração de parte prática era outro. Nós não tínhamos um conteúdo específico para reparo, nós tínhamos o conteúdo de assistência ao parto normal e pouco falávamos sobre parto natural. Isso foi um conhecimento agregado a mim, enquanto coordenadora, ao longo desses anos, que não foi no Einstein. No Einstein, foram oferecidos cursos eminentemente voltados a prevenção de períneo por meio da episiotomia e episiorrafia. Nós tínhamos uma carga horária, que hoje não me recordo, voltada à assistência ao parto. Mas, no mínimo, eram oferecidas vinte horas destinadas à assistência ao parto. Nós fazíamos a prática no laboratório, antes de ir para o campo. A prática era realizada em bonecos, a episiorrafia era treinada em compressa. Com relação à estratégia de ensino, havia muito mais aula prática do que teórica, teórico-prático na sala de laboratório, no local de ensino clínico, que também era um local que oferecia um modelo. No estágio, não fazíamos parto normal sem episiotomia. Assim, em cem por cento dos nossos partos normais era feita a episiotomia. A avaliação era feita, primeiramente, no laboratório e outra em campo, com o aluno. A bibliografia recomendada, na época, era o Rezende. Usávamos também o vídeo, como referência.

Entrevista C-3

Acho essencial um professor com uma boa didática, com experiência, uma carga horária para assistência ao parto e, especialmente, para a sutura adequada. Aqui nós fazemos, no mínimo, quatro horas de teoria e, no mínimo, de quatro a oito horas de prática em laboratório. Creio que tem sido bom essas quatro horas de teoria e oito horas de prática em laboratório. Acho que até seria interessante ter mais, onde o aluno fizesse no começo e no final do curso. Como eles não treinam em casa, quando chegam à prática enfrentam dificuldade em nó, pegar na pinça, etc. O laboratório, a prática é realizada em compressa, carne de língua, músculo ou espuma, depende do professor e dos alunos. Nós compramos o *kit*, a gente possui alguns. Um professor habilidoso com boa didática com essa carga horária e um bom laboratório. Acho que é o suficiente. Lógico que também é importante o conhecimento atualizado, porque o reparo do períneo tem sofrido modificação, indicações diferentes nos últimos anos, diferentes técnicas de sutura, diferente até mesmo o ponto. A carga horária, como já falei, gostaria de ter essas quatro horas para teoria e manter de 8 a 12 horas para a prática. O conteúdo da assistência na episiotomia e no reparo do trauma é feito por

professor habilidoso, com boa didática. Usamos, como materiais, vídeo, *datashow*, não tem mais slide aqui na escola, espuma, músculo, língua, eventualmente, compressas, fios de todos os tipos, materiais cirúrgicos. Geralmente, é feita no mesmo dia, aula teórica e prática, aula teórica no período da manhã e, à tarde, o laboratório. Quando não dá para fazer no mesmo dia, a teoria e a prática, divide-se a aula em duas partes e fica metade teórica e metade prática. Utilizam-se artigos como material didático para discussão com os alunos e indicação da episiotomia. Na última aula, o professor Marcos trouxe um artigo, indicação da episiotomia, e depois fomos para o laboratório. A avaliação do aprendizado é feita pela participação do aluno, da observação, da habilidade, e é cobrado, também, em prova teórica. Como bibliografias, usam as produções, os artigos mais recentes e livros clássicos, como Rezende, Neme e dissertações, como a que fala de trauma e foi a Malu que orientou. Quanto ao número de partos, nós tentamos respeitar a sugestão recomendada pela Abenfo, o mínimo de vinte partos para cada aluno. Temos formado nossos alunos com o mínimo de vinte partos e já chegamos a formar alunos com trinta, ou mais partos. Já formamos alunos, também, com 17 partos que eram muito habilidosos, mas preconizamos vinte, em cima da preconização da Abenfo. A prática tem sido feita no Amparo Maternal. A gente já fez no HGIS, no Vila Penteado, já fizemos no hospital do Ipiranga, Clínica Infantil do Ipiranga, estadual de Interlagos. Atualmente, estamos, há uns três anos no Amparo Maternal. A prática é dada por professores especialistas. Em escola particular, geralmente, o especialista vai para a prática. Quem dá a teoria, não vai junto para a prática. Quem dá a teoria são doutores e mestres, quem dá a prática são só especialistas, por conta do custo. São enfermeiros que trabalham lá, exigência do Amparo Maternal. Nós temos uma professora que não é funcionária do Amparo, eventualmente, tem uma ou outra. Os docentes da prática são: Carla Merighi, Hideko, vai ter, também, a Dulce, outra enfermeira de lá. Já teve mestre, também. Eu já acompanhei estágio, a Marci já acompanhou e a Ivete Olitta já acompanhou, também. Atualmente, por questão de economia, só especialistas estão acompanhando.

Entrevista C-4

Considero que seja o professor, primeiramente, que tenha contato e formação acadêmica própria, porque teoria e prática andam bem próximas. O referencial teórico deve bater com o referencial prático, para que possa se sentir na prática seguro de executar a mesma colocação feita na teoria. Por isso, é essencial que os enfermeiros tenham campos práticos de assistência ao parto onde ele possa fazer o parto sem o uso obrigatório de episiotomia, que essa filosofia, que a episiotomia não seja uma conduta rotineira e, sim, com indicações. Que esse pensamento possa cada vez mais fortalecer seu conhecimento na prevenção do trauma perineal. Tenho visto muitos profissionais citando que lêem, conhecem as evidências científicas, trabalham com evidência; entretanto, não conseguem pôr em prática. Em razão do grande tempo que passaram realizando o procedimento de outra maneira, não conseguem mudar. Acredito que acompanhar parto, assistir parto, prevenir trauma perineal, ter manejo da assistência ao parto, cuidados com o períneo, tem muito a ver. É como se fosse uma conversão, uma filosofia de vida porque, senão, ele vai impor à mulher a intervenção. Então, é necessário que o profissional, além de ensinar o contato com a literatura, para que não se contamine com os profissionais que existem em campo. Em relação ao programa de ensino que nós utilizamos antes de ir para o estágio,

durante todo o tempo falamos sobre evidência científica, sobre as experiências dos docentes que atuam na prática. Usa-se uma formação em evidências científicas para diminuir traumas perineais. Temos cinco horas-aula teóricas. Antes do início do estágio, a gente faz uma oficina e apresentamos vídeos, slides, mostramos como impedir que lacere, como trabalhar a respiração, nessa aula antes do início do estágio. Fora isso nós, também, sabemos posições de parto, principalmente, a lateral na redução do trauma perineal grave. No segundo semestre, nós temos uma aula que trabalha questões de parto e tecnologias para o parto. É um segundo momento que nós temos, mais cinco horas-aula relacionando esses temas, no segundo semestre. Nos estágios, é fortalecido, também, em todo tempo, o campo de estágio. Temos um campo de estágio que refere ter conduta humanizada. A gente vê na prática que isso não ocorre, mas não inibem o professor de trabalhar nessa linha. Os outros dois campos que nós temos, têm conduta humanizada e tecnologia apropriada para o parto e nascimento. Então, os professores podem pôr em prática e orientar os alunos da mesma maneira. Eu reforço que o campo de ensino força o aluno a sair e receber os modelos que eles viram na prática. Se o modelo que ele viu na academia, não tiver na prática, ele não reterá aquele conhecimento. Isso ocorre com a maioria dos alunos. Temos também ensinado, visto que na literatura, o uso de compressa, exercícios na gravidez para o períneo e o banho de relaxamento, deambulação, posições alternativas no parto, posições livres que facilitam, previnem as lacerações, porque quando a mulher está em uma posição favorável, ela pode estar mais confortável e tem mais tempo para o bebê nascer, não tendo necessidade de apressar o parto com um trauma maior que é a episiotomia. Pensando nisso, eu recomendo em todas as aulas, a todos os professores, que evitem a posição litotômica de rotina. Em relação ao número de partos, há uma recomendação de vinte partos. Entretanto, eu tenho observado e tido dificuldade, como uma escola privada, de atender essa recomendação. Nós temos o curso noturno, os alunos têm até dois empregos para poder pagar a especialização. O que acontece é que eles chegam atrasados e acabam perdendo, às vezes, o parto ou o campo. Nós temos uma carga horária bem grande de estágio, entretanto ocorre de não ter tantos partos. O grupo não fica feliz e eu, como uma escola privada, não tenho condição de montar outras aulas para oferecer outras oportunidades para o aluno. Temos oferecido alguns hospitais que abrem as portas para aquele aluno que já tem, pelo menos, de 10 a 12 partos, estar terminando com o colega em campo, que não são os professores. Tenho alunos que têm cem partos, teve outro que tinha trinta partos, têm outras que chegaram a cinco partos e estão atrás de nós. Nós estamos atrás delas e oferecendo, às que querem para acompanhar os próximos grupos, como assistente do professor, não mais fazendo o parto, mas acompanhando partos, como assistente. É uma saída que a gente tem para fortalecer esse profissional na prática. Entretanto, eu não disponho de recursos financeiros para pagar novos professores para irem ao campo. Nós estamos mandando e-mail para os alunos que não se formaram com o número de partos necessário. Geralmente, são pessoa que, realmente, não estão interessadas, porque eu percebo que os mais interessados conseguem. Aqueles que são mais interessados que, eventualmente, não conseguiram, voltam à escola e aceitam as recomendações que nós temos para eles chegarem lá. Mas ainda depende muito do interesse do aluno, se ele vai para o PSF, se ele vai para o alojamento conjunto. Mas, se ele queria apenas o título, o certificado, ele não volta para atingir os vinte partos. A avaliação é feita no campo e através de prova escrita. Nós avaliamos o aluno na prática, temos provas práticas de avaliação. Se o aluno não atinge a média, nós fazemos prova oral. Agora, passar por

passar... Na escola privada, repetimos em um grupo de vinte alunos, um ou dois, sendo que, às vezes, eles abandonam. Por si só, o aluno abandona o curso, porque o interesse dele, os recursos dele, o tempo dele, não permitem. Se ele ficar, ele tem muita chance, mas mediante muitas provas. A bibliografia que nós recomendamos é a OMS, Cunningham, Rezende, a literatura disponível no nosso mercado, mesmo que seja para mostrar a realidade do períneo. A do Ministério da Saúde, da Secretária da Saúde, são as nossas preferências, e as teses, as últimas teses. A USP e a Unifesp têm produzido muita coisa a respeito de assistência ao parto, trauma perineal. Nós temos recomendado esses artigos, recomendado essas teses como parte da nossa referência. Atuamos em quatro locais de ensino clínico: Hospital do Campo Limpo, Hospital Geral de Itapeverica da Serra, Hospital e Maternidade Zoraide, de Itapeverica da Serra. Nós observamos que nossos alunos não são tão estudiosos. Entretanto, pelo o que ele vê na prática, ele assimila rapidamente. Ele vê a prática, vê o exercício prático das evidências científicas e toma aquilo como certo. Ele muitas vezes não se dá conta de como está na frente. Quando ele volta a uma realidade diferente ele percebe. Em outros campos de estágio, ele fica comparando com o campo anterior, mesmo com menos partos que ele teve oportunidade de fazer, ele pergunta: como é feito isso, como é feito aquilo, e porque vocês não fazem assim? Surge o questionamento dele. Então, é fundamental mostrar o certo, o ideal, trabalhar dentro disso, mesmo que seja com um menor número de partos. Trabalhamos com estratégias de ensino como oficinas, slide, vídeos, discussão, muita leitura, discussão de caso clínico. Atualmente, nós estamos enfocando mais o trabalho de parto com o aluno, porque muitos alunos, principalmente de especialização, voltam do campo e dizem: "ah, não teve parto" como se não tivessem aprendido nada. Mas, eles evoluíram dois ou três trabalhos de parto, e voltam insatisfeitos. Nós introduzimos fichas de partograma para eles preencherem. Eles têm que ter pelo menos trinta fichas preenchidas de partograma, com todas as condutas de enfermagem, prescrição, diagnóstico de enfermagem, porque nós observamos que um trabalho de parto que evolui antes da linha de alerta é um parto tão simples que ela poderia ter tido até em casa. Mas, é depois que vamos saber isso. Um parto que evolui entre a linha de alerta e alinha de ação é um parto que a enfermeira obstetra pode atuar, deve atuar. Levar esse parto à condução de um parto normal sem traumas perineais é habilidade, manejo, e se ela desenvolver o início e aprender com as colegas em campo como fazer isso, o parto em si vai ser muito simples, porque é o resultado da evolução anterior, da mulher preparada. Nós estamos enfatizando, colocando um tópico no trabalho de parto para que o aluno saiba que tem que preencher trinta partogramas. Quando ele fala: preenchi três hoje, dois amanhã, pelo menos o trabalho de parto eu estou preenchendo. Para que o aluno chegue ao campo e valorize o trabalho de parto. Desenvolva e se aprofunde também nisso.

Entrevista C-5

Eu já atuei na assistência ao parto, em hospital público e privado, no centro obstétrico e na sala de pré-parto. Na sala de parto tinha outras enfermeiras e como no caso dos hospitais públicos, quem fazia os partos eram os residentes. A enfermeira acabava não conseguindo fazer o parto, mas dar o suporte, toda a assistência durante o período clínico, na dilatação, era agente que fazia. Minha atuação fazendo parto foi pouca, minha experiência é maior em pré-parto, puerpério, alojamento conjunto. Nós sempre ensinamos para os alunos que é preciso direcionar, orientar-se na questão da

pesquisa clínica e na questão da medicina e enfermagem baseadas em evidência. Nós sabemos desde cedo nos primeiros contatos com os alunos, que é preciso ensiná-los a procurar artigos, a ter conexão com a pesquisa, com bases de dados como Cochrane, Medline, Scielo, para que eles possam ter contato com os mais novos estudos relacionados ao períneo, prevenção e tratamento do trauma perineal e episiotomia. Eu acho que isso é essencial, porque em virtude do conhecimento que até então tínhamos como certo, está mudando muito rapidamente. Creio que hoje é essencial preparar o aluno. o ensino deve ter acesso a essas fontes, bases de dados, deve-se saber que existe medicina e enfermagem baseada em evidência, que o conhecimento não é mais estanque. O conhecimento acaba mudando e, hoje, as coisas acabam sendo, não digo provadas, mas as melhores evidenciam, vêm dessas pesquisas. Também, impulsionamos para que façam determinados tipos de pesquisa, porque, infelizmente, na área de enfermagem tem muito aquela coisa do “achismo”. Fazem porque alguém falou que era bom, porque viu, não sei aonde que dava resultado, mas não existem pesquisas com teor científico que acabem subsidiando. É isso que tentamos passar para o aluno, recomendações da Organização Mundial da Saúde que foram elaboradas de acordo com as melhores evidências científicas. Nós sempre trabalhamos nessa linha, nesse sentido. Para os alunos, é tudo muito novo, alguns não dão a devida importância para isso, como deveriam dar, porque aprenderam na faculdade em primeiro lugar a não ter acesso a dados científicos. A faculdade acaba indicando livros, se não é dada essa abertura, não ensina realmente essas outras fontes de conhecimento, que eles não conhecem, não possuem acesso, e eles acabam, logicamente, tendo a sua prática baseada no conhecimento que nem sempre é o correto e o mais atual, nem sempre é baseado em evidência científica. Para eles, é tudo muito novo, eles ficam perdidos. Às vezes, não conseguem, não sabem mexer em computador e possuem dificuldades. Isso que é mais engraçado, mudar, modificar uma linha de pensamento que durante a faculdade e durante a prática deles num hospital. O tempo todo foi embutida de que o certo é isso, de que aqui sempre se fez isso e que não existem outros caminhos. Algumas vezes, falamos de episiotomia, de outras coisas, que acabam prevenindo ou podem servir como prevenção, como na questão do períneo, eles acham: “nossa, mas eu nunca ouvi falar disso, mas isso dá resultado? Quem foi que falou? Onde está escrito?” Tudo é muito novo, diferente daquela coisa antiga, de fazer episiotomia de rotina, fazer tricotomia de rotina que infelizmente, é o que a gente vê na maioria dos lugares. Eles estranham um pouco, mas nós vamos mostrando uma foto, vamos embasando aquilo que estamos falando, e eles acabam se sentindo mais seguros. Por outro lado, muitas vezes, quando eles chegam à prática do dia-a-dia, onde eles trabalham nem sempre conseguem aplicar aquilo que aprendem. Isso acontece porque têm dificuldade em ampliar, mudar o conhecimento, quebrar o paradigma existente em qualquer instituição. Os alunos, também, têm dificuldade em aplicar aquilo que hoje tem de mais novo, o que tem de melhor, que poderia estar prevenindo, reparando, enfim. É uma cascata; acaba aprendendo errado, ensinando errado e fazendo errado. A prevenção e reparo do trauma perineal é tratada na disciplina de enfermagem obstétrica, que engloba toda a parte de assistência ao parto normal. Esta disciplina dá o ensino ao aluno para assistência ao parto normal, e aí trabalhamos na linha das evidências, das recomendações da OMS. A carga horária para esse assunto sobre períneo, acredito que seja um dia, oito horas, ou talvez um pouco mais, umas 12 horas, porque não se fala só disso, mas se fala de algumas outras coisas que também envolvem essa quebra de paradigma preexistente. A parte prática nós também fazemos no estágio. O

estágio tem carga horária de duzentas e oitenta horas. Nessas duzentas e oitenta horas de assistência ao parto normal, ele tenta, na medida do possível fazer *link* do que aprendeu na teoria para a prática. Quanto ao conteúdo sobre a prevenção e reparo do trauma perineal, abordamos as questões em cima da pesquisa clínica, discutimos vários artigos que tratam desse assunto e as recomendações da OMS. É complicado trabalhar com recurso de material nesse assunto, eles acabam testando, praticando no próprio estágio. Como estratégias de ensino, há aula expositiva tradicional, aula dialogada, estudo de caso e leitura de artigos. Os locais de ensino são os hospitais com que a gente tem convênio: Hospital Geral de Taipas, Santa Casa de Santo Amaro, Hospital Geral de São Mateus e o Hospital Santa Marcelina de Itaquera. A avaliação é teórica e prática no estágio. Nós não trabalhamos com número de partos, mas, com carga horária de estágio. O aluno é avaliado pelo professor, não com relação ao número, mas com relação ao seu desempenho no acompanhamento desses partos. Não pode ter falta em estágio, às vezes, ele pode até ter feito toda carga horária que foi indicada, mas se ele não estiver apto, se ele não tiver tido condições para prestar uma assistência adequada, então, aí ele será reprovado. Volta e meia acontece isso. Nós não colocamos uma regra no número de partos, são vinte, trinta, quarenta, mas, com um parto só não dá. O aluno é avaliado no todo, são várias habilidades e práticas. Nós trabalhamos com competências e em cima dessas competências o aluno é avaliado. O puerpério e o pré-natal também têm uma carga horária específica. Embora o parto normal tenha uma carga horária específica, eu peço que eles tragam relatório e que façam o acompanhamento. A gente trabalha em cima das últimas evidências, traz as recomendações da OMS e a prática que o professor tem no hospital, o que é feito nos hospitais. Falamos: “olha isso que é recomendado, é o mais correto, é o que tem melhor evidência, mas nem sempre isso é feito; o que vocês podem estar vendo que faz errado ou pode estar dentro de algum cuidado”. Coloca-se os dois lados. Caso queira alguma coisa, a Karina é professora e pode te dar mais informações.

Entrevista C-6

Eu posso dizer que atuo e não atuo na assistência ao parto normal e vou explicar o porquê disso. Eu não trabalho em nenhuma unidade que faça parto normal, mas eu levo os alunos em todas as unidades. Eu levo os alunos de medicina na Casa de Parto de Sapopemba, hospital amigo da criança, eu comento sobre o parto normal. Da minha formação até a especialização e depois até o mestrado, eu trabalhei mais ou menos dez anos no berçário do Servidor do Estado. Eu sempre trabalhei na pediatria, em neonatal. Tudo que é neonatal, também, tem muita ligação com a obstetrícia. Eu costumo privilegiar, dentro da minha atuação, o parto normal, a formação de vínculo, hospital amigo da criança, porque eu trabalhei no mestrado e no doutorado com enfermagem da família. Eu não atuo, mas eu ensino a importância. Desde que eu estou na especialização, quem segue o parto e puerpério, é a professora Miriam, que trabalha há muitos anos no centro obstétrico da Santa Casa de Santo Amaro. Falando sobre o que eu considero essencial na formação da enfermeira obstétrica para a prevenção e reparo do trauma perineal, vou puxar sardinha para o meu lado. Eu acho que se a mãe estiver preparada para o parto, não ocorre o trauma, o nenê sai com mais facilidade. Porque que a gente faz o trauma perineal: “porque eu estou nervosa, eu não relaxo, meu filho não sai”. E, também, porque a enfermeira ou o médico podem provocar um trauma, fazendo um fórceps; talvez não saibam esperar o

momento exato ou talvez não saibam esperar a criança evoluir. Creio que a ansiedade, decorrente do pouco preparo leva, eventualmente, ao trauma. Por que eu utilizo uma episiotomia, um fórceps? Seria para alívio nem sempre esse alívio não leva ao trauma. Isso é o que penso. Acho que o essencial na formação é oferecer para a enfermeira uma experiência de aprendizado que a deixa segura para conduzir o parto com facilidade e, assim, eu vou prevenir este trauma. Portanto, você previne esse estresse, esse trauma, e o reparo é muito melhor. Se usasse a episiotomia ou o fórceps na concepção de alívio, não teria tanto problema com o reparo, também. É muito comum a gente ver que, no hospital particular, faço cesárea e no hospital público tenho de fazer parto normal, quer Deus queira ou não. Às vezes, o neném não está encaixado, ele está sofrendo, você acaba induzindo, força aquele parto via baixa. Acho que ainda assim seria a inadequação deste tipo de parto para esse tipo de apresentação; como forço demais, acabo traumatizando o nascimento mais do que deveria ser traumático para o neném e à mãe. Creio que tem um pouco de falta de preparo e um pouquinho de falta de censo crítico para escolhermos. Para que o parto seja o menos traumático possível, acho que, de forma ampla, cada profissional que atua com a mãe, como a enfermeira, ou com a futura mãe reconheça exatamente o papel dele naquele momento. Porque se eu souber, o que tenho que fazer, o momento que devo fazer e o porquê tem que fazer, vou fazer o parto o menos traumático possível, inclusive, em relação à parte perineal. Levando a mãe e conduzindo ela para o mais saudável possível. Eu fiz parto na faculdade, faz muito tempo. Depois eu recebo as crianças. Percebo que o que estou falando é algo interessante, porque quando eu levo os alunos na casa de parto, percebo as obstetrias salientando muito todas as opções que existem para preparar a mãe para ter filhos. Tem a bola, o banho para relaxar. Então, você percebe que tudo que tem lá é para relaxar. Se a mãe estiver relaxada, ela não deixará a enfermeira nervosa, se ela estiver relaxada, a enfermeira estará relaxada, consigo trabalhar melhor. Volto a dizer que isso tudo é falta de experiência e de reconhecimento do verdadeiro papel que se deve ter para ajudar essa mãe, porque as enfermeiras que trabalham lá, engraçado, elas são todas muito calmas. O bebê vai nascer e você percebe que elas, realmente, reconhecem o momento exato de atuar. Isso, de certa forma, reforça que o trauma vai acontecer se o parto não for considerado o mais próximo possível do normal. Se eu não tiver o preparo na formação, com bastante experiência e também vem outra coisa chata, só trabalha em casa de parto quem tem anos de experiência. Não é assim? Por quê? Porque ela tem experiência para reconhecer a hora de fazer. Isso reforça, e eu estou te falando porque estou do lado de fora, não estou fazendo parto sei que isso é um negócio difícil. Mas acho que a formação realmente não vai ser suficiente, além de uma boa formação a enfermeira precisa de bastante experiência. Talvez, capacitar a enfermeira rapidamente com curso de reciclagem, com acompanhamento de enfermeiras mais capacitadas para tal, não as deixando sozinhas enquanto não tiverem num período adequado de experiência, sejam outras formas de reduzir o trauma. Infelizmente, acho até feio falar isso, mas creio que teria que ter muita experiência, muita calma e muito treinamento. Experiência não seria vinte anos na área ou vinte partos, mas bastante partos, independente de quanto for. Quanto ao programa do curso relacionado a este assunto, explicamos na teoria o que deve ser feito na evolução no parto, em todos os períodos do parto. Em relação à experiência da qual falo, levamos o aluno cinco ou dez dias. Ele pode fazer dez partos ou pode fazer quarenta. Fico devendo para ele essa experiência que ele deveria ter e que falei. Existe um número de partos para ele se formar? Por lei não existe. Eu posso sair do

curso sem fazer parto nenhum. Nós preconizamos em torno de uns vinte partos, que é a preconização do Ministério da Saúde. Mas, se eu fizer 18, também me formo. Não é obrigatório, mas ainda acho pouco para prevenir esse tipo de trauma.. O ideal seria você fazer um acompanhamento, aprendendo, trabalhando. Teria de ser feita uma supervisão, ser supervisionado, não ficar sozinha, até aprender, pois é uma situação toda delicada. Quando você vê pessoas mais gabaritadas, com mais experiência trabalhando, percebe-se que o parto flui melhor, porque ele depende de 50% da sua experiência para amparar o neném, e 50% de sua calma naquele momento. Calma, a gente só consegue depois que tem bastante experiência na vida. Em relação a nosso curso, posso garantir que deixa muito a desejar, mesmo porque nossa clientela não é formada de pessoas que trabalham na área. Tenho vinte alunos, oito ou dez trabalham na área. Para isso, vinte partos não dão para nada, vinte partos dão só para ele ficar assustado e depois parar de chorar de emoção. Dali para frente, ele precisa aprender, não é assim? Você fica dez partos assustado, depois de dez começa a chorar de emoção porque o bebê nasceu com você, para neste momento começar associar o que aprendeu com a prática. A gente deixa muito a desejar, por mais que façamos. A carga horária teórica, trabalhamos por volta de 15 a 20 horas com temas relacionados com esse trauma. Depois, vamos para o campo, de cinco a sete plantões de 12 horas. Eles são supervisionados pela Miriam. A Miriam tem uma ótima experiência na área, ela fica em plantões na Santa Casa de Santo Amaro, dá uma grande liberdade para as enfermeiras trabalharem. Se houver parto, elas fazem Mas, é como eu disse, tem gente que faz dez partos e tem gente que não faz nenhum. Nenhum é mentira, é difícil não fazer nenhum. Mas é pouco. Então, acho que nossa casa deixa a desejar, mesmo porque formamos o aluno que não fez nenhum tipo de parto. O que acontece lá que a gente faz, é que, às vezes, os alunos vão lá de sábado e domingo de graça, não é horário de estágio. Vão fazer plantão à noite, com a Miriam, de sábado ou domingo. A Miriam já trabalha lá há muitos anos. Então, a Miriam, na tentativa de ajudar o aluno a pegar essa mão acaba deixando. É pouco, mas já é um bom começo. O conteúdo específico do trauma perineal é difícil. Como uma aula de trauma perineal, estou pensando, assim: “Oh! Você ensina os momentos do parto, ensina o que é episiotomia, o que é o corte, a posição normal para nascer e que tudo isso vai prevenir um trauma, isso assim na aula de prevenção do trauma perineal”. O reparo é ensinado só efetivamente na prática. Por exemplo, eu fiz um parto, foi normal não teve episiotomia. Neste caso, você não aprendeu, fez um parto, fez episiotomia. Deu os pontos, foi uma graça, a professora ajudou. Às vezes, a Miriam fala: “Ai, os pontos que ela deu ficaram lindos, maravilhoso”!. Não que a gente fale, mas todo mundo precisa treinar, tem que fazer. Como recurso humano e material, é só aquela professora e a hora que o parto aparece. A estratégia de ensino é prática mesmo. O local de ensino, nos últimos anos, teve uma época no do Leonor, depois mudamos e voltamos à Santa Casa. Fazemos a maior parte dos partos na Santa Casa, que dá uma certa liberdade aos alunos. Fomos para o Cachoeirinha, mas era puerpério, não era parto. A estratégia de ensino é somente prática. Avaliamos por meio da supervisão do estágio, o *checklist* usado para trabalhar o estágio incluía avaliar como tinha feito a episiotomia, o reparo, de forma geral. Não tinha um tópico sobre trauma. Sobre a bibliografia eu não sei, são livros gerais de obstetrícia. A avaliação a gente faz com estudo de caso, sistematização, provas, seminários, aquele tradicional. Pode acontecer que, em algum seminário neste ano, apareça alguma coisa de trauma. Mas não há nenhum enfoque.

Entrevista C-7

A minha área de atuação, de cinco anos para cá, é o pré-natal no Amparo Maternal. Às vezes, eu acompanho o centro obstétrico. Eu trabalho somente na docência. Trabalho em Santos também. Nas sextas-feiras, à tarde, dou estágio no centro obstétrico. Trabalho na graduação e acompanho na Santa Casa. Lá, não é a enfermeira que faz o parto, é o médico. Tem enfermeira obstetra, mas estando lá, acabo fazendo. Este hospital é, tem uma parte SUS e uma parte filantrópica. O que eu acho mais importante para a formação da enfermeira obstétrica para este assunto na assistência ao parto é deixar a natureza agir. Quanto menos colocar a mão melhor. Como sempre dou a parte teórica, falo aos alunos: “Não fiquem tocando toda hora, não há necessidade”. Não ficar fazendo o toque no momento que está com a dilatação total, ficar abaixando o períneo, fazendo força no períneo; não ficar fazendo o movimento circular no períneo, porque ocasiona edema e, conseqüentemente, rotura de primeiro grau. A enfermeira tem que ter um conhecimento muito bom para poder atuar. Geralmente, nos hospitais, elas ficam sozinhas, elas precisam saber mesmo o que estão fazendo. Estar acompanhando os eventos, por conta de muita coisa nova que está saindo. Nos eventos que aparecem, é que a gente acaba aprendendo mais e se atualizando. Ela tem que ter essa formação, ir à busca do conhecimento, para poder saber como fazer na prática. A carga horária prática é de 250 horas no centro obstétrico, e de teoria, duzentas e 250. A parte de prevenção e reparo do trauma eu divido em dezesseis horas. Quando começo a falar sobre os períodos clínicos do parto, aproveito, no momento da dilatação, ao explicar a dilatação e a expulsão, uso esse momento para falar sobre esse trauma perineal. São, na média, 16 horas para os períodos clínicos do parto. Eu uso mais ou menos 4 horas para o períneo, pois tenho apostilas que falam sobre trauma. Primeiro, eles lêem todos os trabalhos que têm falando sobre períneo, depois que eles leram, fazem um resumo e apresentam. Geralmente, eu faço uma manhã para eles lerem e discutirem. Eu dou os artigos e divido em dois grupos, depois elas apresentam. Eu uso os livros básicos, do Neme, Rezende, Febrasgo e Ministério da Saúde. Uso artigos, assino, também, as revistas. Tenho facilidade, porque faço o doutorado na USP, e lá tem as meninas do grupo de períneo. Sempre sei alguma coisa que elas estão fazendo; já peguei tese de uma, e eu acabo passando. Eu fiz o curso de trauma do períneo na Unicamp. Teve um evento e o material que elas apresentaram, eu uso para dar aula. Assim, tem um material pronto sobre trauma de períneo, e eu acabo usando, o material também. Como estratégia de ensino, fazem leitura dinâmica, estudo dirigido, dou aula expositiva, dialogada. Aplico aula teórico-prática e, nessa situação, elas aprendem a suturar. Elas fazem no laboratório. Compram um quilo de músculo ou coxão duro, e a gente faz episiotomia na carne. Elas aprendem os três planos, ensino os três planos, no músculo. Acredito que ajuda bastante. Elas ficam 8 horas só suturando. Na aula teórico-prática, elas saem sabendo ponto, suturar. É claro que depois, com o tempo, fazendo episiotomia e mexendo com muito sangue, elas acabam se atrapalhando. Assim, eu venho conversando bastante com elas. De oito partos que elas fazem, vamos supor que elas tenham feito uma ou duas episiotomias. Elas reclamam: “É por que a gente não tem muita prática na episiotomia, porque não estamos fazendo”. Nós estamos deixando a episiotomia só quando necessário mesmo. A aluna reclama porque quer saber costurar. Mas, tendo essa prática antes, ela tem habilidade para realizar. Às vezes, reclamam, mas entendem que não é para fazer episiotomia em toda mulher. Nós temos uma avaliação teórica, que é uma prova. Esta vale cinco. Tem um seminário, para este distribuo a disciplina em dois ou

três grupos, que é mais a parte de aleitamento, banco de leite, que acho importante incluir no currículo. Tem o valor de cinco, valendo dez a parte total. Temos a parte prática com valor de dez, também. Eu somo, divido e tem que dar uma média para passar de sete. Nós damos todos os sites para elas entrarem e fazerem buscas, como Bireme, por exemplo. Quando tem aula de aleitamento, eu peço para que elas tragam os artigos para discutirmos; elas entram no site e trazem. Eu gostaria muito que elas pudessem trazer e buscar, também, artigos internacionais, mas é muito difícil, porque a grande maioria não tem conhecimento de inglês. As alunas saíram com um número mínimo de vinte partos. Nessa turma que saiu, todas foi com vinte partos e algumas saíram com mais. Tem a consulta de pré-natal, também. A consulta de pré-natal fica em torno, mais ou menos, de dez consultas, mas fazem mais. Tive alunas que na semana passada já fizeram cinco e ainda tem mais seis dias de pré-natal. Eu pretendo pôr um pouco mais no ano que vem, e dividir a turma, e agora, em agosto, fazer mais dias. No puerpério, isso não tem! Na verdade, elas fazem o puerpério imediato, é o período de Greenberg, porque a minha carga horária não é muito grande, são duzentas e cinquenta horas. Não que ia perder tempo, mas ia tirar do pré-natal, do centro obstétrico, que considero muito importante. A prática é feita no Amador Aguiar, que é um hospital de Osasco e, também, no Planalto. Esse ano foi feito só no Amador Aguiar. Elas têm estágio no sábado, o dia inteiro são 12 horas e na sexta-feira. Tem um grupo que vai na sexta-feira e outro no sábado. Alguns plantões que fazemos, dá para o aluno escolher, pode fazer plantão de 24. Nós encaixamos no Amador Aguiar, porque ele tem um número bom de partos, elas saem de vinte partos para cima.

Entrevista C-8

Aqui na Unifesp, nós estamos num período, nos últimos cinco anos, pelo menos, desde quando eu assumi a coordenação, de deixar o curso cada vez mais prático. Hoje, minha carga horária teve uma regressão, de um curso que chegou a ter mil e duzentas horas, chegamos a ter 654 horas, sendo mais de sessenta por cento de parte prática. Tem oitenta horas de teoria, o resto tudo é prática, dessa prática, cinquenta por cento é em centro de parto. A gente ainda tem o centro obstétrico tradicional, no caso o Hospital Vila Maria. Em termos de assistência voltada à prevenção e reparo do trauma perineal, a gente vem conquistando, porque é uma conquista, principalmente, por se tratar de um centro obstétrico convencional, onde mesmo sendo escola, temos ensino médico que é muito forte. Em contrapartida, temos um centro de parto hoje, um centro de parto considerado centro de parto humanizado, que é o Hospital Pedreira, que tem toda essa preocupação. Inclusive, hoje, nossa preocupação de prevenção e reparo do trauma é voltado para a redução da episiotomia também, principalmente, por ter esse dado coletado. Nós estamos acompanhando, em termos de curso de especialização, nos últimos cinco anos, ano a ano, o que nós estamos realizando com as alunas, voltado justamente para isso. Eu comecei, em 2002, quando realizávamos muita episiotomia; Mas, hoje, nós estamos numa regressão; hoje, chegamos em torno de uns trinta por cento; nosso maior trabalho hoje é em cima das primíparas. Temos realmente esse ensino no Hospital Vila Maria, quando conseguimos trabalhar em cima disso; Então, se formos quantificar o ensino, ele está realmente voltado para isso. Logicamente, que no centro de parto, tenho maior possibilidade, por conta até da própria filosofia do hospital e da preocupação que ele tem. Hoje, realmente, consigo ter um ensino

voltado para isso. Coisa que veio num crescer, num decrescer do que nós fazíamos tradicionalmente do que eu fui formada. Hoje, nós temos um crescente em relação a isso especificamente. Os trabalhos e monografias que temos construído são justamente em cima disso. Temos feito monografias sobre a incidência de episiotomia, no centro de parto. Temos trabalhado muito na tentativa de mudar nossa prática e fazer com que essas alunas tenham uma nova visão. É óbvio, que elas vão ter que saber reparar, saber identificar o trauma, ter julgamento clínico, raciocínio clínico na hora de realizar uma episiotomia, não simplesmente fazer tudo rotineiro. A gente tem tentado fazer com que elas tenham essa preocupação, especificamente, com a assistência voltada ao parto e tentando realmente trabalhar nessa questão. E como fazer isso? Para que a pessoa tenha esse julgamento e não a ciência do “vou fazer por fazer”. A questão é óbvia. Hoje, você vai para um centro de parto ou um centro obstétrico convencional, o que eu acho fundamental é mostrar toda assistência, trabalhando com alto risco. Porque, mesmo no centro de parto de Pedreira, o número de partos que a gente considera de alto risco vem aumentando. Toda vez você tem um na UTI neonatal; é um hospital de referência de alto risco, cada vez mais. A enfermeira obstetra tem que saber lidar com a musculatura, a ruptura prematura da membrana. Não é só o que achamos ou no baixo risco, ela tem que saber apenas prestar assistência ou estando junto na hora do parto ou realizando esse parto, em alguns momentos cruciais. Em relação ao programa do curso, a gente tem voltado à questão da prevenção e do trauma, seja com artigos recentes, seja de próprios trabalhos de conclusão, monografia. Diferente de quando, comecei na coordenação, que a gente, realmente, optou por mudar o curso. Começou pela redução da carga horária, que antes era um curso integral e agora é meio período, em decrescente carga horária, só que tentando deixá-lo cada vez mais prático. Ao contrário do que a gente vê por aí, na maioria das vezes, você tem uma carga horária muito grande teórica, dificilmente, você consegue fazer o aluno ter aquela vivência da prática. Considero, hoje, que ele chegou onde eu gostaria em termos de coordenação e em termos de disciplina. Outra pessoa que depois continue na coordenação pode usar, mas pode mudar realmente a característica. Sair um pouco do tradicional. A questão de estratégia, hoje, a gente tem um manequim. Temos uma parte em laboratório, para treinar isso e outra parte teórico-prática e em campo. Esse ano a gente já começou fazendo um pequeno bloco de teoria, porque como recebemos alunos das mais variadas formações, de várias faculdades temos uma dificuldade muito grande. É preciso ter uma, base teórica a partir do pressuposto de que precisamos retomar alguns conceitos. É preciso muitas vezes ensinar conceitos. A pessoa já devia ter na graduação, pelo menos, o básico, mas não tem; vem com uma deficiência muito grande. Esse primeiro momento da carga teórica a gente precisa, para depois começar. Esse ano a mudança foi justamente isso. Começou com um pequeno período de teoria, para depois entrar na prática e ficar praticamente de março até dezembro, sendo uma carga horária de sala de parto e de assistência maior. De todas, ela aumentou mais. Eu juntei já alto risco no módulo que a gente tem de assistência ao cliente, justamente porque engloba tudo; porque não dá para você separar tudo. A vivência que nós temos no centro de parto me dá muitas possibilidades de trabalhar com essas alunas assim. Na verdade, elas estão vendo duas áreas, o centro obstétrico convencional e o centro de parto; que é o que eu considero ter a maior possibilidade para trabalhar essas questões todas. O que a gente considera de assistência ao parto, conseguimos trabalhar lá. Pensando em tudo isso, não é só na prevenção do trauma perineal, há a possibilidade da mulher escolher. A

presença do acompanhante ocorre na maioria dos casos. Hoje, a gente está inaugurando no hospital a analgesia no parto. É todo um trabalho que vem sendo feito lá. Isso também facilita. Apesar de ter isso em legislação, a gente não tinha essa realidade no serviço público e, ao começamos agora em março, é recente, mas a gente vem crescendo o número. Toda teoria tem sido feita por módulos. Tem tido bons resultados e quero continuar. Toda a questão, hoje é dividida por módulos, desde assistência à gestante, depois a parturiente, a puérpera, recém nascido e família. Depois vêm direitos reprodutivos, metodologia da pesquisa, informática em saúde. São seis módulos, no total e aí eu distribuo toda essa carga horária de 654 horas, inclusive, plantões no final do ano, de 12 horas. É uma carga horária que alterou totalmente o aspecto do curso. Praticamente, eu e a Ana estamos mudando o curso. Hoje, a gente trabalha realmente em cima da carga teórica e prática que eu falei. É um docente que vai com o aluno. Nós não temos número de partos estabelecidos. Então, o processo de avaliação de assistência à parturiente, além da aula prática que a gente realiza em campo, a pré-avaliação é feita, também, na prática em laboratório; a gente simula situações em que ela possa demonstrar seu conhecimento, além de prova escrita. Então, ela tem a possibilidade de mostrar. O professor responsável pela carga teórica acompanha na prática. Hoje, na assistência ao parto somos eu, a Suzete, a Satie, a Nilce. Em sala de parto, nós somos quatro, duas no Pedreira e a gente se reveza em duas no Vila Maria. Na assistência ao pré-natal é a Rose. Hoje, nós temos um quadro de dez ou onze professores, sendo que quatro acompanham os estágios. Seja em direito reprodutivo, seja em pré-natal, assistência a gestantes ou assistência a parturientes. São os módulos que a gente tem, tanto teoria como prática. Na teoria, a avaliação é feita de uma forma e, na prática, de outra. O aluno pode ser reprovado somente na teoria, somente na prática ou em ambas. Para ele concluir o curso, no final, além de apresentar a monografia, ele tem que ter, pelo menos, um bom desempenho, nota acima de sete em todos os módulos. O aluno é reprovado se não passar em quatro módulos. E, geralmente, quem dá aula, acompanha o estágio. Então, nós estamos num número reduzido de alunos. Dificilmente, você tem pós-graduando acompanhando. É o docente que vai para o campo de estágio. A gente tem feito apresentação de seminário. Cada módulo desenvolve a sua forma, tanto de ministrar, quanto avaliar. Tenho uma docente responsável por módulo, ela tem autonomia de desenvolver da melhor forma possível. O curso começou agora em março e vai até 31 de janeiro, mantendo todo esse período, para dar tempo da monografia e da conclusão de todos os módulos. Como bibliografia, utilizamos livros de enfermagem obstétrica, principalmente, os que são recentes, tanto da disciplina de enfermagem obstétrica quanto essa publicação guia para este curso. Nós trabalhamos essas questões que hoje têm em evidência, fora os artigos resultantes das monografias, que acabamos utilizando.

Entrevista C-9

Considero essencial na formação do enfermeiro, primeiro o interesse e envolvimento do profissional. Ele precisa gostar do que irá fazer, precisa ser acolhedor e ter conhecimento científico, todo conhecimento que é passado no curso, de anatomia e contaminação. Se a profissional faz um bom preparo, a própria paciente ajudando, colaborando, flui mais e diminui o trauma. A técnica, a prática que você faz no hospital, vai sendo adquirida com o tempo, com o dia-a-dia. A nossa carga horária é de 64 horas teóricas e duzentas horas de prática no pré-natal, parto e puerpério. Nosso conteúdo completo é humanização, fatores de parto, com bacia obstétrica, contratilidade uterina, estática fetal, relações útero-fetais, mecanismo do parto, período clínico do parto, assistência ao primeiro e segundo períodos, assistência ao terceiro período, partograma no acompanhamento do trabalho de parto, terminologias obstétricas e perinatal, assistência sistematizada ao puerpério normal, medicina fetal, cardiotocografia e ultra-som, assistência ao aleitamento materno, manejo e aconselhamento, fisiologia do aleitamento materno, fármacos usados na gestação, parto e puerpério, aula geral com problematização, avaliação do curso. Na aula, usa-se pelve com bebê boneco. Utilizam-se, também, apostilas, audiovisual, com *datashow*. Todas aulas são passadas às alunas por e-mail, depois de dado o conteúdo em sala. A aula acontece no anfiteatro do Hospital de Campo Limpo. Quanto à bibliografia, nós recomendamos conforme a aula, leitura de textos e estudo de caso. A avaliação é feita por meio de problematização de caso e prova escrita. A avaliação prática é feita através da folha de estágio, dia-a-dia. Para a formação, são necessários no mínimo vinte partos. O estágio começará dia 27 de maio e vai até o final de novembro, provavelmente, irá até março de 2007.

Entrevista C-10

Primeiramente, acho que a pessoa precisa conhecer muito bem a anatomia genital feminina, com muitos detalhes, a musculatura do assoalho pélvico superficial, do períneo, dos elevadores do ânus e, também, todo o funcionamento da fisiologia da contratilidade uterina, da progressão do trabalho de parto normal, curva de Friedman. O essencial deve ser o conhecimento da fisiologia do parto. Na prevenção e reparo do trauma perineal, é essencial que a pessoa conheça todas as evidências científicas existentes a respeito desta questão. Acho essencial, sobretudo, para que a pessoa não atue nesse âmbito da prevenção e do trauma perineal com a incompetência de rotina institucionalizada. Por exemplo, eu me formei há quase trinta anos. Nessa questão, nós fomos formadas para fazer episiotomia em todas as primigestas; era proibido se nascesse algum filho de primigesta sem episiotomia; a gente, provavelmente, seria reprovada. Com o decorrer do tempo, todas as questões das evidências científicas mostraram que esse tipo de ensinamento que nós recebemos foi aquele ensinamento daquela época em que não existiam as evidências científicas. Atualmente, existem todos esses conhecimentos que devem ser incorporados à prática. No reparo do trauma perineal, aprende aquele jeito de pegar mucosa, os planos todos, como tem na pesquisa que a aluna da Malu mostrou. Ela fez por outra técnica, ela não observou diferença significativa, ou seja, tanto faz aquele que sempre foi ensinado, como aquele que foi aplicado. Seria, então, uma evidência que ela mostrou; pode continuar fazendo como sempre se fez, que não houve uma diferença. Também, eu acho que nessa questão da formação, na prevenção e reparo do trauma perineal, deve-se ver a

perspectiva da pessoa cuidada. Tem a questão da própria anatomia da pessoa, da mulher, uma questão cultural do corpo da mulher. A mulheres com períneo alto, de quatro a cinco centímetros, existem mulheres que, praticamente, não têm períneo, igual ao meu caso: o intróito vaginal é contido ao esfíncter externo do ânus; se eu tivesse parido num parto normal, provavelmente, eu não precisaria de episiotomia. Há todas essas questões que precisam ser levadas em consideração. Portanto, deve ser ensinado aos alunos que aquela situação com ponto de vista cultural, de limiar de dor, uma série de coisas. A própria questão anatômica é distinta. A questão da elasticidade do corpo; existem mulheres com o tônus muscular trabalhado. Todo estilo de vida fazem exercícios e outras que são sedentárias, não fazem exercício nenhum. Tem a questão do próprio músculo da pessoa ser hipotônico, ser hipertônico. Enfim, às vezes, com o tempo a pessoa acaba inserindo e vai incorporando esse tipo de conhecimento. É uma questão da escola ensinar aquela parte fundamental, mas, a pessoa vai, através do desenvolvimento da sua própria profissão, tentando aprimorar todas essas questões. Acho que, na graduação, não é possível dar todo esse fundamento. Como professores, a gente, minimamente, dá o fundamento a essa pessoa, dá olhar, o olhar da responsabilidade profissional para ele ir se comprometendo com a qualidade da assistência, via mais estudo, via mais incorporação da evidência com a prática. Acho que isso que é o essencial na formação da enfermeira obstétrica. Creio que a prevenção e reparo do trauma perineal, no decorrer da gestação e, até mesmo, antes da gravidez, seria ideal que a mulher fosse aconselhada a entrar na gravidez em condições de higidez física, emocional e familiar, ou seja, não entrar numa gravidez desnutrida, com o tônus muscular absolutamente hipotônico, toda mole; tudo isso vai prejudicar a gestante no desenvolvimento da gravidez e no período do parto. Especificamente, no preparo do períneo, existem recursos disponíveis para tonificar esses músculos superficiais e profundos do períneo. Isso seria uma parte da assistência possível. Porém, acho que nem o olhar e nem a possibilidade chegam até aí. Mas existem todas as possibilidades; é uma questão disponibilidade e de conhecimento do profissional. Às vezes, a pessoa não conhece que existem essas possibilidades; às vezes, essas questões não são trabalhadas no curso de gestante, simplesmente porque a enfermeira não conhece; mas essas possibilidades existem, das gestantes serem preparadas para isso, preparar essa musculatura. No Amparo, tínhamos a possibilidade de muitos partos. Não existia um número de partos. A gente não tinha essa preocupação, porque elas faziam muitos partos. Não foi estabelecida uma quantidade mínima de partos para se formar, porque não foi necessário, pela própria natureza da instituição. Por plantão, elas faziam quatro, seis partos. A parte prática da assistência do parto foi no Amparo, elas faziam visitas às casas de parto: à Casa de Parto de Maria e o CPN do HGIS. E a gente, de certa forma, tinha a garantia do princípio norteador da assistência. O ensino foi feito na língua, espuma, vídeo e na hora do parto. A questão da destreza é difícil; quando eu ensinava parto, primeiro eu ensinava só na mucosa, para a mulher não ficar mais de uma hora em exposição, com a perna aberta. Agora, para as professoras, também, eu falava, quando estava lá: “nos primeiros partos, não deixe a aluna fazer tudo, leve em conta a parte da mulher que está parindo, para ela não ficar muito cansada”. As alunas, nos primeiros partos, ficam mais de meia hora costurando. Os nossos locais de ensino clínico eram o Amparo, pré-natal e CPN e só visita, observando a assistência em casa de parto. A avaliação do aprendizado se fazia com o acompanhamento nos momentos teóricos e práticos, principalmente, no início. A gente sempre mantinha contato com as professoras da prática. Sempre

falávamos para as professoras que se tivesse problema com algum aluno, com aprendizagem, nos comunicassem. Teve uma aluna que reprovamos. Tivemos que reprovar; nós demos várias chances para ela recuperar o aprendizado, porque não tinha conseguido. Para essa, nós demos várias, acho que duas provas orais. Depois, elas faziam provas teóricas. No final do bloco teórico, aqueles que a gente verificava que tinham um déficit de aprendizagem, a gente chamava e falava: “olha, você foi mal nesses aspectos e nós vamos te dar uma segunda chance num teste oral”! Esta foi a única. Ela voltou e fizemos prova oral, mas não foi bem. Fizemos outra prova oral e, na segunda vez, não foi bem. Ela não foi aprovada. Aconteceram, também, muitos erros de conduta, do ponto de vista da fundamentação científica, na prática. Foi muito bem fundamentada pela professora da prática, não foi nenhuma “pegação” de pé que justificou a reprovação desse aluno. Para a prova oral, só chamamos aquele que estão com déficit, que não sabem, que não estão sabendo a matéria. Os alunos vão para o campo não sabendo tudo, as professoras ensinam, dão uma valorização no teórico-prático e vão reforçando. A prática não é, simplesmente, a pessoa pegar. Tem toda uma questão de se esforçar, aprofundar, desenvolver o olho clínico na evolução do trabalho de parto, do comportamento, esse conjunto de fatores. A bibliografia acho que a gente recomendava o Rezende e a Ziegel. Eu gosto muito, tem desenhos muito didáticos. E as dissertações, teses que vão mostrando as evidências científicas, são várias. Umas têm forma de artigo, outras não. Mas com certeza, as professoras usam esses resultados de pesquisa na elaboração das aulas. A gente não se preocupava com a questão do número de partos, porque não tinha fundamento. A gente tinha essa garantia, as alunas faziam, pelo menos, cinquenta partos cada uma. É o que se recomenda, não tínhamos essa preocupação. Talvez tivéssemos essa preocupação com 15 ou 20 partos. Provavelmente, a pessoa não se formaria com esse número de partos; pediríamos que ela fizesse estágio voluntário.

ANEXO 5

Entrevistas com os Professores

Entrevista P-1

Na sua opinião, quais os efeitos do parto vaginal sobre o períneo? (dados de literatura e experiência pessoal como enfermeira(o) obstétrica(o) e como mulher)

Antes de estudar e entender um pouquinho, eu achava que os efeitos do parto vaginal sobre o períneo eram traumatizantes. Mas com a vivência, acho que não traz dano nenhum, quando se faz uma sutura bem-feita.

Como você caracteriza o trauma perineal no parto normal?

Eu caracterizo o trauma perineal no parto normal, como até fisiológico. Se bem avaliado é fisiológico.

Como você considera que deve ser feita a prevenção do trauma perineal no parto normal?

Acho que deve ser feita por meio de uma boa avaliação. Se identificada a necessidade de fazer episiotomia. Se não for feita a episiotomia, proteger com compressa. Avaliar a altura uterina, a elasticidade do períneo, a necessidade de episiotomia, como em caso de elasticidade ruim do períneo e a altura uterina suspeita de macrosomia. Se você não fez episiotomia, é só segurar com compressa. A experiência que eu tenho com a vaselina no Amparo, sempre foi muito boa, mas houve uma aluna que fez um estudo com a vaselina e concluiu que não faz diferença. Mesmo, assim, acredito e uso. Acho que funciona.

Como você considera que deve ser o cuidado prestado à parturiente e puérpera quando ocorre o trauma perineal?

Realizar sutura. Reparo da melhor forma possível com anestesia. Depois, orientar os cuidados com os pontos, higiene e retorno à atividade sexual.

Em que situações, você considera indicada a episiotomia?

Considero a episiotomia indicada na avaliação do períneo. A necessidade de fazer episiotomia ou não, foi vivenciando. Durante o curso, acho que o número de partos que a gente faz e a vivência que temos é pouco. Eu só consegui identificar direitinho, quando precisa de episiotomia e quando não, com a vivência do dia-a-dia. Durante o curso, acho que o período é muito curto. Dependendo do campo de estágio que você tem, não temos muita facilidade de fazer muitos partos. Você não consegue avaliar direito.

O que você considera essencial na formação da enfermeira obstétrica para assistência ao parto, particularmente, na prevenção e reparo do trauma perineal?

Creio que o campo é fundamental e o número de partos. Acho que precisa ter bastante, porque assim não se sai totalmente crua, com pouca bagagem. Acho que um ano é pouco.

Como você realiza(ou) o ensino da prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal?

Eu volto à questão da avaliação: avaliando a altura uterina e a elasticidade do períneo.

Entrevista P-2

Na sua opinião, quais os efeitos do parto vaginal sobre o períneo? (dados de literatura e experiência pessoal como enfermeira(o) obstétrica(o) e como mulher)

Depende de cada paciente. Vejo que, em nossa população, na maioria das que eu atendo, nós temos trauma perineal. Nós temos rotura de primeiro e segundo graus. Graças a Deus! Nunca tive oportunidade de assistir rotura de terceiro grau! Mas, vejo que o períneo deveria ser trabalhado melhor durante o pré-natal que, assim, é um períneo mais fácil que não é tão resistente ao trabalho de parto. Tenho percebido que a primigesta lacera menos que a secundigesta e a tercigesta, especialmente, com episiotomia anterior.

Como você caracteriza o trauma perineal no parto normal?

Trauma perineal, vejo como uma laceração, às vezes, com uma assistência técnica incorreta. Para a assistência do parto, precisa ter uma noção muito boa de técnica e de desprendimento do pólo cefálico. Uma vez, tendo ocorrido o trauma, por menor que seja essa laceração, você não poderá deixar de suturar adequadamente. Porque, em muitos serviços, inclusive, no meu, vejo conforme a pessoa atende, se está sangrando ou conforme o trauma que teve no períneo, que ela não sutura. Eu sou contra. Acho que uma vez que houve o trauma, mesmo uma laceração de primeiro grau e sem estar sangrando, você deve suturar.

Como você considera que deve ser feita a prevenção do trauma perineal no parto normal?

No parto normal, a prevenção do trauma perineal no seria o parto mais natural possível, que é deixar o período expulsivo acontecer sem a exigência da força expulsiva, da prensa abdominal da mãe. Aquela situação de pedir que se faça força. A gente devia deixar o trabalho acontecer o mais natural possível, sobretudo, quando já houve a descida. Você observa que não houve nenhuma distocia de rotação, de descida, e deixa o trabalho evoluir. Deixar evoluir o parto o mais próximo do expulsivo, com a mulher andando, caminhando, no chuveiro e na bola. Quando você a posiciona para o parto, naquelas que querem ter o parto na posição ginecológica, já muito próximo do desprendimento do pólo cefálico, o trauma é menor. Percebo que a laceração é menor e acaba com menos intervenção e episiotomia. Assim você precisa deixar acontecer mais naturalmente, intervir menos, tocar menos, não ficar estimulando o períneo no desprendimento do pólo cefálico. Deixar que o pólo cefálico despenda-se, naturalmente, sem que a gente fique comprimindo o períneo, que foi uma prática e, ainda é, de muitas pessoas.

Como você considera que deve ser o cuidado prestado à parturiente e puérpera quando ocorre o trauma perineal?

Primeiro, vejo que qualquer trauma envolve dor. A enfermeira não deve subestimar a dor do períneo, a dor do parto, inclusive, porque nós temos estudos avançadíssimos em relação à dor. Então, se nós trabalharmos melhor a questão da dor, a gente

proporcionará mais conforto à mulher. Sou favorável a que a gente faça bloqueio. Eu sei que as evidências mostram outra coisa, sei que é somente uma opinião minha e da minha vivência de 19 anos de sala de parto. Percebo que quando eu faço o bloqueio do pudendo, ela tem um conforto melhor, fica menos ansiosa, porque sente menos a sutura. Acho que esse é um cuidado, pois pensando no conforto dela. Um outro seria tomar bastante cuidado para não deixar sangrando. Deve-se fazer revisão de parto adequadamente, que não é tão usual pelo enfermeiro. É difícil, no dia-a-dia. O enfermeiro ter hábito de revisão de parto. Acho que cada vez mais, o enfermeiro deve estar colocando isso em prática: fazer a revisão adequadamente. Ver se não tem laceração de colo de útero. Observo que isso não é feito. Não só em um local, mas, em vários, eu tenho percebido isso. E, também, depois da sutura, continuar com o cuidado do períneo, com compressa fria. Mas, também, saber quanto tempo você vai deixar essa compressa fria, para não causar efeito ao contrário. Eu noto que até se coloca uma compressa fria em um trauma que ficou edemaciado, mas se você esquecer essa compressa, você verá uma piora. Precisa ter uma supervisão de enfermagem, inclusive, para simplesmente usar uma compressa fria.

Em que situações, você considera indicada a episiotomia?

Eu considero a episiotomia indicada, quando se nota que vai lacerar, especialmente, naquelas que têm episiotomia anterior. Na macrosomia, quando a gente tem um bebê maior. Percebo que não tenho auxílio da parturiente para o desprendimento. Cada vez mais, noto que a gente precisa fazer menos episiotomia; só que cada vez mais nós temos de saber avaliar melhor essa mulher.

O que você considera essencial na formação da enfermeira obstétrica para assistência ao parto, particularmente, na prevenção e reparo do trauma perineal?

Ter um docente com vivência, tanto com o parto convencional quanto como o natural. Há uma ansiedade e uma insegurança muito grande por parte dessa nova geração de docentes que não passaram por essa experiência, a vivência do parto natural. Ele se vê hoje, tendo de adequar a assistência dele que, às vezes, nem acredita ainda, porque não foi a formação dele, mas teve de ensinar. Ele acaba tendo uma tendência ao parto convencional. Como se trata de trauma, vejo que precisa ter mais segurança por parte do profissional e passar isso para seu aluno. O aluno deve perceber que é possível ter parto natural sem laceração, mas, que exige mais tranquilidade no processo de parturição. Deixar que, realmente, aconteça, sem ter tantos toques e tanta intervenção da gente. Acho que, como consequência, tem menos laceração. Que o professor se prepare, e tenha uma excelente formação. Muitas vezes, o próprio professor veio de uma formação recente e ainda não está convencido disso. Como, então, ele vai passar isso para o aluno? Isso é complicado. A gente deve ter uma reciclagem desse corpo docente, com mais prática, para que ele veja que é possível e que essa modalidade não fica só no papel, na vontade ou no discurso dele com o aluno. Que ele se convença, e assim, convence o aluno. Eu tenho o privilégio de estar em um lugar onde há preferência para docentes. O próprio campo permite-me e convence que isso é bom, porque eu trabalho com essa realidade. O campo do Itaim desenvolve toda essa tranquilidade que estou passando. Como tenho outros campos – por isso, que falo com propriedade – existem outros lugares em que isso não acontece. Até o professor acaba não conseguindo, não convence, nem tem a

vivência. Acabo trazendo os professores para fazer reciclagem nesse campo, para ver que é possível o aluno desenvolver-se com o professor.

Como você realiza(ou) o ensino da prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal?

Tudo o que eu faço em teoria, consigo desenvolver na prática, porque tenho um campo que me permite isso. Quando falo com a equipe médica, com as enfermeiras, e os auxiliares. O próprio sistema permite que eu tenha todo esse cuidado constante. Consequentemente, a gente está tendo menor trauma perineal. O ensino da prevenção é feito durante o curso. Temos uma abordagem de orientação, que é feita no pré-natal. Há uma parte que eu trabalho com massagem. A gente trabalha muito a conscientização do aluno, ele deve desenvolver exercícios perineais com a mulher no pré-natal e não só no pré-natal. Quando ele está em sala de parto, nossa maior preocupação é intervir o menos possível, menos toque. O aluno, porque está querendo aprender, não vai ficar excedendo no toque. Fora isso, ter exercícios e colocar a mulher em posições que favoreçam a descida do bebê, sem essa intervenção, não há nada que a gente faça em relação à prevenção. Não tenho nada que indique massagem direta no períneo. É massagem mesmo que a gente faz. No Canadá, há um estudo que fala de massagem no períneo para evitar laceração. Isso a gente não faz. Quando eu falo do exercício perineal que orientamos no pré-natal, é exercício de pressão mesmo, não de massagem. Realizo o ensino do reparo do trauma perineal no parto normal em teoria. No laboratório, fazemos em compressas, em boneco e depois, na prática.

Entrevista P-3

Na sua opinião, quais os efeitos do parto vaginal sobre o períneo? (dados de literatura e experiência pessoal como enfermeira(o) obstétrica(o) e como mulher)

Eu me formei em 1982 e 1983. Nossa formação privilegiava, obviamente, a assistência ao parto da forma mais intervencionista possível, ainda dentro de um contexto em que a tecnologia era bastante intensa. A episiotomia era sempre feita, mas a gente já conhecia o valor do preparo psicoprofilático para o parto. A gente desenvolvia esse trabalho, tanto teórico como prático e até estimulava os alunos a ter esse tipo de envolvimento com a parturiente, de abordarem orientações, mesmo que fosse no momento exato do parto. Eles não tinham tempo de ir acompanhando essas pacientes que iam atender. Durante o próprio pré-parto, tentava-se trabalhar com a mulher nesse sentido, buscando mostrar a importância de ter um acompanhamento tranquilo do pré-parto, deixar todo o processo natural evoluir, porque o próprio períneo ia ser trabalhado, para que acontecesse o parto normal. Mas, nesta experiência, pensava-se, em qualquer situação, na episiotomia, embora orientássemos os alunos em relação à proteção do períneo nos partos. Por exemplo, no expulsivo, com a proteção da musculatura perineal, com essa possibilidade de desprendimento mais suave do pólo cefálico, a gente garantia, de alguma maneira, essa proteção, dificultando um pouco mais os traumas perineais. Na verdade, o parto vaginal, se bem acompanhado, deixando evoluir adequadamente, vai proporcionar ao períneo uma elasticidade natural. Não será o causador de traumas, desde que seja acompanhado.

Como você caracteriza o trauma perineal no parto normal?

A gente trabalhava com os alunos conceitos clássicos de trauma, de rotura. Rotura de primeiro, segundo e terceiro graus.

Como você considera que deve ser feita a prevenção do trauma perineal no parto normal?

De alguma maneira, se for pensar na questão da profilaxia para o trauma, consideramos que muitos deles são causados pelo próprio manuseio inadequado. O profissional, às vezes, pode ser até um facilitador desse trauma nos toques repetidos, na “forçação” de barra, para que a apresentação desça e progrida. Entendo que, em algumas situações, as roturas podem vir dessa má assistência. Como eu comentei, um parto bem assistido onde você consegue desenvolver uma relação de confiança com a paciente, que ela entenda que você está ali para auxiliá-la, para participar com ela daquele momento especial, oferecendo as orientações necessárias quanto ao progresso do trabalho de parto. Proporciona que ela se mantenha relaxada durante o processo. Acho que isso é um fator muito importante na prevenção do trauma perineal no parto normal. A abordagem, orientação, acompanhamento e a formação de um vínculo efetivo entre quem está assistindo e a paciente: creio que isso é um bom fator. Sem dizer, propriamente, dessa proteção na hora do desprendimento. Obviamente, na proteção não precisa de episiotomia. Há possibilidade dessa distensão saudável do períneo. Acho que é por aí.

Como você considera que deve ser o cuidado prestado à parturiente e puérpera quando ocorre o trauma perineal?

A gente sabe do desconforto que advém de um trauma perineal. Acho que a paciente precisa de uma atenção dobrada. A questão da analgesia, da anestesia que possibilita essa correção do trauma. Acho que são fundamentais: o cuidado e o conforto frente ao trauma e sua possível correção.

Em que situações você considera indicada a episiotomia?

A gente sabe que a episiotomia pode estar indicada em algumas situações, como no trabalho de parto prematuro, que você tem uma desproporção, muitas vezes, importante entre o pólo cefálico e essa distensão perineal, em que se observa a dificuldade de distensão da musculatura perineal, você visualiza o risco da laceração. Nessas situações, deve-se indicar a episiotomia.

O que você considera essencial na formação da enfermeira obstétrica para assistência ao parto, particularmente, na prevenção e reparo do trauma perineal?

São necessárias muitas habilidades e competências, que a enfermeira precisa desenvolver. Acho que passa pela abordagem adequada de cada parturiente, de cada cliente que ela esteja acompanhando. Saber abordar, desenvolver essa proximidade, esse vínculo com a paciente, por conta da segurança que ela precisa sentir em relação ao profissional que vai atendê-la. No trabalho de pré-parto, se for possível, desenvolver algum trabalho de educação com as parturientes, no sentido dessa prevenção, discutindo a questão psicoprofilática da assistência a um parto natural, mostrando e trabalhando com a paciente todas as dificuldades e facilidades que ela possa, por ventura, manifestar. Que tenha, obviamente, um preparo técnico e

adequado de quem vai assistir a parturiente no trabalho de parto e que, pelo menos, seja tecnicamente preparada para corrigir o trauma.

Como você realiza(ou) o ensino da prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal?

Realizo o ensino da prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal, apoiada no próprio ensino da abordagem e na educação da gestante e do preparo dela para o pré-parto e parto. O treinamento adequado e a técnica para assistência no pré-parto e parto, sobretudo, nas condições de parto vaginal, são importantes.

Entrevista P-4

Na sua opinião, quais os efeitos do parto vaginal sobre o períneo? (dados de literatura e experiência pessoal como enfermeira(o) obstétrica(o) e como mulher)

Como mulher e enfermeira obstetra, acho os efeitos do parto vaginal sobre o períneo um assunto muito interessante. Preocupo-me com isso. Já tive oportunidade de fazer o parto de mulheres pela segunda ou até pela terceira vez. Quando eu faço o exame e quando vou fazer o toque vaginal, preocupo-me exatamente com isso. Eu quero sentir como se verifica essa tensão da musculatura do canal vaginal. Tenho visto muitas situações de episiotomias não feitas por mim, de mulheres que eu estou atendendo pela primeira vez, que a episiorrafia abriu e a pessoa nem percebeu. Isso significa que ela não foi orientada no momento do parto sobre os cuidados, sobre a observação. Tem algo que conto em aula que parece brincadeira. Falo, assim, às mulheres: “olha, você chega em casa, pegue um espelho e comece a olhar, acompanhar como está, se os pontinhos estão secos, se está vermelho”. Elas riem, porque a mulher não está acostumada a olhar seu próprio períneo. Na minha opinião, os efeitos do parto vaginal sobre o períneo dependerão do cuidado com essa musculatura, depois do parto. Se essa musculatura não for trabalhada, se a mulher não foi orientada a prestar atenção e acompanhar a involução e a se preocupar com essa involução. Eu até digo assim: se você olhar um braço de um halterofilista, por que o braço cresce? Eu falo à mulher leiga: cresce porque ele trabalhou essa musculatura. Quando você faz esses exercícios de Kegel, você vai fortalecer a musculatura de seu canal vaginal. Mostro os resultados ou as possibilidades do resultado para ela, com relação aos partos futuros, com relação à sexualidade. Porque muitas verbalizam que se preocupam com essa frouxidão do canal vaginal.

Como você caracteriza o trauma perineal no parto normal?

Quando a gente fala em trauma, pensamos na rotura. Mas, se você for pensar na episiotomia, ela é um trauma voluntário que direciona o trauma para onde quero. A episiotomia faz realmente um trauma. Eu classifico a rotura de primeiro grau, como sendo não intencional. A episiotomia também pode ser considerada como trauma perineal.

Como você considera que deve ser feita a prevenção do trauma perineal no parto normal?

Para prevenção desse trauma, não adianta dizer que o enfermeiro não se preocupa com isso. A gente se preocupa, sim! Infelizmente, eu tenho visto nos últimos anos de minha atuação um aumento da rotura. Eu teria muita vontade de estudar o assunto relacionado com isso, porque o trauma cresceu depois que aumentaram as doenças

sexualmente transmissíveis. A gente tem muitas DST. Mesmo as mulheres que informam na anamnese que não têm corrimento, quando você vai fazer o exame vaginal, o toque vaginal, você encontra corrimento. Então, algumas não sabem o que é o corrimento, porque se elas disseram que não têm, e têm, elas não sabem o que é corrimento. Assim, esse corrimento, essa DST, acho que aumentou a possibilidade de trauma, porque fragiliza. Ela tira a higidez da mucosa; com certeza, essa mucosa vai romper. Eu me preocupo, tentando, na medida do possível, fazer uma contenção, sem restrição, apenas apoiando. Mas, vejo isso como uma possibilidade quase nula, porque mesmo quando você apóia, tanto na parte do períneo posterior como, quando você apóia a região periuretral, não será possível evitar as roturas ou as escoriações mais profundas. Creio que isso é quase um fator psicológico de quem está assistindo o parto. Acredito que é com um bom pré-natal, se o pré-natal foi feito pela enfermeira, com um períneo bem irrigado e bem trabalhado, que você tem a possibilidade de uma musculatura mais distensível. Acho que a gente preocupa-se em orientar o agachamento, abaixa e levanta, preocupa-se para que ela entenda que o períneo bem trabalhado vai facilitar a passagem do feto. Mas, se ela fizer esses pré-natais que a gente vê por aí, que eles nem vêem o períneo, o mamilo. Então, eles não vão estar preocupados com o preparo do períneo do ponto de vista de ter integridade.

Como você considera que deve ser o cuidado prestado à parturiente e puérpera quando ocorre o trauma perineal?

Em relação à sutura, acho que ela deve saber que precisou levar pontos. É muito comum você perguntar para puérpera: “você levou ponto?”. “Não, não precisou”. E ela levou. Acho que é um fator de cuidado com relação à infecção. Sinceramente, acho que o catagute, por mais absorvível que seja, é um corpo estranho. Se as condições de higiene e as condições de rigidez da mulher, se ela tiver uma anemia, uma facilidade de infecção, ela terá muito mais chances de infectar aquele local, aquele ponto. A mulher deve ser comunicada. Se o trauma não é sangrante, se ele for um trauma de primeiro grau, eu não suture. Mas, se estiver sangrando, é um pouco mais profundo. Então, eu aproximo, faço essa reconstrução. Mas, tudo isso vai estar na dependência direta dos exercícios de Kegel.

Em que situações, você considera indicada a episiotomia?

Eu acredito que deveriam existir protocolos para assistência do parto normal, sobretudo, no CPN e CO. A restrição perineal que consideramos é aquela vagina, aquele períneo que, desde o início, quando você vai tocar, você sente uma rigidez, além do normal. Percebe-se, desde o começo, que é um períneo espástico. Não da nulípara, não é desse que eu estou falando. Acho que a musculatura é mais rígida. Então, acaba tendo uma facilidade maior de rotura, sobretudo, as roturas que vão atingir o esfíncter, chegando muito próximo à mucosa anal. Eu acho que o meu protocolo seria um feto que tivesse um peso ou uma altura uterina que sugerisse um feto macrossômico, em um períneo com pouca distensibilidade. Eu já fiz parto de feto com quatro quilos que não levou a rotura do períneo. A distensibilidade do canal de parto da mulher, naquele parto, era favorável; passou um feto de quatro quilos. Agora, há alguns que não, que rompem com dois quilos e meio. Eu acho que as condições locais, a restrição do períneo e o feto grande são as principais. A gente vê na literatura a indicação de prematuridade, mas, muitas vezes, não é necessário. Alguns fetos prematuros ficam pouco tempo no assoalho pélvico para expulsão, eles passam com tranquilidade. A prematuridade nem me preocupa mais. Não é a idade

gestacional que vai preocupar; preocupa-me o tamanho do feto e as condições musculares do canal.

O que você considera essencial na formação da enfermeira obstétrica para assistência ao parto, particularmente, na prevenção e reparo do trauma perineal?

Ela precisa ter técnica mesmo, não adianta! Você precisa preparar o enfermeiro obstetra para que ele tenha condições técnicas de sutura e aproximação. O essencial seria o conhecimento da anatomia, saber se o que rompeu, foi músculo, mucosa ou se foi tecido adiposo, a anatomia e a técnica de reaproximação, da reconstrução desse tecido lesado. Muitas vezes, o aluno não identifica os retalhinhos, sobretudo quando ele é pequeno. Não identifica, o que ele está juntando. Tem que ter habilidade técnica, que só vem com o exercício. Precisa fazer, fazer, fazer e começar a ser caprichoso. Nesse momento, acho que é uma questão realmente de capricho, porque, às vezes, com dois pontinhos você consegue fazer uma reconstrução perfeita daquilo que lesou e se a pessoa não é caprichosa, faz um ponto por cima do outro. Eu estou falando pessoa, não estou falando enfermeiro, porque tenho visto isso, também, com outros profissionais, que não são caprichosos e acabam fazendo reconstrução grosseira. Nesse momento, é uma plástica. Eu vejo a questão técnica de grande importância. Acho que um enfermeiro precisa ser treinado. Isso me preocupa um pouco na tendência atual de nossa prática, porque em especial, no CPN, a gente não tem a episiotomia. Antigamente, se fizessem vinte partos, 15 seriam com sutura, grosseiramente, falando, hoje, não! Hoje, o aluno tem menos chance, e isso me preocupa. Se você me perguntar, como resolver, eu ainda não sei. Aonde fazer com que o aluno tenha a prática e a habilidade para a reconstrução desse trauma? A gente não está mais fazendo a episiotomia de rotina; então, você diminui a possibilidade para o aluno. Talvez laboratório, mas nunca é igual. É uma preocupação que eu tenho e não sei como resolver.

Como você realiza(ou) o ensino da prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal?

Lembrei-me de uma frase: quem faz bem, ensina bem. Então, quando eu estou junto, eu procuro destacar esse ponto. Procuro dizer, assim: “você tem que olhar com olhos muito atentos, aquilo que precisa ser reconstruído. Nem sempre você vai precisar estar reconstruindo. Se você orientou, no sentido de fazer o pré-natal, se você orientou um bom pré-natal, você não vai se preocupar com a rotura na hora do parto, porque um períneo bem irrigado, bem trabalhado, com certeza, vai responder melhor e vai passar melhor”. A gente vê muito isso em mulheres sedentárias. Elas têm dificuldade, até mesmo, de movimentação. Em segundo lugar, no momento do parto, é importante prestar atenção se houve uma coisa grande, porque, às vezes, pode estar deixando de atender uma rotura que está lá no fundo. De repente, é um sangramento que você considera como loquiação e não é. Às vezes, está sangrando num pontinho que deveria ser reparado. E insisto muito nessa coisa técnica. Eu falo, assim: “olha, você só vai conseguir fazer uma boa sutura se você fizer criteriosamente”. Volto de novo a falar da questão dos dois extremos: o que no canal de parto o que preocupa-me, são os traumas periuretrais e os traumas próximos à ampola retal. Você, ao dar ponto, pode estar pegando um pedaço da ampola retal. Eu acho que são pontos que devem ficar bastante claros para o aluno, porque, de repente, ele deu pontos ótimos, maravilhosos, mas pegou a ampola retal. Então, essas coisas de atenção, do toque

retal sempre que houve sutura. A gente sabe que o Ministério preconiza o não toque retal como rotina. Mas, se houve sutura, eu acho que tem de existir o toque retal, para que você perceba, o que pegou. Estar sempre atento; é como andar de bicicleta: você aprendeu, mas você só vai ser exímio ciclista depois de muito, muito treino. Não é na primeira vez que você vai conseguir resolver uma questão técnica, precisa fazer muito exercício. E vem a questão do número de partos. Nosso grande nó são os campos de estágios. Nós não temos, eu digo nós, enfermeiros obstetras, campo nas escolas que oferecem o curso. Nós temos o Amparo Maternal, que tem uma média grande, o Osasco. Mas, nesses hospitais grandes, a concorrência já é grande. Então, as escolas que são menores, às vezes, ficam precisando de campos grandes; muito complicado. No São Camilo, nós estamos tendo alguns alunos que saem com 35 partos, porque vão para o Amparo. Nosso campo é um campo bom. Eu me preocupo com isso, com a formação de outras escolas, porque, no fim é uma preocupação política mesmo. Quando você fala: “ah, minha escola está conseguindo formar dez enfermeiros obstetras”, só que no mercado vão todos, e esses todos, muitas vezes, acabam complicando nossa credibilidade ou a credibilidade em nosso trabalho.

Entrevista P-5

Na sua opinião, quais os efeitos do parto vaginal sobre o períneo? (dados de literatura e experiência pessoal como enfermeira(o) obstétrica(o) e como mulher)

Aprendi a fazer parto com episiotomia. Quando você não sabe fazer episiotomia, você consegue protelar um pouco mais. O que vejo, é que os traumas são muito menores do que quando a episiotomia é realizada. Isso como experiência pessoal. Na episiotomia, o risco de correr, lacerar mais o canal vaginal é muito maior. Já tive experiências horríveis de fazer o primeiro ponto, correr a episiotomia. Isso praticamente não acontece quando você não faz a episiotomia, você conserva a vagina da mulher. Acho que não fazer episiotomia é conservar. Dados da literatura mostram que não existe necessidade de fazer episiotomia de rotina em todo mundo. Sabe-se que a episiotomia não aumenta o canal de parto, como muita gente acha. Não é nada disso! Na minha cabeça, é muito claro: vagina é músculo, músculo que distende e contrai. Ela foi preparada para isso. O corpo da mulher é preparado para isso e a gente vê que, dificilmente, acontecem lacerações de terceiro grau. Talvez, quando a mulher está muito agitada, ela não tem autonomia sobre o corpo dela e fica presa na cama, querendo levantar de qualquer jeito daquela posição. Eu vejo uma laceração de períneo, mesmo. No fundo, eu fico imaginando toda a sensação de poder dar à luz um filho e não ter nenhum corte no corpo. Acho que é maravilhoso poder parir, levantar e tomar banho. É a preservação do corpo da mulher. Eu sou contra episiotomia.

Como você caracteriza o trauma perineal no parto normal?

Na literatura, a gente considera o trauma de primeiro, segundo e terceiro graus. Tem até o quarto grau, quando atinge o esfíncter anal.

Como você considera que deve ser feita a prevenção do trauma perineal no parto normal?

Considero que a posição ajuda a evitar laceração e quanto menos mexer no períneo. A Anatália fez a dissertação de mestrado dela e mostrou as posições lateral e a litotômica. Mas não sei se foi ela que avaliou se o bebê nascia sozinho. Teve alguém

que avaliou quando mexia e tirava o bebê ou quando o bebê nascia sozinho. Mostrou que as lacerações eram parecidas, a quantidade de lacerações que tiveram. Acho que a própria cabeça do bebê, romper a bolsa mais tardio, porque a própria bolsa massageia o períneo e ela consegue prevenir a laceração. Quando romper a bolsa, deve-se deixar a própria cabeça do bebê fazer o movimento de báscula; pois essa história de puxa o períneo, passa o dedo, passa vaselina, não é uma coisa que eu considero, é uma coisa escrita. Quanto mais mexe no períneo, é lógico! Você fica batendo num lugar, batendo num lugar, batendo num lugar, obviamente, ele vai rasgar uma hora. É coisa lógica, fisiológica.

Como você considera que deve ser o cuidado prestado à parturiente e puérpera quando ocorre o trauma perineal?

Acho que é, assim, se ocorreu algum tipo de trauma: “olha, teve uma laceração pequena. A gente vai ter que fazer um ponto”. Orientar higiene, com muita, muita água, água e sabão para limpeza e enxaguar com muita água. Isso eu oriento sempre, no pós-parto e puerpério.

Em que situações, você considera indicada a episiotomia?

A gente tem algumas indicações para realizar episiotomia. É tão complicado! Têm algumas considerações em literatura, mas você muda de opinião nessas fontes de literatura. Com o tempo de vivência, você percebe que o períneo é prolongado e não tem aceleração. Então, você vai fazer uma episiotomia. Existem livros que falam até da distância entre a fúrcula e o ânus: caso seja mais de três centímetros fazer episiotomia. Mas, não acho que é assim, pois pode ser estreito, mas, quando você avalia o períneo da mulher, ela tem uma grande elasticidade. Então, não vai lacerar. Acho que isso é muito de momento. Você olha uma vagina, entrada da vagina, então, você espera para ver no momento o que acontece, no momento que está coroadando. Eu vejo muito isso. Eu era muito ansiosa, achava que corooou, tinha de nascer, e eu mudei um pouco nisso. Acho que corooou, dá tempo ainda, não tem que nascer na próxima força. É uma coisa que a gente percebe muito na prática, a ansiedade daquele momento, é muito engraçado, a ansiedade de quem está fazendo. A indicação da episiotomia é a ansiedade de quem está assistindo o parto. Quando estou com aluno na sala de parto, oriento algumas coisas. Eles vão logo para esse momento de fazer, pegar bisturi para fazer episiotomia. Eu falo para eles: “calma, respire fundo, respira e solta, para depois você pensar se vai fazer episiotomia ou não”? Porque nascer, nasce. Todo mundo fala que não, não, não, mas nasce. Então, são raras, as vezes, os casos que você precisa realmente fazer episiotomia. Um mecônio espesso, acho que, realmente, precisa fazer uma episiotomia, porque o bebê não tem muito tempo para ficar fazendo o movimento de báscula, para aumentar o tamanho da vagina, porque não tem muito tempo, porque o bebê está em sofrimento. Acho que tem algumas considerações aí. Então, não tem mecônio, mas começou bradicalizar. Nesse caso, acho que você precisa ter uma atenção.

O que você considera essencial na formação da enfermeira obstétrica para assistência ao parto, particularmente, na prevenção e reparo do trauma perineal?

Eu acho fundamental conhecer os músculos do períneo, porque têm enfermeiras que não sabem, quais são estes músculos e a capacidade desses. O que é bulbocavernoso, transverso do períneo. Acho que é tudo isto, porque é isso que vai levar ao parto normal. O conhecimento de bacia e períneo é fundamental para qualquer pessoa que

se dedique à obstetrícia. Para fazer o parto normal, se você não conhecer bacia nem períneo, esqueça! Porque você simplesmente vai atuar de forma sem conhecimento, só na prática, como se fosse parteira antiga, que não tem conhecimento nenhum. Eu acho essencial, fundamental na assistência ao parto, o conhecimento da bacia e do músculo do períneo. Entra, também a questão da contração uterina, da fisiologia da gravidez e do parto. A obstetriz precisa saber que a mulher tem puxos involuntários, ela vai fazer força na hora de nascer. Então, não tem essa, que eu não gosto muito da condução, tudo é a questão de força. Tem hora que você precisa orientar a mulher a fazer força, mas é orientação. Acho que essa força deve ser ensinada, porque para você aprender na prática sozinha, é mais difícil. Quando você já tem uma orientação que isto pode acontecer. Você acredita mais, mas, quando você descobre por si só que isto pode acontecer dificulta. Eu acho possível também a transformação da enfermeira assistencial que se formou, há algum tempo, não estudou e não apreendeu nesta visão da humanização. Acho que dificulta muito a aproximação dela para uma assistência humanizada, porque o que se entende muito que assistência humanizada é aquela: “trata com carinho” e acabou. A atenção não deixa de ser humanização, mas o que ela está sentindo dentro de si mesma? Será que precisa ficar com acesso endovenoso? Fico me imaginando, eu em trabalho de parto com aquela torneirinha no braço. Acho que isso é uma coisa que precisa ser levada à discussão e trazer reflexão para o grupo. Não adianta, não estou na assistência, falar isso e as enfermeiras que estão atuando, não concordarem com isso. Creio que a humanização é isso e acho que isso precisa ser passado para os alunos. Humanização é o que sente a mulher. Ela decidi sobre o corpo dela.

Como você realiza(ou) o ensino da prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal?

Tem uma parte teórica que eu faço. Eu “pego muito no pé” de bacia e de músculo, muitíssimo. Ando com uma bacia para cima e para baixo. Eles devem saber da bacia e questiono muito a musculatura. Quando estou com o aluno em campo, questiono qual é aquele músculo que ele está suturando, porque suturar é fácil, mas a questão é saber, o que você está suturando. Questiono muito isso, dou uma aula, para eles levarem pedaço de carne ou língua; para eles aprenderem a manusear os instrumentos, porque existe muita dificuldade. Tem a aula teórica e também tenho o boneco de parto, que eu oriento como faz parto na aula de laboratório. E tem a aula de sutura, que fala dos fios, da sutura dos músculos, de como faz uma episiotomia, como se faz a sutura, todas essas coisas. Cada uma leva um pedaço de carne e todos vão aprender suturar. Você fala como fazer os pontos, depois o resto é prática mesmo.

Entrevista P-6

Na sua opinião, quais os efeitos do parto vaginal sobre o períneo? (dados de literatura e experiência pessoal como enfermeira(o) obstétrica(o) e como mulher)

Eu acho que os efeitos do parto vaginal sobre o períneo não são a via de parto em si. A questão da gestação e do preparo físico que a pessoa tem. Questão de preparo físico, idade. A nutrição dessa mulher, as condições físicas, se ela tem vida sedentária ou se está acostumada a fazer exercícios, se é a mulher urbanizada, a mulher que trabalha na zona rural. Eu acho que, no períneo, se a gente pensar no relaxamento da musculatura, na necessidade de uma perineoplastia futura. Acho que

está mais relacionada à gravidez, ao número de gravidezes e ao corpo da própria pessoa, e não a via de parto. Caso seja obesa ou não, se tem vida sedentária ou não, tipo de trabalho que exerce. Acho que isso influencia mais na condição do períneo do que na própria via de parto.

Como você caracteriza o trauma perineal no parto normal?

O trauma perineal é dado por qualquer tipo de laceração que ocorra. Creio que se houver laceração de períneo, qualquer que seja, é porque não tinha condições. Esse períneo não foi preparado adequadamente para o parto normal sem intervenção.

Como você considera que deve ser feita a prevenção do trauma perineal no parto normal?

Precisa haver um preparo durante a gravidez, para que haja a prevenção do trauma perineal no parto normal. Acho que essa questão de parto sem intervenção está sendo feita de maneira muito generalista. Acho que essa recomendação do Ministério da Saúde, de não se fazer mais episiotomia e colocar que não se deve fazer episiotomia para as pessoas, é uma maneira muito generalista. Existem mulheres que possuem condições de períneo íntegro. A episiotomia deve ser seletiva mesmo. Do jeito que está escrito, ela vai acontecer. Essa palavra, “seletiva” ao pé da letra. A gente vê muito jogador de futebol ter distensão muscular e a pele estar bonita, linda e íntegra. Não estamos vendo nada ali por baixo. A pele não lacerou, está tudo bonitinho, eu não sei como ficou essa hiperdistensão. Acho que daqui a uns anos nós vamos ver o reflexo disso. Eu trabalho aqui há muito tempo, a gente atende uma população de baixa renda; muitas trabalham em casa de família, são faxineiras, empregadas domésticas, caminham muito, andam muito. Tudo isso favorece o períneo dessas mulheres. Muitas mulheres vieram de zonas rurais, trabalhavam na roça, tinham um preparo perineal melhor. Eu vi mulheres que têm o décimo primeiro filho com a vagina e uma condição de períneo excelente. Observei uma mulher que é a segunda gestação com cistocele, retocele. Por isso, acho que tem a ver com o próprio corpo. Creio que não precisa generalizar. Deve haver um preparo da mulher para tentar o parto com períneo íntegro, sem intervenção de episiotomia nenhuma.

Como você considera que deve ser o cuidado prestado à parturiente e puérpera quando ocorre o trauma perineal?

Considero que o cuidado inclui o uso de medicações que aliviam a dor e compressa de gelo. Costumo orientar toda paciente a fazer exercícios de contração da musculatura no pós-parto, sempre que amamentar o bebê, independente do tipo de parto que tem com episiotomia, sem episiotomia.

Em que situações, você considera indicada a episiotomia?

Faço episiotomia quando acho que não tem condições de uma via de parto. Se a gente for pensar em livro, naquilo que a literatura diz sobre quais as indicações de episiotomia, onde a gente estuda, onde estudei obstetrícia. Temos livros como referência bibliográfica que a gente passa aos alunos, livros médicos e nestes, quais as indicações da episiotomia? Primigesta, paciente com episiotomia anterior e prematuro, precisa fazer uma episiotomia ampla para preservar a cabeça e o sofrimento fetal, para abreviar o período expulsivo. Atualmente, na prática não é isso que faço. No caso de fórceps, não serei eu que vou realizar o procedimento, é para chamar o médico. Ele vem e deixa a paciente pronta: sondo, faço o bloqueio, testo a analgesia local, tira-se o bebê e, em geral, é a gente que termina o parto. A revisão do

colo, da parede vaginal, sou eu que acabo fazendo. Por isso que falo do fórceps. A vida inteira eu trabalhei em CO e sempre foi isso que aconteceu. Não tinha quem fizesse, éramos somente nós. Minhas indicações para uso da episiotomia: fórceps sempre, pacientes com períneos curtos, uma distância de períneo estreita.

O que você considera essencial na formação da enfermeira obstétrica para assistência ao parto, particularmente, na prevenção e reparo do trauma perineal?

Acho fundamental formar o aluno para assistência ao parto, na prevenção e reparo do trauma perineal com uma visão, mostrar ao aluno como reparar uma episiotomia, como fazer, em que circunstâncias realizar. Criar oportunidades para o aluno também ter esse preparo ou ele não vai saber como reconstituir um períneo. E a proteção do períneo? Creio que é assim. Quando eu tinha menos experiência, fazia muito mais episiotomia que hoje. Não tenho formação de parto humanizado, nunca trabalhei em CPN. Aqui, somos em cinco enfermeiras obstetras e acho que sou a enfermeira que mais faz parto sem episiotomia, mesmo ser ter essa formação. Portanto, é questão de experiência também, de você saber: “esse vai dar” e “esse não vai dar”. O aluno precisa ter um maior tempo de prática para aprender, porque é uma coisa muito empírica, é uma questão de experiência saber quando dará para fazer e quando não vai dar. O povo fala muito: “é assim, quase todos dão episiotomia e os que não dão, laceram”. A laceração é sinal que não dá para fazer sem episiotomia. Suturar um tecido que vem de um trauma é muito mais difícil do que você abrir pouco. Quando você abre uma episiotomia, nesse caso a visão é melhor, você borda. Ao passo que se deixar lacerar, essa laceração sobe, trauma periuretrais, desenvolve outros problemas que não cabe à enfermeira consertar depois. Muita gente pergunta assim: “que tipo de episiotomia você é mais a favor?”. Eu sou mais a favor da episiotomia mediana, é mais anatômica. Faço o tipo médio-lateral, e a pior complicação é a laceração de reto. Se ela tiver uma fístula amanhã, não terei de consertar, como enfermeira obstetra. Faço o que posso consertar. Em uma episiotomia médio-lateral, pode acontecer deiscência de episiotomia, um hematoma, que isso vai consertar depois. Amanhã, ela volta e precisa de uma ressutura, eu posso fazer isso. Mas, consertar uma fístula retovaginal, não tenho como realizar. Apesar de achar que a mediana é mais adequada, realizo mais a médio-lateral.

Como você realiza(ou) o ensino da prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal?

No ensino da prevenção, mostro toda a questão de preparo com exercícios, quando dou aula de exercícios profiláticos para o parto e falo de pré-natal, destino um tempo maior para esse assunto. Quando a gente dá aula sobre os períodos clínicos do parto, entro com a prevenção, a proteção do períneo, como se segura e a realização e tipos de episiotomia, como fazer e a indicação. Obviamente, quando os alunos entram em estágio, no dia-a-dia mesmo, mostro que “este períneo é mais elástico”, “esse é mais resistente”, “essa paciente tem duas episiotomias anteriores, portanto, o períneo fica mais duro, porque tem fibrose”. Só mostrando, mesmo.

Entrevista P-7

Na sua opinião, quais os efeitos do parto vaginal sobre o períneo? (dados de literatura e experiência pessoal como enfermeira(o) obstétrica(o) e como mulher)

O efeito do parto vaginal sobre o períneo é da natureza da mulher. Portanto, o períneo é preparado para o parto vaginal, é um tecido elástico, que depois volta ao normal.

Como você caracteriza o trauma perineal no parto normal?

Caracterizo o trauma perineal no parto normal como rotura, uma laceração.

Como você considera que deve ser feita a prevenção do trauma perineal no parto normal?

Acredito que a prevenção do trauma perineal no parto normal deve ser feita com exercício do períneo, massagem. Acho, que essencialmente, é isso.

Como você considera que deve ser o cuidado prestado à parturiente e puérpera quando ocorre o trauma perineal?

Considero que o cuidado prestado à parturiente e puérpera quando ocorre o trauma perineal, se o trauma perineal for por episiotomia, você vai reparar essa episiotomia. Se o trauma perineal for por uma rotura, você repara, você sutura.

Em que situações você considera indicada a episiotomia?

Considero indicada a episiotomia, se na sua avaliação clínica, você perceber uma resistência do períneo. Na hora que você observa ou sente, com a experiência que você tem, sabe que aquele feto vai coroar e vai acabar lacerando. Assim, se você está prevendo uma laceração de terceiro ou quarto grau, faz-se uma episiotomia; se for de primeiro grau, não.

O que você considera essencial na formação da enfermeira obstétrica para assistência ao parto, particularmente, na prevenção e reparo do trauma perineal?

A enfermeira obstetra precisa ter um conhecimento teórico do que pode acontecer e saber solucionar o problema. Conhecer toda a pelve feminina, a bacia, o feto, diâmetros. Outra coisa precisa ter postura profissional, sabendo lidar com a parturiente.

Como você realiza(ou) o ensino da prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal?

Realizo o ensino da prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal, ensinando a meus alunos os exercícios antes de fazer o pré-natal e exercício mesmo, exercícios na hora do parto com o próprio períneo dessa mulher. Ensino a suturar, a fazer os pontos que devem ser feitos.

Entrevista P-8

Na sua opinião, quais os efeitos do parto vaginal sobre o períneo? (dados de literatura e experiência pessoal como enfermeira(o) obstétrica(o) e como mulher)

A episiotomia provoca uma alteração, com repercussão no períneo, mas depende muito de cada mulher também. Aquela que faz uma prevenção, tem um trabalho de musculatura perineal, não identifica essa alteração de maneira tão efetiva. Existe um trabalho realizado pela Silmara que avalia a pressão, a força perineal. Pelo estudo dela, você não tem grandes alterações em relação a essa força muscular contrátil, tanto de primi-puérpera como de múltipara. Com base nisso, você questiona pelo fato dela ter tido um parto, mesmo com episiotomia ou sem episiotomia, primi ou múltipara, que possa, depois do parto, ter uma alteração. Dessa forma, não posso pensar assim. Na realidade, é alguma alteração, que é diferente de quem já teve um parto normal e daquela que é nulípara. Que tem uma alteração, com certeza tem. Mas não vai trazer uma repercussão tão grande que leve as mulheres a achar que depois do parto vaginal elas possam ter alguma alteração em nível sexual ou de incontinência urinária. Na pesquisa, em alguns dados que você lê, não é algo assustador assim. Acho que tem uma alteração, desde uma rotura, uma forma de cicatrização, uma deiscência. Então, essa coisa deve ser vista.

Como você caracteriza o trauma perineal no parto normal?

A caracterização talvez seja em forma de classificação. A gente tem usado essa classificação ainda encontrada em congressos. A literatura não deixa bem descrito, de forma muito clara, quando você separa a rotura de laceração. Em geral, você encontra as lacerações de primeiro, segundo e terceiro graus. A gente ainda tem utilizado muito como rotura de primeiro até o quarto grau. A gente sabe que, geralmente, é aquela que envolve só mucosa e pele ou até a musculatura, e chega a até a parte do esfíncter anal. Então, a gente classifica por grau: quando é pele, mucosa ou reto.

Como você considera que deve ser feita a prevenção do trauma perineal no parto normal?

No parto, a gente tem tido uma experiência interessante na prevenção do trauma perineal. É aceitar aquela força natural na expulsão, o fisiológico mais do que o esforço induzido. Não utilizamos vaselina como alguns. Eu tenho uma preocupação hoje, quando se faz a anti-sepsia, de deixar aquele muco próprio que está saindo pela vagina. Tenho a impressão de que esse muco favorece o desprendimento, ao invés de ficar utilizando a vaselina líquida ou qualquer outra coisa similar, como lubrificante vaginal. Pode até estar experimentando, ele dá uma consistência até muito próxima disso, mais dentro do possível, manter a presença daquele muco, não tirar totalmente na hora da anti-sepsia. Faço a anti-sepsia e aquilo que grudar na gaze tiro, sem ficar insistindo em tirar o muco, pois aquilo lubrifica e facilita o desprendimento também. Mais ainda, é evitar aquela posição da mão contra o assoalho pélvico que faz uma proteção do períneo; evitar isso. A gente tem feito uma proteção com a compressa mais na região anal, deixando toda a região do períneo livre para poder fazer uma distensão grande e facilitar no desprendimento do pólo cefálico. Isso tem dado certo.

Como você considera que deve ser o cuidado prestado à parturiente e puérpera quando ocorre o trauma perineal?

Dependendo do trauma, da rotura, a sutura é necessária em algumas situações. E a orientação é como em toda puérpera: muita higiene e exercícios. Não tem muito do cuidado do trauma em si. Depois no pós-parto, ensinar o exercício. Com trauma é isso, só cuidado, como em toda puérpera.

Em que situações você considera indicada a episiotomia?

Considero a episiotomia indicada na resistência do períneo, quando está associado a algum outro fator de risco, desde uma avaliação de uma vitalidade fetal, uma cardiotocografia, que tem um traçado, um dado mais comprimido. Você vê que pode ser alguma alteração associada com a presença de mecônio. Quando você tem uma necessidade de fazer uma liberação mais rápida, já vou preparando para uma intervenção de episio. Então, é o caso onde deixo já aberta uma anestesia. Deixo seringa com o anestésico e o bisturi montado, porque se tiver necessidade, faço. É mesmo que você vê: eu acho que vai dar. Aquela que começa uma certa dúvida, você vê presença de mecônio, em algumas situações onde a posição é em decúbito dorsal. Aí realizo a episiotomia, porque a gente não dispõe no momento de uma posição melhor. As vezes, é difícil, depois de uma apresentação muito baixa, você fazer uma infiltração e até uma episiotomia. Você não consegue nem posicionar o dedo para você poder fazer a episiotomia. Na analgesia, onde não deixam ela de lado, querem que permaneça em decúbito dorsal. Nessa situação, eu já deixo preparado, para se houver uma necessidade. No períneo, uma distensão muito grande, com mudança de cor; se aquilo é muito evidente, aí sim, a gente realiza.

O que você considera essencial na formação da enfermeira obstétrica para assistência ao parto, particularmente, na prevenção e reparo do trauma perineal?

Eu venho de uma formação que tem feito essas intervenções bastante grandes, onde episio em primigesta era um fato natural na época. Com essa mudança, com oportunidades dessas técnicas, a gente tem observado, sim, que é possível fazer e tem acreditado muito no ensino. Para assistência ao parto, na prevenção e reparo do trauma perineal, acho que preciso de toda essa teoria, essa evidência de que hoje se dispõe, estar adquirindo esses dados de pesquisas, tendo uma base científica para acreditar ser possível. Porque se você não tem essa base científica mais segura em termos de dados fica complicado. Você precisa embasar o aluno com todos esses dados e depois você mostra isso dentro do estágio prático que é realizado. E testar mesmo. Eu acho que você precisa estar embasando teoricamente e testando, mostrando dentro do campo. Você precisa também trabalhar com a parturiente, com algumas posições com os exercícios. Acho que é possível, está dando certo o aluno poder trabalhar a questão do trauma.

Como você realiza(ou) o ensino da prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal?

A prevenção, a gente vem trabalhando no campo por meio dessas técnicas, evitando essa contenção. Na época seria até a proteção do períneo, mas não dessa forma. Atualmente, só uma contenção mesmo na região do períneo anal. Acho que previne algumas lacerações, que são muito pequenas dessa forma. E o reparo, a gente vai mostrando o que seria primeiro grau, onde requer uma intervenção de uma sutura,

aquela que você identifica que é possível uma cicatrização de segunda intenção. Acho que é difícil para o aluno, você só descreve teoricamente o que seria o primeiro grau, onde é que vai uma sutura, onde é indicada sutura e onde não tem uma indicação para sutura. Porque, às vezes, você vê aquela laceração e vai achar que é necessário. Então, algumas áreas, quando acontecem lacerações mais de próximo do intróito vaginal, você não vê sangramento evidente, então, mantém. Se você vê algo mais profundo, que a cicatrização vai ser mais difícil, vai existir a presença da dor mais intensa, até pela urina e tudo mais. Aí requer uma intervenção, um reparo. Acho que é mostrando mesmo, vendo alguns comparando, para conseguir identificar se é primeiro, se tem necessidade e não tem necessidade de sutura. É difícil, em dados momentos, falar: esse dá! Como você vai conseguir avaliar depois? Muitas vezes, a alta é precoce. Como acompanho a evolução da cicatrização e essa questão da dor dela? Tem alguns serviços que com, 24, 48 horas, ela está indo. Para o aluno, entender a questão do trauma, ficar tranquilo que essa vai cicatrizar bem, é complicado. Precisa estar mostrando, acho que é na prática mesmo.

Entrevista P-9

Na sua opinião, quais os efeitos do parto vaginal sobre o períneo? (dados de literatura e experiência pessoal como enfermeira(o) obstétrica(o) e como mulher)

Em grande parte de dados da literatura, a gente encontra que o parto traz grande trauma e muito problema para o períneo. No entanto, hoje, os estudos baseados em evidências mostram que não é tanto assim, que o períneo, na realidade, foi feito para parir. Logicamente, uma mulher sedentária, da cidade, dificulta mais e esse períneo vai ser mais traumatizado no momento do parto. Mas, não mais do que em um parto cirúrgico.

Como você caracteriza o trauma perineal no parto normal?

Eu considero trauma perineal quando ocorre laceração de primeiro, segundo, terceiro e quarto graus e quando existe necessidade de fazer episiotomia.

Como você considera que deve ser feita a prevenção do trauma perineal no parto normal?

A prevenção, na realidade, deve começar durante a gestação, orientando a gestante a fazer exercícios, fazer posição de cócoras e deambular, cuidar da infecção urinária da DST, da leucorréia, para já ter um períneo preparado. Mas, infelizmente, isso não ocorre sempre. Durante o trabalho de parto, é super importante ter liberdade de movimento, orientar fazer exercícios de abaixar e levantar para fortalecer o períneo, banho, sentar na bola. No parto, especialmente, que não esteja em posição litotômica, porque favorece muito mais e a experiências mostra, quando o parto é em posição litotômica, mesmo que não seja percebido, o trauma e a laceração são sempre maiores.

Como você considera que deve ser o cuidado prestado à parturiente e puérpera quando ocorre o trauma perineal?

Depois de ocorrido o trauma, se for considerado o que falei, a laceração e a episiotomia, deve-se proceder à rafia e higiene. Sobretudo, porque foi o lugar que sofreu o trauma e foi suturado. Orientá-la a fazer os exercícios perineais, que é

aquele exercício de Kegel, que faz movimentos com o períneo, duas vezes durante o dia.

Em que situações, você considera indicada a episiotomia?

Recomendo a episiotomia em casos como o sofrimento fetal agudo, porque tem mecônio intenso, porque o BCF está variando, se for um sofrimento fetal caracterizado. Se a mulher que tem leucorréia intensa, porque a gente não consegue mensurar nem prevenir o nível de laceração que ela terá. Podem ser lacerações extensas e múltiplas; naquelas que tiveram leucorréias intensas e não tratadas. Acho que devemos fazer. E, também, se o espaço do períneo clínico for menor do que três centímetros, muito próximo à cúpula do ânus.

O que você considera essencial na formação da enfermeira obstétrica para assistência ao parto, particularmente, na prevenção e reparo do trauma perineal?

Ela deve ser preparada teoricamente, para compreender a anatomia, a fisiologia do aparelho genital feminino, para entender a importância da prevenção do trauma perineal. É importante, também, que esse aluno tenha oportunidade de fazer partos durante o curso em locais que não façam apenas partos tradicionais com episio, mas, em centro de parto normal, casas de parto, para ele conseguir diferenciar uma coisa da outra. Importante, também, é aumentar a carga prática do curso. Infelizmente, a cada dia você vê cursos de especialização com uma carga prática muito pequena e o aluno não está preparado para fazer o parto, quanto mais para proteger o períneo.

Como você realiza(ou) o ensino da prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal?

Realizo o ensino da mesma forma que pratico. Conforme disse, orientar a paciente a fazer os exercícios, preparar esse períneo desde o início da gestação. Ou, então, durante o trabalho de parto, deambular, fazer exercícios, pode colocar compressas quentes; se não deu tempo para essa paciente fazer exercícios, procuro fazer isso. Vou orientando o aluno e ele vai acompanhado. Conforme vai vendo, vai se convencendo; porque é difícil de convencer os alunos. A grande maioria das pessoas acha que episio não é um trauma, que trauma só é laceração. Nós sabemos que é ao contrário que a episio já é um trauma em si mesmo. Aí, a gente vai fixando o conteúdo baseado na prática e baseado em evidência científica.

Entrevista P-10

Na sua opinião, quais os efeitos do parto vaginal sobre o períneo? (dados de literatura e experiência pessoal como enfermeira(o) obstétrica(o) e como mulher)

Vou falar de minha experiência como enfermeira. Estive afastada da assistência à parturiente, assistência ao parto. No começo, fiquei no centro de parto, no centro obstétrico no Amparo Maternal, e depois eu fiquei vinte anos afastada. Gosto de desafio, embora eu seja tímida, sempre qualquer desafio eu acho que é comigo. E aí também, estava precisando de uma docente para atuar no centro obstétrico e que coordenasse o curso de especialização, porque a maioria estava voltada para a graduação. Eu falei: vou coordenar. Coordenei o curso com a Sônia. Foi o último curso de especialização que a disciplina deu; foi o ano de dois mil. Vinte anos afastada da prática e, olha, não tive nenhuma dificuldade em relação à teoria, em

relação ao ensino, estudar, conhecer o campo. Você voltar a fazer parto, há vinte anos que não realizava. Adoro toda experiência obstétrica, gosto da prática, de fazer parto, e eu não tive dificuldade, não. Mas considero assim: essa coisa que a gente fala muito, discute, a questão da humanização, é cultura. Não adianta você falar humanização, mudança de normas, rotinas; se você não mudar, ela não acontece. Então, a questão da episiotomia, por isso que estou falando tudo isso, para entrar nessa questão da episiotomia. Fui formada, ensinava a fazer episio fui formada, assim. Ensinava, assim. Ensinava o ponto do marido, a proteger, até colocava vaselina, mas só quando era múltipara, grande múltipara, e não tinha que fazer episio. Agora, uso vaselina para não fazer episio. E, quando eu comecei no ano de dois mil, há seis anos, no Amparo Maternal, eu ficava meio fora, porque eu não acreditava nisso. Não acreditava e ficava pensando: com a passagem do pólo cefálico vai ter um desgaste dessa musculatura. Como é que fica a mulher? Mas que coisa! Não fazer a episiotomia? Foi difícil, embora já estivesse ensinando a importância. É postura. É bem interessante, mesmo! Porque vivi isso, e se você não fala aquilo que você acredita a coisa não acontece. Então, foi um pouco complicado nesse período. Nessa época, estar ensinando isso, porque não acreditava muito, não! Não acreditava. Depois a Carla, minha filha, em dois mil, ela fez especialização aqui, e ela atua até hoje e ensina. Não é mais funcionária no Amparo Maternal, mas ela ensina os alunos na clínica prática e conversando muito, agora eu estou convencida mesmo, mas eu não fui formada assim, e não ensinava assim. Foi há muito tempo, na década de 1980, por aí. Acho que, por dez anos, de 1980 a 1990, no CO ensinava assim. Então, tive que acreditar que realmente que o músculo não desgasta, não! Que a episiotomia é desnecessária, que não tem necessidade de ficar cortando a mulher, e aí fui mudando. Mas é complicado. Quais os efeitos do parto vaginal sobre o períneo? É uma experiência pessoal. Bom, acho que, em relação aos efeitos, não tem nenhum efeito. Basta que você proteja bem esse períneo. Dependendo do tamanho do feto, tem condições em que a episiotomia é necessária, sim.

Como você caracteriza o trauma perineal no parto normal?

O que seria um trauma perineal? Uma rotura de períneo, lacerações. Seriam situações em que a apresentação causasse um dano, um trauma nesse períneo. Lacera, rompe. Acho que trauma perineal é isso e hematomas, edema.

Como você considera que deve ser feita a prevenção do trauma perineal no parto normal?

Acho que a enfermeira obstétrica tem tudo pra avaliar se esse períneo vai romper, parece que a gente sabe quando vai romper. A mulher, dependendo da cor, a raça negra, é mais friável. Avaliar o tamanho do feto, o tamanho dessa apresentação, se está solicitando muito esse períneo. Então, não é uma regra inflexível, que não é para fazer. Precisa fazer uma avaliação, mesmo! Se a apresentação está solicitando muito o períneo, fazer bem a proteção de períneo anterior e períneo posterior. Em relação ao períneo anterior, a gente vê na hora de fazer manobra que vai romper. Então, tem que proteger. Orientar a mulher a não fazer força na hora do desprendimento cefálico. São essas formas. Diminuir ocitócito, tirar ocitócito. Tudo, para evitar esse trauma, porque é um trauma e pode ser evitado. Sobre tudo se está solicitando muito o períneo, vai romper. Então, você precisa avaliar. Vou fazer um pique ou não? Só protegendo vai dar?

Como você considera que deve ser o cuidado prestado à parturiente e puérpera quando ocorre o trauma perineal?

Estava pensando no cuidado que a gente tem com essa mulher, após o trauma. Quando ensinei agora, no Amparo, no centro obstétrico o cuidado com a mulher com o trauma, a insegurança que tinha, se tinha hematoma. Uma vez teve mesmo. Eu fiquei muito preocupada, uma laceração que parecia uma flor, sabe! Aí, é uma responsabilidade, você se culpa depois pela vida sexual da pessoa. É muito sério, isso. Eu fiquei muito mal. Mal, porque não estava ainda convencida da questão da episio ou não episio. Aí, eu fui várias vezes e tinha hematomas, sim. Aí, põe gelo e aquela coisa toda. Fiquei observando, e a cabeça de enfermeira fica deste tamanho. Pensei em fístula, fiquei acompanhando essa mulher. Fiquei com o telefone dela e fiquei ligando. Olha, que coisa!

Em que situações você considera indicada a episiotomia?

Acho que acabei de responder. Em situações em que o pólo cefálico está solicitando muito do períneo, no feto grande, para abreviar o período expulsivo se tem um sofrimento fetal, conforme o foco, mecônio.

O que você considera essencial na formação da enfermeira obstétrica para assistência ao parto, particularmente, na prevenção e reparo do trauma perineal?

Vou orientar o aluno, primeiro da importância de uma boa avaliação. Saber avaliar bem. E o que tem que avaliar? Avaliar esse períneo, avaliar o tamanho entre a fúrcula e o ânus, avaliar a questão de diminuir ocitócito, orientar a mulher a não fazer força. Acho que são todas questões que eu considero importantes para evitar o trauma, que eu vou passar para o aluno.

Como você realiza(ou) o ensino da prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal?

Se você realizou, você já sabe! Eu sempre que precisava fazer episio; Como aluna, também, sempre gostava de pegar parto com episio. Fugia das múltiparas. Na época, a gente fazia só partos para formação e sempre ficava querendo pegar com episio. E fiz muito episio, muito, muito. Quando eu trabalhei, antes de entrar aqui na escola, fui chefe da maternidade, na época do Hospital Gastroclínica, que agora mudou o nome. E tinha um convênio que era Bradesco. Então, todas as mulheres de convênio, não particulares, passavam por enfermeiras obstétricas. Eu trabalhava à noite e fiz muitos partos, todos com episiotomia. Essa coisa avaliar antes, que eu considero importante, eu não avaliava, não. Se era primigesta, era rotina. Agora, quando era uma grande múltipara, sim, colocava vaselina. Que agora acho que isso não faz diferença nenhuma. Com relação à episio, quando voltei agora, eu pensava assim: mas a episiotomia vai ampliar o canal de parto, mesmo? Mesmo que você não veja, esse músculo não vai romper? Vai desgastar toda uma musculatura, aí como que fica a questão da vida sexual dessa mulher? Não vai romper, mas vai ter um desgaste das fibras. Com a episiotomia, também, vai romper, você vai seccionar essas fibras e depois construir novamente, pior ainda.

ANEXO 6 - Frases temáticas agrupadas por subtemas, temas e categorias

Categoria	Tema	Subtema	Frase temática
O trauma perineal e sua prevenção, segundo os professores	<i>Efeitos do parto vaginal sobre o períneo</i>	O períneo é naturalmente preparado para o parto	<p><i>A evolução do processo natural do parto normal propiciará o trabalho do próprio períneo. (P3)</i></p> <p><i>O parto normal bem acompanhado evoluirá adequadamente, promovendo uma elasticidade natural que não vai causar traumas no períneo. (P3)</i></p> <p><i>A vagina tem músculo que se distende e contrai e foi preparado para parir, dificilmente acontecem lacerações de terceiro grau. (P5)</i></p> <p><i>O períneo é preparado para o parto vaginal, é um tecido elástico que depois volta ao normal. (P7)</i></p> <p><i>Não vai haver uma repercussão tão grande que leve a mulher achar que após, o parto vaginal, vão ter alterações sexuais ou de incontinência urinária. (P8)</i></p> <p><i>O períneo foi feito para parir e o sedentarismo proporciona o traumatismo no momento do parto. (P9)</i></p> <p><i>Não tem nenhum efeito. O músculo perineal não desgasta; basta proteger bem o períneo. (P10)</i></p>
		Depende da assistência ao parto	<p><i>Não traz dano nenhum, quando se faz uma sutura bem-feita. (P1)</i></p> <p><i>Em qualquer situação, pensava-se em fazer episiotomia. (P3)</i></p> <p><i>No expulsivo, com a proteção da musculatura perineal, com desprendimento mais suave do pólo cefálico, a gente garante, de alguma maneira, essa proteção. Dificultando um pouco mais os traumas perineais. (P3)</i></p> <p><i>Os efeitos do parto vaginal sobre o períneo dependerão do cuidado com essa musculatura, depois do parto. Quando você faz os exercícios de Kegel, você vai fortalecer a musculatura de seu canal vaginal. Mostro os resultados ou as possibilidades do resultado para ela, com relação aos partos futuros, e à sexualidade. Porque muitas verbalizam que se preocupam com essa frouxidão do canal vaginal. (P4)</i></p> <p><i>Os traumas perineais são menores do que quando é realizada a episiotomia. (P5)</i></p> <p><i>Na episiotomia, o risco de lacerar mais o canal vaginal é muito maior. (P5)</i></p> <p><i>Quando a mulher está muito agitada, sem autonomia sobre o próprio corpo e fica presa à cama, querendo levantar de qualquer jeito daquela posição, eu vejo uma laceração de períneo, mesmo. (P5)</i></p> <p><i>Acho que tem uma alteração, desde uma rotura, uma cicatrização, uma deiscência. (P8)</i></p> <p><i>Dependendo do tamanho do feto, existem situações em que a episiotomia é necessária. (P10)</i></p>
		Depende de cada mulher	<p><i>A maioria das mulheres que atendo, tem trauma perineal e temos rotura de primeiro e segundo graus. (P2)</i></p> <p><i>Percebo que a primigesta lacera menos que a secundigesta e a tercigesta, especialmente, com episiotomia anterior. (P2)</i></p> <p><i>Os efeitos do parto vaginal sobre o períneo não são da via de parto em si, mas, da gestação, do preparo físico, da idade e da nutrição dessa mulher. (P6)</i></p> <p><i>Eu acho que no períneo, se a gente pensar no relaxamento da musculatura, na necessidade de uma perineoplastia futura., Acho que está mais relacionada à gravidez, ao número de gravidezes e ao corpo da própria pessoa, e não à via de parto. Caso seja obesa ou não, se tem vida sedentária ou não, tipo de trabalho que exerce. Eu acho que isso influencia mais na condição do períneo do que na própria via de parto. (P6)</i></p> <p><i>A episiotomia provoca uma alteração, tendo repercussão sobre o períneo, mas depende muito de cada mulher. (P8)</i></p>

Frases temáticas agrupadas por subtemas, temas e categorias (cont.)

Categoria	Tema	Subtema	Frases temáticas
O trauma perineal e sua prevenção, segundo os professores	<i>Caracterização do trauma perineal</i>	Fisiológico	<i>É fisiológico. (P1)</i>
		Laceração ou rotura espontânea	<i>Uma laceração, às vezes, por assistência técnica incorreta. (P2)</i> <i>Rotura de primeiro, segundo e terceiro graus. (P3)</i> <i>Muitos dos traumas são causados pelo manuseio inadequado do profissional. Às vezes, o próprio profissional é o facilitador do trauma perineal por causa dos toques repetitivos e da insistência para a progressão da descida fetal. (P3)</i> <i>Rotura. Classifico a rotura de primeiro grau como não intencional. (P4)</i> <i>Trauma de primeiro, segundo, terceiro e quarto graus, quando atinge o esfíncter anal. (P5)</i> <i>Aprendi a fazer parto com episiotomia. Quando você não sabe fazer episiotomia, você consegue protelar um pouco mais. O que eu vejo é que os traumas são muito menores do que quando é realizada a episiotomia. Isso como experiência pessoal. Na episiotomia, o risco de correr, lacerar mais o canal vaginal é muito maior. (P5)</i> <i>Qualquer tipo de laceração que ocorra. (P6)</i> <i>Rotura ou laceração. (P7)</i> <i>Laceração de primeiro, segundo e terceiro graus ou rotura de primeiro até o quarto graus. A literatura, não deixa claro quando separar rotura de laceração. A gente classifica por grau: quando é pele e mucosa, musculatura e reto. (P8)</i> <i>Laceração de primeiro, segundo, terceiro e quarto graus. (P9)</i>
		Qualquer morbidade (episiotomia, laceração ou rotura espontânea, hematoma, edema)	<i>Episiotomia, trauma voluntário. (P4)</i> <i>Quando existe a necessidade de fazer uma episiotomia. (P9)</i> <i>Rotura de períneo, lacerações, hematomas, edema e situações que a apresentação cause um dano, trauma nesse períneo. (P10)</i>

Frases temáticas agrupadas por subtemas, temas e categorias (cont.)

Categoria	Tema	Subtema	Frase temática
O trauma perineal e sua prevenção, segundo os professores	<i>Indicação da episiotomia</i>	Sufrimento fetal	<i>Avaliando a altura uterina e a elasticidade do períneo. (P1)</i>
		Macrossomia	<i>Quando se percebe que vai lacerar, sobretudo quando há episiotomia anterior; na macrossomia fetal e na ausência de auxílio da parturiente, durante o desprendimento cefálico. (P2)</i>
		Prematuridade	<i>Parto prematuro; desproporção entre o pólo cefálico com a distensão da musculatura perineal, cuja distensão da musculatura esteja prejudicada, com risco iminente de laceração. (P3)</i>
		Episiotomia anterior	<i>Períneo rígido. (P4)</i>
		Elasticidade restrita	<i>Altura uterina que sugere feto macrossômico em períneo com pouca distensibilidade. (P4)</i>
		Períneo curto	<i>Depende da elasticidade do períneo, avaliada no momento do coroamento e mecônio espesso, com sofrimento fetal, com bradicardia sem recuperação. (P5)</i>
		Risco de laceração de terceiro ou quarto graus	<i>Fórceps e períneos curtos. (P6)</i> <i>Períneo resistente que, ao coroar, se pode prever uma laceração de terceiro ou quarto graus. (P7)</i>
		Leucorréia	<i>Resistência do períneo. (P8)</i> <i>Vitalidade fetal que, através da cardiotocografia, apresente um traçado comprimido, associado à presença de mecônio. (P8)</i>
		Falta de colaboração materna no desprendimento cefálico	<i>Mudança da cor do períneo com evidência que irá lacerar a distensão. (P8)</i> <i>Sufrimento fetal por causa de mecônio intenso. (P9)</i> <i>Leucorréia intensa e não tratada. (P9)</i>
		Fórceps	<i>Espaço do períneo menor que três centímetros, muito próximo à cúpula do ânus. (P9)</i> <i>Pólo cefálico, solicitando muito o períneo, no feto grande, e para abreviar o período expulsivo no sofrimento fetal, conforme o foco e o mecônio. (P10)</i>

Frases temáticas agrupadas por subtemas, temas e categorias (cont.)

Categoria	Tema	Subtema	Frase temática
O trauma perineal e sua prevenção, segundo os professores	<i>Prevenção do trauma perineal</i>	Ação do profissional no parto	<p><i>Avaliar altura uterina, a elasticidade do períneo e a necessidade de episiotomia, como em situações de elasticidade ruim do períneo e altura uterina suspeita de macrosomia. Se não fizer episiotomia, é só proteger o períneo com compressa e usar vaselina. (P1)</i></p> <p><i>Deixar o parto evoluir o mais próximo do expulsivo, com a mulher andando, no chuveiro, na bola e posicionar a mulher próximo ao desprendimento do pólo cefálico. (P2)</i></p> <p><i>Deixar o período expulsivo acontecer naturalmente, sem força voluntária, sem prensa abdominal. Intervir menos, não ficar estimulando o períneo com toques e deixar o pólo cefálico se desprender naturalmente, sem ficar comprimindo o períneo. (P2)</i></p> <p><i>Um parto bem assistido, oferecendo orientações necessárias quanto ao progresso do trabalho de parto, acompanhamento e formação de um vínculo efetivo entre quem está assistindo e paciente, proporcionando confiança e relaxamento à mulher. (P3)</i></p> <p><i>Fazer proteção perineal na hora do desprendimento. (P3)</i></p> <p><i>Fazer a contenção do períneo sem restrição, durante o desprendimento; apenas apoiar o períneo posterior e a região periuretral. (P4)</i></p> <p><i>Romper a bolsa o mais tardio possível porque a própria bolsa massageia o períneo e consegue-se prevenir laceração. (P5)</i></p> <p><i>Quando romper a bolsa, deixar a própria cabeça do bebê fazer o movimento de báscula. (P5)</i></p> <p><i>Usar posição no parto que ajude evitar laceração. (P5)</i></p> <p><i>Mexer pouco no períneo e passar o dedo com vaselina; evitar puxar o períneo. (P5)</i></p> <p><i>A episiotomia tem que ser seletiva. (P6)</i></p> <p><i>Deixar o muco, que favorece o desprendimento e evitar a proteção do períneo. (P8)</i></p> <p><i>Fazer uma proteção mais na região anal com a compressa, deixando toda a região do períneo livre para poder fazer uma distensão grande e facilitar no desprendimento do pólo cefálico. (P8)</i></p> <p><i>Não fazer o parto em posição litotômica, pois o trauma e laceração são sempre maiores. (P9)</i></p> <p><i>Avaliar se o períneo irá romper, (a mulher, dependendo da cor, a raça negra, é mais friável), o tamanho do feto e a necessidade de se fazer um pique. (P10)</i></p> <p><i>Diminuir ou retirar ocitocina. (P10)</i></p> <p><i>Orientar a mulher a não fazer força na hora do desprendimento cefálico. (P10)</i></p>
		Participação da mulher	<p><i>Ter um bom pré-natal e prevenir as doenças sexualmente transmissíveis, pois o períneo bem irrigado e bem trabalhado, com exercícios de abaixa e levanta, favorece uma musculatura mais distensível. (P4)</i></p> <p><i>Preparo durante a gravidez, para que haja a prevenção do trauma perineal no parto normal. (P6)</i></p> <p><i>Caminhar muito favorece o períneo. (P6)</i></p> <p><i>Exercício para o períneo e massagem. (P7)</i></p> <p><i>Orientar a gestante a fazer exercício, fazer posição de cócoras e deambular; cuidar da infecção urinária e das doenças sexualmente transmissíveis, para já ter o períneo preparado. (P9)</i></p> <p><i>Dar liberdade de movimento no trabalho de parto, orientar exercícios de abaixar e levantar para fortalecer o períneo, banho e sentar na bola. (P9)</i></p>

Frases temáticas agrupadas por subtemas, temas e categorias (cont.)

Categoria	Tema	Subtema	Frase temática
O trauma perineal e sua prevenção, segundo os professores	<i>Cuidado perineal</i>	Sutura	<p><i>Realizar sutura. Reparo da melhor forma possível com anestesia. Depois, orientar os cuidados com os pontos, higiene e retorno à atividade sexual. (P1)</i></p> <p><i>Orientar a puérpera que ocorreu laceração e que foi preciso dar pontos. (P5)</i></p> <p><i>Reparar a episiotomia ou a rotura. (P7)</i></p> <p><i>Dependendo do trauma, a sutura é necessária em algumas situações. (P8)</i></p> <p><i>Depois de ocorrido o trauma, a laceração e/ou a episiotomia, deve-se proceder à rafia e higiene. (P9)</i></p>
		Alívio da dor	<p><i>Não subestimar a dor conseqüente do trauma perineal. (P2)</i></p> <p><i>Fazer bloqueio do pudendo, porque a mulher terá mais conforto, ficará menos ansiosa, pois sentirá menos dor ao suturar. (P2)</i></p> <p><i>Ter cuidado para não deixar sangrando o períneo, fazendo sua revisão. (P2)</i></p> <p><i>Após a sutura, ter o cuidado com o períneo e estar, usando compressa fria por tempo adequado. (P2)</i></p> <p><i>Fazer analgesia ou anestesia para correção do trauma e deixar a mulher confortável. (P3)</i></p> <p><i>Usar medicações que aliviem a dor e compressa de gelo. (P6)</i></p> <p><i>Acompanhar de perto a recuperação da mulher; no hematoma, usar compressa de gelo. (P10)</i></p>
		Higiene	<p><i>Comunicar à puérpera que recebeu pontos, para que tenha um cuidado com o períneo, em razão de infecção. (P4)</i></p> <p><i>Orientar sobre a higiene, para lavar com água e sabão e enxaguar bem. (P5)</i></p> <p><i>Orientar muita higiene. (P8)</i></p>
		Exercícios	<p><i>Exercícios de Kegel. (P4)</i></p> <p><i>Fazer exercício de contração da musculatura no pós-parto, quando amamentar o bebê, independente se houver ou não episiotomia. (P6)</i></p> <p><i>Orientar exercícios no pós-parto. (P8)</i></p> <p><i>Orientar a fazer os exercícios perineais, aquele de Kegel que faz movimentos com o períneo, duas vezes ao dia. (P9)</i></p>

Frases temáticas agrupadas por subtemas, temas e categorias (cont.)

Categoria	Tema	Subtema	Frase temática
Elementos que fundamentam o ensino da assistência ao parto e o ensino do cuidado perineal	<i>Relativos ao aluno (como futura enfermeira obstétrica)</i>	Conhecimento científico, teórico e prático sobre o períneo e seu cuidado.	<p><i>Conhecer muito a anatomia. (C1/2)</i></p> <p><i>Estudar anatomia e fisiologia no laboratório e resgatar na prática. (C1/2)</i></p> <p><i>Saber o momento certo para agir na assistência ao parto, por meio do raciocínio, do conhecimento do períneo, episiotomias anteriores e exercícios. (C1/2)</i></p> <p><i>Atualização do conhecimento sobre o reparo do períneo, em razão das indicações nos últimos anos terem sofrido modificações. (C3)</i></p> <p><i>Acompanhar parto, ter manejo da assistência e prevenir o trauma perineal. (C4)</i></p> <p><i>Converter-se ao cuidado e ao manejo do períneo e da assistência ao parto, como uma filosofia de vida. (C4)</i></p> <p><i>Saber esperar a criança evoluir, sem ansiedade, evitando uma episiotomia ou fórceps de alívio. (C6)</i></p> <p><i>Preparar a gestante desde o pré-natal, para que durante o parto ela possa ficar relaxada. (C6)</i></p> <p><i>Ter experiência, calma e treinamento para reconhecer a hora certa para fazer o parto. (C6)</i></p> <p><i>Deixar a natureza agir. (C7)</i></p> <p><i>Aprender a não ficar forçando o períneo no momento em que está com dilatação total; não tocar e abaixar o períneo com movimentos circulares, causando edema e, conseqüentemente, rotura. (C7)</i></p> <p><i>Acompanhar os eventos (simpósios, congressos, etc.) e buscar conhecimento, para introduzir na prática e saber como fazer. (C7)</i></p> <p><i>Ter vivência no centro obstétrico tradicional e no centro de parto humanizado. (C8)</i></p> <p><i>Saber identificar o trauma perineal e repará-lo; precisa ter julgamento e raciocínio clínico na hora de realizar uma episiotomia. (C8)</i></p> <p><i>Saber atuar na assistência ao parto normal em uma situação de baixo risco, como de alto risco. (C8)</i></p> <p><i>Ter conhecimento científico da anatomia, contaminação. (C9)</i></p> <p><i>Ser acolhedor, ter interesse e envolvimento do profissional; ele precisa gostar do que irá fazer. (C9)</i></p> <p><i>Ter técnica e prática; isso ocorrerá com o tempo. (C9)</i></p> <p><i>Saber preparar a paciente para diminuir o trauma. (C9)</i></p> <p><i>Conhecer a anatomia genital feminina, com detalhes da musculatura do assoalho pélvico, do períneo. (C10)</i></p> <p><i>Conhecer todo o funcionamento da fisiologia da contratilidade uterina, da progressão do trabalho de parto normal, isto é, a fisiologia do parto. (C10)</i></p> <p><i>Conhecer as evidências científicas a respeito da prevenção e reparo do trauma perineal, para não atuar com incompetência e com rotinas institucionalizadas. (C10)</i></p> <p><i>Incorporar as evidências científicas à prática. (C10)</i></p> <p><i>Saber que a raça pode ser um fator que interfere na integridade cutânea do períneo. (C10)</i></p> <p><i>Saber que a questão cultural de cada povo vai interferir no processo de parir. (C10)</i></p> <p><i>Saber que o próprio tônus do músculo interferirá nas conseqüências do parto vaginal. (C10)</i></p> <p><i>Saber que a mulher, ao entrar na gravidez em condições de rigidez física, emocional e familiar, auxiliará num melhor parto. (C10) (continua)</i></p>

Categoria	Tema	Subtema	Frases temáticas
Elementos que fundamentam o ensino da assistência ao parto e o ensino do cuidado perineal	Relativos ao aluno (como futura enfermeira obstétrica)	Conhecimento científico, teórico e prático sobre o períneo e seu cuidado	<p>(continuação)</p> <p>Saber que para o preparo do períneo, existem recursos disponíveis para tonificar os músculos superficiais e profundos do períneo. (C10)</p> <p>O aluno precisa perceber que é possível ter parto natural sem laceração, mas, que exige mais tranquilidade no processo de parturição. (P2)</p> <p>Saber abordar e saber criar vínculo com a paciente, para a mesma sentir-se segura. (P3)</p> <p>Ter preparo técnico adequado para assistir um trabalho de parto, estando tecnicamente preparada para corrigir o trauma perineal. (P3)</p> <p>Conhecer anatomia para suturar e para reconstrução do tecido lesado. (P4)</p> <p>Saber fisiologia da gravidez e do parto. (P5)</p> <p>Conhecer bem a musculatura do períneo, da bacia e contratilidade uterina. (P5)</p> <p>Ter visão para o reparo de episiotomia, de como fazer e em quais circunstâncias. (P6)</p> <p>Ter conhecimento teórico da pelve feminina e do feto. (P7)</p> <p>Ter postura profissional e saber lidar com a parturiente. (P7)</p> <p>Deve ser preparada teoricamente, para compreender a anatomia, a fisiologia do aparelho genital feminino, para entender a importância deste e a prevenção do trauma perineal. (P9)</p> <p>Saber avaliar o períneo, a necessidade de ocitócito e orientar a mulher a não fazer força. (P10)</p>
	Relativos ao curso e ao processo ensino-aprendizagem	Professor com boa formação e com habilidade na teoria e na prática	<p>Ter docentes capacitados na prática tanto em parto convencional como em parto com proposta de parto humanizado para não ser tendencioso a fazer episiotomia, e saiba realizar a proteção perineal. (C1/2)</p> <p>Resgatar a anatomia e fisiologia no campo de estágio, para uma assistência com qualidade. (C1/2)</p> <p>Docentes capacitados na prática, tanto no parto convencional, quanto na proposta do parto humanizado. (C1/2)</p> <p>Professor com boa didática, experiência e habilidade. (C3)</p> <p>Professor com formação acadêmica, cujo referencial teórico e prático conciliem. (C4)</p> <p>Professor com conhecimento atualizado na prevenção do trauma perineal. (C4)</p> <p>Introduzir as evidências científicas na prática. (C4)</p> <p>Ter conhecimento que existe medicina e enfermagem baseado em evidência, e acesso a base de dados para o contato com estudos relacionados ao períneo, prevenção e tratamento do trauma perineal e episiotomia. (C5)</p> <p>Iniciar os alunos na pesquisa clínica. (C5)</p> <p>Iniciar os alunos na medicina e enfermagem baseadas em evidências, por meio de pesquisa em bases de dados, tais como: Cochrane, Medline e Scielo. (C5)</p> <p>Promover o contato com os novos estudos sobre períneo, como prevenção e tratamento do trauma perineal e da episiotomia. (C5) (continua)</p>

Categoria	Tema	Subtema	Frase temática
Elementos que fundamentam o ensino da assistência ao parto e o ensino do cuidado perineal	<i>Relativos ao curso e ao processo ensino-aprendizagem</i>	Professor com boa formação e com habilidade na teoria e na prática	<p>(continuação)</p> <p><i>Ter experiência, calma e treinamento para reconhecer a hora certa para fazer o parto. (C6)</i></p> <p><i>Deixar a natureza agir, quanto menos colocar a mão é melhor. (C7)</i></p> <p><i>A enfermeira precisa ter um conhecimento muito bom para poder atuar. (C7)</i></p> <p><i>Acompanhar os eventos (simpósios, congressos, etc.) e buscar conhecimento, para introduzir na prática e saber como fazer. (C7)</i></p> <p><i>Ter vivência no centro obstétrico tradicional e no centro de parto humanizado. (C8)</i></p> <p><i>Saber atuar na assistência ao parto normal em uma situação de baixo risco, como de alto risco. (C8)</i></p> <p><i>Construir no aluno uma nova visão, uma visão de prevenção e reparo do trauma perineal. (C8)</i></p> <p><i>Ensinar como avaliar a altura uterina e a elasticidade do períneo. (P1)</i></p> <p><i>Professor com excelente formação (P2).</i></p> <p><i>Docente com vivência de parto convencional e de parto natural e que seja seguro, por sua experiência profissional. (P2)</i></p> <p><i>Docentes que façam reciclagem, com mais prática. (P2)</i></p> <p><i>Ensinar a prevenção durante o pré-natal, com exercícios de pressão perineal. (P2)</i></p> <p><i>Ensinar como abordar e educar a gestante para o pré-parto e parto. (P3)</i></p> <p><i>Ensinar a orientar no pré-natal o trabalho com o períneo, para melhorar sua irrigação. (P4)</i></p> <p><i>Ensinar a olhar com olhos muito atentos, o que precisa ser reconstruído. (P4)</i></p> <p><i>Preparar a aluna para que tenha habilidade técnica de sutura. (P4)</i></p> <p><i>Tem de ser passado para os alunos, a humanização é o que sente a mulher mesmo na sociedade, decidir sobre o corpo dela. (P5)</i></p> <p><i>Em campo de estágio, questionar sobre o músculo quando o aluno está suturando. (P5)</i></p> <p><i>Ensinar exercício para se fazer no pré-parto e parto e ensinar a suturar. (P7)</i></p> <p><i>Mostrar o reparo perineal na prática e ensinar o que é rotura de primeiro grau etc.; ensinar quando fazer uma sutura ou em que situações esperar uma cicatrização por segunda intenção. (P8)</i></p> <p><i>O docente deve realizar o ensino da mesma forma que pratica. (P9)</i></p>

Categoria	Tema	Subtema	Frase temática
Elementos que fundamentam o ensino da assistência ao parto e o ensino do cuidado perineal	<i>Relativos ao curso e ao processo ensino-aprendizagem</i>	Local de ensino com boa infraestrutura	<p><i>Aula de laboratório para a prática da realização da episiotomia, feita em compressa, língua, músculo, espuma. (C3)</i></p> <p><i>Ter campo prático de estágio que tenha como filosofia a assistência ao parto natural. (C4)</i></p> <p><i>Curso com mais de um ano de duração. (P1)</i></p> <p><i>O reparo é ensinado na teoria, com o uso de compressas e bonecos em laboratório e, depois, na prática. (P2)</i></p> <p><i>Realizo o ensino da prevenção e reparo do trauma perineal, o treinamento adequado e a técnica para assistência no pré-parto e parto, sobretudo, nas condições de parto vaginal. (P3)</i></p> <p><i>Em aula de laboratório, os alunos usam o boneco de parto para fazer o parto normal, aprendem a manusear pinças, conhecem fios e suturam em pedaços de carne. (P5)</i></p>
		Práticas e carga horária adequadas	<p><i>O número adequado de partos permite uma variedade de assistência; as parturientes são diferentes e as oportunidades são diferenciadas. (C1/2)</i></p> <p><i>Boa carga horária para a assistência ao parto e, especialmente, para sutura adequada. (C3)</i></p> <p><i>Ter campo prático de assistência ao parto cuja episiotomia seja realizada, quando houver indicações. (C4)</i></p> <p><i>Oferecer ao enfermeiro oportunidade de aprendizado que o deixe seguro, para que conduza o parto com facilidade, prevenindo o trauma. (C6)</i></p> <p><i>Ter uma carga horária de prática maior que a teórica. (C8)</i></p> <p><i>Ter 50% da prática em centro de parto normal. (C8)</i></p> <p><i>A filosofia da instituição campo de estágio deve ser para reduzir as taxas de incidência de episiotomia. (C8)</i></p> <p><i>Proporcionar ao aluno maior número de partos e maior vivência em sala de parto. (P1)</i></p> <p><i>Propiciar campo de estágio adequado para oferecer a quantidade de partos que é fundamental. (P1)</i></p> <p><i>Quando ele está em sala de parto, nossa maior preocupação é intervir o menos possível, menos toque. (P2)</i></p> <p><i>Ter uma habilidade técnica, que só vem com o exercício. O enfermeiro deve ser treinado, e isso me preocupa um pouco na tendência atual de nossa prática, porque sobretudo no CPN a gente não tem a episiotomia. (P4)</i></p> <p><i>Mostrar ao aluno como reparar uma episiotomia, como fazer, e em que circunstâncias realizar e a proteção do períneo. (P6)</i></p> <p><i>Na prática, mostrar o períneo elástico e o mais resistente; em pacientes com episiotomia anterior, mostrar que o períneo é mais resistente por existir fibrose. (P6)</i></p> <p><i>Ter maior a carga prática no curso. (P9)</i></p> <p><i>E, é importante também que esse aluno tenha oportunidade de fazer partos durante o curso em locais que não faça apenas partos tradicionais com episio, mas, em centro de parto normal, casa de parto, para ele conseguir diferenciar uma coisa da outra. (P9)</i></p>

ANEXO 7

Av. Nazaré, 1501 – Ipiranga
 CEP 04263-200 – São Paulo – SP
 Fone: (11) 6169-4000 – Fax: (11) 6215-2361
<http://www.scamilo.edu.br>

COMITÊ DE PESQUISA (CPQ)
PARECER Nº /027/06
CURSO(S): ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

- Tipo do Projeto de Pesquisa:**
- () Iniciação Científica
 - () Trabalho de Conclusão de Curso
 - () Monografia
 - () Dissertação ou tese
 - (x) Outros

I – IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título do Projeto

Formação da enfermeira obstétrica na prevenção e reparo do trauma perineal

1.2 Pesquisadores Responsáveis

Joyce Silveira de Andrade Lopes

1.3 Instituição

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

II – OBJETIVOS

Geral: conhecer os programas de ensino para a assistência ao parto normal dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica, particularmente, na prevenção e reparo do trauma perineal e sua repercussão na prática profissional

Específicos:

Identificar as instituições no município de São Paulo que oferecem ou ofereceram o curso de especialização em enfermagem obstétrica;

Descrever os conteúdos e estratégias de ensino adotadas nos cursos para o desenvolvimento de competências para assistência ao parto normal;

Analisar a repercussão da formação profissional de enfermeiras obstétricas para a assistência ao parto em sua atuação para a prevenção e reparo do trauma perineal.

III – SUMÁRIO DO PROJETO

3.1 Descrição e caracterização da amostra

O estudo será realizado no município de São Paulo, farão parte da amostra instituições de ensino superior que têm cursos de graduação em enfermagem e oferecem ou ofereceram a especialização em enfermagem obstétrica, entre os anos de 1995 e 2005. A população do estudo será constituída pelos seguintes sujeitos: coordenadores, professores, alunos e ex-alunos dos cursos.

A amostra está bem caracterizada, assim como os procedimentos para a localização das instituições de ensino e as formas de contato.

3.2 Coerência Metodológica

Abordagem qualitativa de caráter explicativo.

O trabalho apresenta coerência metodológica e foi delineado por intermédio de rigor metodológico.

CENTRO UNIVERSITÁRIO

SÃO CAMILO**IV – Infra-estrutura (recursos físicos e humanos)**

Av. Nazaré, 1501 – Ipiranga
CEP 04263-200 – São Paulo – SP
Fone: (11) 6169-4000 – Fax: (11) 6215-2361
<http://www.scamilo.edu.br>

Não descreve

V – Financiamento

Não existe financiamento para o projeto ou remuneração para os pesquisadores

VI – Outras Considerações

Trabalho de grande relevância, cujo resultado poderá ser de grande valia como fonte de consulta em sua área. O projeto está bem fundamentado e apresenta uma adequada metodologia científica; os objetivos estão dispostos de maneira clara, deixando clara qual deverá ser a participação do Centro Universitário São Camilo e de seus respectivos sujeitos de pesquisa

VII – PELA ANÁLISE DO CPQ, O PROJETO DE PESQUISA FOI CONSIDERADO:

- ☒ Aprovado;
☐ Com pendência;
☐ Não Aprovado;

São Paulo, 12 de maio de 2006.

Comitê de Pesquisa (CPQ)
Centro Universitário São Camilo

ANEXO 8

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone.: 3066-7548 - Fax.: 280-8213

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 07 de março de 2006.

Ilm.ª Sr.ª
Joyce Silveira de Andrade Lopes

Ref.: Processo nº 529/2006/CEP-EEUSP

Prezada Senhora:

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "FORMAÇÃO DE ENFERMEIRA OBSTÉTRICA PARA A PREVENÇÃO E REPARO DO TRAUMA PERINEAL NO PARTO NORMAL", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita de Dulce Maria Rosa Gualda.

Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 9

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Joyce Silveira de Andrade Lopes, sou aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, orientanda da Prof. Dra. Maria Luiza Gonzalez Riesco.

Estou desenvolvendo um estudo que tem como objetivo geral conhecer os programas de ensino para a assistência ao parto normal dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica, particularmente, na prevenção e reparo do trauma perineal e sua repercussão na prática profissional. Para isto, gostaria de entrevista-la(o) e gravar suas respostas. Você não será identificada(o) em momento algum da pesquisa e poderá a qualquer momento deixar de participar da mesma.

Esclareço que sua participação será muito importante para que possamos melhorar a qualidade do ensino e da assistência ao parto.

Agradecendo sua colaboração, coloco-me a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, pelo telefone (11) 6236-7457 ou e-mail joyce_lopes@yahoo.com.br.

Obrigada,

Joyce Silveira de Andrade Lopes

Após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a gravação da entrevista e a utilização dos dados para o presente estudo, que poderá ser publicado e utilizado em eventos científicos.

Entrevistada(o)

Telefone da Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP: (11) 3066-7548