

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

JULIANA JACQUES DA COSTA MONGUILHOTT

**MASSAGEM PERINEAL NA GESTAÇÃO PARA PREVENÇÃO
DO TRAUMA PERINEAL NO PARTO: ABORDAGEM
QUANTITATIVA E QUALITATIVA**

**FLORIANÓPOLIS
2018**

JULIANA JACQUES DA COSTA MONGUILHOTT

**MASSAGEM PERINEAL NA GESTAÇÃO PARA PREVENÇÃO
DO TRAUMA PERINEAL NO PARTO: ABORDAGEM
QUANTITATIVA E QUALITATIVA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Filosofia, cuidado em saúde e enfermagem.

Linha de pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

Orientadora: Profa. Dra. Odaléa Maria Brüggemann.

FLORIANÓPOLIS

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Monguilhott, Juliana Jacques da Costa
MASSAGEM PERINEAL NA GESTAÇÃO PARA PREVENÇÃO DO
TRAUMA PERINEAL NO PARTO: : ABORDAGEM QUANTITATIVA
E QUALITATIVA / Juliana Jacques da Costa
Monguilhott ; orientadora, Odaléa Maria Brüggemann,
2018.

169 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.


1. Enfermagem. 2. Massagem perineal digital pré
natal. 3. Prevenção do trauma perineal. 4. Ensaio
clínico randomizado. I. Brüggemann, Odaléa Maria .
II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Juliana Jacques da Costa Monguilhott

**MASSAGEM PERINEAL NA GESTAÇÃO PARA
PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL NO PARTO:
ABORDAGEM QUANTITATIVA E QUALITATIVA**

Esta Tese foi julgada adequada para obtenção do Título de “Doutora em Enfermagem” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Florianópolis, 27 de fevereiro de 2018



Prof.ª Jussara Gue Martini, Dr.ª
Coordenadora do Programa.

Banca Examinadora:



Prof.ª Odaléa Maria Brüggemann, Dr.ª
Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.ª Maria Luiza Gonzalez Riesco Bellini, Dr.ª
Membro titular

Universidade de São Paulo

Marli Terezinha Stein Backes

Prof.^a Marli Terezinha Stein Backes, Dr.^a

Membro titular

Universidade Federal de Santa Catarina

Roxana Knobel

Prof.^a Roxana Knobel, Dr.^a

Membro titular

Universidade Federal de Santa Catarina

DEDICO esta produção...

... À Deus, que me deu o dom mais precioso, que guia meus passos e me sustenta.

...Aos meus bebês, Julia e Mateus, que compartilharam diretamente das alegrias e desafios deste último ano de doutorado.

... Ao Fábio Pauli Monguilhott, meu amor, companheiro, amigo e incentivador. Pela compreensão e paciência em todos os momentos.

... À minha família, por todos os ensinamentos, por apoiarem as minhas decisões e pelo amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Às mulheres e homens que aceitaram participar deste estudo, compartilhando suas experiências em uma fase tão significativa de suas vidas, minha eterna gratidão e carinho.

À minha orientadora, Prof^a Dra. Odaléa Maria Brüggemann, com quem compartilhei esses quatro anos de muito aprendizado e troca. pela sua forma de orientar, educar, transferir saberes e, em especial, pela sua compreensão e carinho. Agradeço por embarcar comigo nessa incrível aventura de realizar um ensaio clínico.

Aos membros da banca examinadora: Professoras Dra. Marli Terezinha Stein Backes, Dra. Maria Luiza Gonzalez Riesco Bellini, Dra. Roxana Knobel, Dra. Evangelia Kotzias Atherino Dos Santos e Dra. Camilla Alexandra Schneck, por compartilharem seus saberes e por todas as contribuições que permitiram a conclusão deste trabalho.

Ao programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e aos colegas do GRUPESMUR, pelo incentivo e carinho.

Ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, pelo apoio e incentivo para a realização deste doutoramento e, em especial, ao grupo de professores do Curso Técnico em Enfermagem.

Aos amigos Fernando Lauro Pereira, Letícia Colossi e Felipe Milani Queriquelli, por viabilizarem a construção do vídeo informativo acerca da massagem perineal, com tanto carinho e dedicação.

Às enfermeiras e amigas Manuela, Elisângela, Sandra, Renata e Tânia, por auxiliarem na coleta de dados informando sobre o parto das participantes sempre que possível.

Às alunas do projeto de extensão Mama-Flora, por se colocarem à disposição para auxiliar nas entrevistas quando necessário.

E à todos que, direta ou indiretamente contribuíram com a construção desse estudo.

MONGUILHOTT, Juliana Jacques da Costa. **Massagem perineal na gestação para prevenção do trauma perineal no parto: abordagem quantitativa e qualitativa**. 204f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil, 2018.

Orientadora: Odaléa Maria Brüggemann

Linha de pesquisa: O cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

RESUMO

OBJETIVOS: Avaliar a adesão das gestantes e seus acompanhantes à realização da massagem perineal digital durante a gestação e sua efetividade na prevenção do trauma perineal no parto e na redução de morbidades associadas nos 45 dias e 90 dias pós-parto; e compreender a experiência das mulheres e acompanhantes que realizaram esta prática na gestação. **MÉTODO:** realizou-se uma revisão integrativa da literatura incluindo artigos originais, com abordagem quantitativa e qualitativa, que avaliaram práticas realizadas no pré-natal para prevenção do trauma perineal no parto. Posteriormente, foi desenvolvida uma pesquisa de campo, adotando-se o método misto (quantitativo e qualitativo). Na abordagem quantitativa realizou-se um ensaio clínico randomizado - estudo-piloto, de março/2016 a dezembro/2017, com gestantes que pretendiam ter o parto em uma das maternidades públicas do município de Florianópolis/Santa Catarina, Brasil. Foram randomizadas 153 gestantes de risco habitual, sendo 78 alocadas no grupo intervenção (massagem perineal digital) e 75 no grupo controle (cuidados habituais). Os dados foram analisados no *Statistical Package for the Social Sciences*. A comparação das variáveis numéricas entre os grupos foi realizada pelo teste t independente ou U de Mann-Whitney. Para a associação de variáveis categóricas com os grupos intervenção e controle foi realizado o teste Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fischer, Riscos Relativos e intervalo de confiança. Comparou-se as variáveis referentes à massagem perineal entre a ausência/presença do desfecho principal e desfechos secundários. Na abordagem qualitativa foram realizados dois estudos exploratórios-descritivos com gestantes e acompanhantes que participaram do ensaio clínico. Foram entrevistadas 25 puérperas do grupo intervenção e 10 acompanhantes que realizaram a massagem perineal. As entrevistas foram transcritas e inseridas no

programa Atlas.ti8.0, sendo posteriormente analisadas pela técnica de conteúdo proposta por Bardin. RESULTADOS: foram apresentados em quatro manuscritos. No primeiro, revisão integrativa, identificou-se a inexistência de estudos controlados, realizados no Brasil, sobre a realização da massagem perineal digital pré-natal. No segundo, ensaio clínico, os resultados mostraram que todas as mulheres do grupo intervenção aderiram à massagem perineal digital, sendo que a maioria delas realizou a massagem conforme preconizado. A massagem perineal foi fator de proteção para o edema nos primeiros 10 dias pós-parto (RR 0,639; IC95% 0,412-0,991) e perda involuntária de gases 45 dias pós-parto (RR 0,570; IC95% 0,379-0,856). Nos demais desfechos não foram observadas diferenças significativas entre os grupos. No terceiro manuscrito, destaca-se que as mulheres criaram estratégias para superar as dificuldades na realização da massagem e relataram as contribuições dessa prática para: maior consciência corporal; prevenção do trauma perineal; recuperação pós-parto; e aumento da intimidade com o companheiro. No quarto manuscrito, a massagem perineal foi uma experiência positiva para a maioria dos acompanhantes, proporcionando a participação nos cuidados durante a gestação e o aumento do vínculo com a companheira e o bebê. CONCLUSÃO: a massagem perineal digital é fator de proteção para o edema perineal nos 10 primeiros dias pós-parto e perda involuntária de gases 45 dias pós-parto, referidos pelas mulheres. Essa prática, de maneira geral, foi aderida pelas mulheres e os acompanhantes que a realizaram. Registro Brasileiro de ensaio clínico: RBR-4MSYDX.

Palavras-chave: ensaio clínico; períneo; cuidado pré-natal; trauma; episiotomia.

MONGUILHOTT, Juliana Jacques da Costa. **Perineal massage during pregnancy for prevention of perineal trauma in birth: quantitative and qualitative approach.** 204f. Tesis (Ph. D.) - Graduate Program in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianopolis. Brasil, 2017.

Adviser: Odaléa Maria Bruggemann

Researching line: Women and Newborns Health Nursing Care

ABSTRACT

OBJECTIVES; To evaluate the adhesion of pregnant women and their companions to the performance of digital perineal massage during pregnancy and its effectiveness in the prevention of perineal trauma at delivery and in the reduction of associated morbidities at 45 days and 90 days postpartum; and to understand the experience of women and companions who performed this practice during pregnancy. **METHOD:** An integrative review of the literature was carried out, including original articles, with quantitative and qualitative approach, that evaluated prenatal practices for the prevention of perineal trauma at delivery. Subsequently, a field research was developed, adopting the mixed method (quantitative and qualitative). In the quantitative approach, a randomized clinical trial - a pilot study, from March/2016 to December/2017, was carried out with pregnant women who intended to deliver in one of the public maternity hospitals in the city of Florianópolis/Santa Catarina, Brazil. A total of 153 pregnant women at usual risk were randomized, of which 78 were allocated to the intervention group (performed perineal digital massage) and 75 to the control group (usual care). The data were analyzed in the *Statistical Package for the Social Sciences*. The comparison of numeric variables between groups was performed by independent t-test or Mann-Whitney U test. For the association of categorical variables with the intervention and control groups, Pearson's Chi-Square test or Fischer's Exact test, Relative Risks and confidence interval were performed. The variables related to perineal massage between the absence/presence of the main outcome and secondary outcomes were compared. In the qualitative approach two exploratory-descriptive studies were carried out with pregnant women and companions who participated in the clinical trial. 25 postpartum women from the intervention group and 10 companions who performed the perineal massage were interviewed. The interviews

were transcribed and inserted in the program Atlas.ti 8.0, and later analyzed by the technique of content proposed by Bardin. RESULTS: they were presented in four manuscripts. In the first, integrative review, it was identified the inexistence of controlled studies, carried out in Brazil, on the realization of prenatal digital perineal massage. In the second, clinical trial, the results showed that all the women in the intervention group adhered to digital perineal massage, and most of them performed the massage as recommended. The perineal massage was a protective factor for the edema in the first 10 days postpartum (RR 0.639; 95% CI 0.412-0.991) and for the involuntary loss of gases 45 days postpartum (RR 0.570, 95% CI 0.379-0.856). In other outcomes, no significant differences were observed between groups. In the third manuscript, it is pointed out that women have created strategies to overcome the difficulties encountered in performing the massage and reported the contributions of this practice as: increased body awareness; prevention of perineal trauma; postpartum recovery and increased intimacy with the companion. In the fourth manuscript, performing perineal massage was a positive experience for most of the companions, providing direct participation in gestational care and increased bonding with the mother and the infant. CONCLUSION: digital perineal massage is a protective factor for perineal edema in the first 10 days postpartum and involuntary loss of gases 45 days postpartum, reported by women. This practice, in general, was adhered by the women and the companions who performed it. Brazilian Clinical Trials Registry: RBR-4MSYDX.

Keywords: Clinical Trial; Perineum; Prenatal Care; Wounds and Injuries; Episiotomy

MONGUILHOTT, Juliana Jacques da Costa. **Masaje perineal en el embarazo para prevención del trauma perineal en el parto: enfoque cuantitativo y cualitativo.** 204f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Pós-Grado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2017.

Orientadora: Odaléa Maria Bruggemann

Línea de investigación: El cuidado en Enfermería a la Salud de la Mujer y del Recién Nacido.

RESUMEN

OBJETIVOS: Evaluar la adhesión de las embarazadas y sus acompañantes a la realización del masaje perineal digital durante el embarazo y su efectividad en la prevención del trauma perineal en el parto, y en la reducción de morbilidades asociadas en los 45 días y 90 días después del parto; y comprender la experiencia de las mujeres y acompañantes que realizaron esta práctica en el embarazo. **MÉTODO:** se realizó una revisión integradora de la literatura incluyendo artículos originales, con enfoque cuantitativo y cualitativo, que evaluaron prácticas realizadas en el prenatal para prevención del trauma perineal en el parto. Posteriormente, se desarrolló una investigación de campo, adoptando el método mixto (cuantitativo y cualitativo). En el enfoque cuantitativo se realizó un ensayo clínico randomizado - estudio piloto, de marzo/2016 a diciembre/2017, con embarazadas que pretendían dar a luz en una de las maternidades públicas del municipio de Florianópolis/Santa Catarina, Brasil. 153 embarazadas de riesgo normal fueron asignadas al azar, de las cuales 78 fueron alocadas al grupo de intervención (masaje perineal digital) y 75 al grupo de control (cuidados habituales). Los datos fueron analizados en el *Statistical Package for the Social Sciences*. La comparación de las variables numéricas entre los grupos fue realizada por el test t independiente o U de Mann-Whitney. Para la asociación de variables categóricas con los grupos intervención y control se realizó el test Qui-Cuadrado de Pearson o Exacto de Fischer, Riesgos Relativos e intervalo de confianza. Se compararon las variables referentes al masaje perineal entre la ausencia/presencia del resultado principal y resultados secundarios. En el enfoque cualitativo se realizaron dos estudios exploratorios-descriptivos con embarazadas y acompañantes que participaron en el ensayo clínico. Se entrevistaron 25 puerperas del grupo de intervención y 10 acompañantes que realizaron

el masaje perineal. Las entrevistas fueron transcritas e insertadas en el programa Atlas.ti8.0, siendo posteriormente analizadas por la técnica de contenido propuesta por Bardin. RESULTADOS: se presentaron en cuatro manuscritos. En el primero, revisión integradora, se identificó la inexistencia de estudios controlados, realizados en Brasil, sobre la realización del masaje perineal digital prenatal. En el segundo, ensayo clínico, los resultados mostraron que todas las mujeres del grupo de intervención adhirieron al masaje perineal digital, siendo que la mayoría realizó el masaje conforme fue instruido. El masaje perineal fue factor de protección para la ocurrencia de edema en los primeros 10 días post-parto (RR 0,639, IC 95% 0,412-0,991) y para la pérdida involuntaria de gases 45 días post-parto (RR 0,570, IC 95% 0,379-0,856), según el relato de las mujeres, siendo una práctica bien aceptada. En los demás resultados no se observaron diferencias significativas entre los grupos. En el tercer manuscrito, se destaca que las mujeres crearon estrategias para superar las dificultades encontradas en la realización del masaje y relataron las contribuciones de esta práctica para una mayor conciencia corporal; prevención del trauma perineal; recuperación posparto, y aumento de la intimidad con el compañero. En el cuarto manuscrito, la realización del masaje perineal fue una experiencia positiva para la mayoría de los acompañantes, proporcionando la participación directa en los cuidados durante el embarazo y el aumento del vínculo con la compañera y el bebé. CONCLUSIÓN: El masaje perineal digital es un factor de protección para el edema perineal en los primeros 10 días post-parto y pérdida involuntaria de gases 45 días post-parto, manifestado por las mujeres. Esta práctica, en general, fue adherida por las mujeres y los acompañantes que la realizaron. Registro Brasileiro de ensayo clínico: RBR-4MSYDX.

Palabras clave: Ensayo Clínico; perineo; Atención Prenatal; Heridas y Lesiones; episiotomía

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	19
2. OBJETIVOS.....	25
3. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA.....	27
3.1 AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS ACERCA DA EPISIOTOMIA.....	27
3.2 LACERAÇÕES PERINEAIS ESPONTÂNEAS.....	32
3.3 PRÁTICAS PARA PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL.....	33
4. MÉTODO.....	37
4.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA.....	38
4.1.1 Tipo de estudo.....	38
4.1.2 Tamanho da amostra.....	39
4.1.3 Seleção dos participantes.....	39
4.1.4 Intervenção.....	41
4.1.5 Variáveis.....	41
4.1.6 Coleta de dados.....	47
4.1.7 Análise dos dados.....	52
4.2 ABORDAGEM QUALITATIVA.....	52
4.2.1 Tipo de estudo.....	52
4.2.2 Participantes.....	53
4.2.3 Coleta de dados.....	53
4.2.4 Análise dos dados.....	54
4.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	55
5. RESULTADOS.....	57
5.1 MANUSCRITO 1 - MASSAGEM PERINEAL PRÉ- NATAL PARA PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL NO PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	57
5.2 MANUSCRITO 2 - EFETIVIDADE DA MASSAGEM PERINEAL DIGITAL NA GESTAÇÃO PARA PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL: ESTUDO PILOTO DE UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO....	82
5.3 MANUSCRITO 3 - EXPERIÊNCIA DAS MULHERES QUE VIVENCIARAM A MASSAGEM PERINEAL DURANTE A GESTAÇÃO.....	105
5.4 MANUSCRITO 4 – MASSAGEM PERINEAL DURANTE A GESTAÇÃO: EXPERIÊNCIA DOS ACOMPANHANTES.....	127
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	155

REFERÊNCIAS.....	159
APÊNDICES.....	169
APÊNDICE A – VÍDEO EXPLICATIVO: MASSAGEM PERINEAL DIGITAL.....	169
APÊNDICE B – FOLDER DE ORIENTAÇÕES PARA O GRUPO INTERVENÇÃO - MASSAGEM PERINEAL DIGITAL.....	170
APÊNDICE C – CHECK LIST.....	175
APÊNDICE D – FOLDER DE ORIENTAÇÕES PARA AS GESTANTES.....	176
APÊNDICE E – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA: CARACTERIZAÇÃO DOS ACOMPANHANTES.....	178
APÊNDICE F – MODELO DE DIÁRIO.....	180
APÊNDICE G – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA: PUÉRPERAS E ACOMPANHANTES 24 - 48 HORAS PÓS-PARTO.....	182
APÊNDICE H – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO E DO CARTÃO PRÉ-NATAL.....	189
APÊNDICE I – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA POR TELEFONE: 45 DIAS PÓS-PARTO.....	192
APÊNDICE J – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA POR TELEFONE: 90 DIAS PÓS-PARTO.....	194
APÊNDICE K – GUIA DE TÓPICOS PARA ENTREVISTA: PUÉRPERA.....	195
APÊNDICE L – GUIA DE TÓPICOS PARA ENTREVISTA: ACOMPANHANTE.....	197
APÊNDICE M – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -GESTANTE.....	198
APÊNDICE N – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -ACOMPANHANTE.....	202

1. INTRODUÇÃO

Os problemas advindos da parturição provocaram na história da humanidade uma série de mudanças relacionadas ao processo de nascimento. Gradativamente, as mulheres deixaram de parir de forma isolada e instintiva e passaram a auxiliar umas às outras, fazendo surgir as parteiras tradicionais, mulheres que, através dos conhecimentos adquiridos a partir de sua própria multiparidade e prática tocológica, mantiveram o parto como um evento predominantemente feminino até o final da idade média (MELO, 1983).

Fatores sociais, culturais e econômicos, como o surgimento do capitalismo industrial e o advento da medicina científica, fizeram com que o conhecimento médico, capaz de realizar procedimentos e administrar medicamentos, se sobrepusesse ao saber empírico das parteiras (MELO, 1983; DESLANDES, 2006).

Com o discurso humanitário de resolver o problema da dor na parturição e uma visão mecanicista do corpo feminino, observa-se no século XVII a entrada dos cirurgiões na cena do parto e a invenção de instrumentos como o fórceps, que prometiam resolver os problemas que o corpo poderia apresentar na hora do parto (MARTINS, 2004; DIAS, DESLANDES, 2006).

A instituição médica consolidou seu controle sobre o processo reprodutivo, até então visto como de domínio das mulheres, a partir do século XX. No Brasil, foram incluídas como rotina a realização de episiotomia e, em muitos serviços, a extração do feto com o uso de fórceps nas primíparas (DINIZ, 2005). Ao institucionalizar o parto, foram desenvolvidas e utilizadas várias práticas para corrigir a dinâmica, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do nascimento, com o objetivo de obter melhores resultados obstétricos e neonatais e, em algumas instituições hospitalares, racionalizar padrões de trabalho. Entretanto, nos países que adotaram essas condutas de forma generalizada, se questiona cada vez mais se todas essas intervenções são valiosas ou desejáveis (WHO, 1996).

Cabe ressaltar que, quando aplicadas de forma adequada e pautadas nas melhores evidências científicas disponíveis, as tecnologias podem trazer muitos benefícios à parturiente e ao concepto. Entretanto, quando utilizadas de forma excessiva e sem critério, meramente por rotinas institucionais, podem desencadear uma cascata de intervenções que colocam em risco a saúde do binômio mãe-bebê (DINIZ, CHACHAM, 2004; VOGT et al, 2011; SOUZA, PILEGGI-CASTRO,

2014).

A busca e estímulo por uma assistência obstétrica brasileira baseada em evidências já ocorre há mais de duas décadas. Em 1996, com base nas evidências científicas sobre gravidez e parto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) sintetizou os efeitos de cada intervenção no parto e publicou um guia com as recomendações para a assistência ao parto normal, classificando o uso rotineiro de episiotomia como uma prática frequentemente utilizada de modo inadequado (OMS, 1996). Apesar destas evidências, muitas intervenções consideradas claramente prejudiciais continuaram sendo frequentemente utilizadas em diversas instituições de saúde (D'ORSI et al, 2005; SCHNECK, RIESCO, 2006; FOGAÇA, SCHNECK, RIESCO, 2007; OLIVEIRA et al., 2008; LEAL et al, 2014).

Durante o mestrado tive a oportunidade de identificar e analisar quais boas práticas estão sendo implementadas nas instituições de saúde da Região Sul do Brasil e qual a associação entre a presença do acompanhante e a implementação das boas práticas na atenção ao parto, a partir dos dados da Pesquisa Nascer no Brasil. Mais da metade das mulheres estudadas (52,3%) relataram a ocorrência de episiotomia (MONGUILHOTT et al, 2018), enquanto a OMS considera a porcentagem de episiotomia de 10% como uma boa meta a ser adotada. A elevada prevalência encontrada nos partos da América Latina quando comparado aos países europeus que são considerados como tendo uma atenção obstétrica de qualidade (CARROLI; MIGNINI, 2009), também foi evidenciada neste estudo.

O fim da episiotomia de rotina tem sido uma reivindicação dos movimentos sociais que lutam por respeito no parto e o fim da violência obstétrica. Em agosto de 2012, as mulheres brasileiras realizaram a Marcha pela Humanização da Assistência ao Parto, envolvendo milhares de manifestantes em diversas cidades. Entre outras reivindicações, gritavam que não querem ter os seus períneos cortados, dizendo não à mutilação genital representada pela episiotomia desnecessária (FOLHA DE SÃO PAULO, 2012).

Como enfermeira obstétrica, acompanhando partos domiciliares em Florianópolis, considero que muitas intervenções podem ser evitadas quando, além de respeitar a fisiologia do nascimento, empoderamos a mulher sobre o seu processo de gestação e parto, orientando, esclarecendo todas as dúvidas e desvelando os medos que surgem em todo o período gestacional, bem como no parto e no puerpério. As mulheres que optam pelo parto domiciliar são estimuladas a realizar a massagem perineal a partir de 34 semanas de gestação e têm o período

expulsivo conduzido de forma tranquila e natural, a fim de proteger o períneo. Observa-se de forma empírica que, quando realizada pelo companheiro, a massagem parece ser ainda mais efetiva na prevenção do trauma perineal, pois permite que a mulher se concentre no relaxamento e não controle a técnica, assemelhando-se à pressão exercida pelo bebê no momento do nascimento.

Revisão sistemática publicada na *Cochrane Library*, atualizada em 2015, incluindo quatro ensaios clínicos randomizados (ECRs), aponta que a massagem perineal após 34 semanas de gestação reduz as lacerações com necessidade de sutura, a episiotomia e a dor pós-parto. Apesar da ocorrência de algum desconforto transitório nas primeiras semanas de realização da massagem, a técnica é geralmente bem aceita pelas mulheres (BECKMANN; STOCK, 2015). Os autores da referida revisão concluíram que, apesar de existirem dados razoáveis que apontam a redução do trauma perineal requerendo sutura em mulheres que praticam a massagem perineal durante a gestação, os achados relacionados à dor perineal, satisfação sexual e à incontinência são decorrentes de apenas um estudo (LABREQUE et al., 1999) e precisam de confirmação. Além disso, antes de chegar a conclusões que possam ser generalizáveis às múltiparas, afirmam que é necessário ampliar os achados sobre os efeitos da massagem perineal neste grupo de mulheres (BECKMANN; STOCK, 2015).

Dessa forma, considera-se que são necessários estudos experimentais para avaliar a adesão das mulheres à realização da massagem perineal na realidade brasileira, uma vez que essa é uma prática de baixo custo, pode ser realizada pela própria gestante e/ou seu companheiro e parece contribuir para a preservação do períneo. Esta proposta de estudo objetivou aprofundar as múltiplas questões envolvidas com o tema, através dos questionamentos: Qual a adesão das gestantes e seus acompanhantes à realização da massagem perineal digital durante a gestação? Qual a melhor forma de realizar essa intervenção de forma que seja factível na realidade brasileira? Quais os efeitos da massagem perineal, realizada pela gestante e/ou companheiro durante a gestação, sobre a ocorrência do trauma perineal no parto, e sobre as morbidades relacionadas ao períneo 45 dias e 90 dias após o parto? Qual a percepção das mulheres e dos acompanhantes sobre a realização da massagem perineal?

Considerando a complexidade que envolve implementar a massagem perineal como uma prática de cuidado às mulheres no pré-natal, a presente pesquisa utilizou os fundamentos do método misto, com abordagem quantitativa e qualitativa em diferentes etapas da

investigação. Segundo Creswell e Clarck (2013):

Nos métodos mistos o pesquisador: coleta e analisa de modo persuasivo e rigoroso tanto os dados qualitativos quanto os quantitativos (tendo por base as questões de pesquisa; mistura (ou integra ou vincula) as duas formas de dados concomitantemente, combinando-os (ou misturando-os) de modo sequencial, fazendo um construir o outro ou incorporando um no outro; dá prioridade à uma ou a ambas as formas de dados (em termos do que a pesquisa enfatiza); usa esses procedimentos em um único estudo ou em múltiplas fases de um programa de estudo; estrutura esses procedimentos de acordo com visões de mundo filosóficas e lentes teóricas; e combina os procedimentos em projetos de pesquisa específicos que direcionam o plano para a condução do estudo (Creswell; Clarck, 2013,p. 22).

Na abordagem quantitativa foi realizado um estudo piloto de ECR para avaliar a adesão das gestantes e seus acompanhantes à realização da massagem perineal digital durante a gestação, os parâmetros necessários para estabelecer o tamanho da amostra e definir a melhor forma de realizar essa intervenção na realidade brasileira, bem como a efetividade da massagem para a prevenção do trauma perineal no parto e na redução de morbidades associadas nos 45 dias e 90 dias pós-parto. Por meio da abordagem qualitativa - estudo exploratório-descritivo, buscou-se conhecer a percepção dos acompanhantes e das mulheres sobre a experiência de realizar a massagem perineal durante a gestação.

Ambas as abordagens, quantitativa e qualitativa, foram necessárias para abarcar a realidade observada, pois além de avaliar a adesão e a viabilidade da massagem perineal na realidade brasileira, era necessário aprofundar as questões subjetivas levantadas pelos principais atores envolvidos: gestantes e seus companheiros (LUZ et al., 2015). A produção desse conhecimento poderá contribuir para que as gestantes brasileiras utilizem a massagem perineal como uma técnica para a prevenção do trauma perineal no parto, sendo uma prática que preserva a autonomia e liberdade da mulher.

Importante destacar que é uma prática que não traz ônus financeiros para a gestante nem para os serviços de saúde, dependendo apenas de protocolos assistenciais e treinamento dos profissionais. Na atual conjuntura, em que se busca a redução das intervenções desnecessárias, o fim da violência obstétrica, a inclusão de boas práticas e o resgate da autonomia feminina no cenário obstétrico, é fundamental conhecer a percepção das mulheres e dos acompanhantes de sua escolha sobre essa prática. Além disso, a divulgação dos achados dessa pesquisa na comunidade científica poderá contribuir com a literatura nacional acerca das evidências científicas na atenção ao ciclo gravídico-puerperal e estimular outras investigações sobre o tema.

2. OBJETIVOS

- Identificar as práticas realizadas durante a gestação para a prevenção do trauma perineal no parto, nas publicações com abordagem quantitativa e qualitativa;
- Avaliar a adesão das gestantes e seus acompanhantes à realização da massagem perineal digital durante a gestação e sua efetividade na prevenção do trauma perineal no parto e na redução de morbidades associadas nos 45 dias e 90 dias pós-parto;
- Compreender a experiência das mulheres que realizaram a massagem perineal digital durante a gestação;
- Compreender a experiência dos acompanhantes que realizaram a massagem perineal em suas companheiras durante a gestação.

3. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Durante o período expulsivo, na saída da apresentação fetal, a maioria das parturientes brasileiras sofre algum tipo de trauma perineal, em razão de lacerações espontâneas ou como consequência da episiotomia. Alguns profissionais acreditam que a episiotomia de rotina, incisão cirúrgica do períneo com o objetivo teórico de ampliar o canal de parto e facilitar o desprendimento fetal, evitará lacerações graves durante o parto. Por outro lado, uma episiotomia representa a certeza de um trauma perineal com necessidade de sutura e muitos outros profissionais atualmente questionam suas reais indicações.

Nesse capítulo serão abordados os aspectos relacionados com a prática da episiotomia, as lacerações perineais espontâneas e as práticas para a prevenção do trauma perineal no parto.

3.1 AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS ACERCA DA EPISIOTOMIA

A prática da episiotomia foi historicamente introduzida no século XVIII por Sir Fielding Ould, obstetra irlandês, para ajudar o desprendimento fetal em partos difíceis. Em 1847, Dubois sugeriu a realização de uma incisão oblíqua no períneo, atualmente conhecida como episiotomia médio-lateral. No entanto, em função da falta de disponibilidade de anestesia e das altas taxas de infecção, este procedimento não ganhou popularidade na mesma época (MYERS-HELFGOTT, HELFGOTT, 1999; NUGENT, 1935).

Foi somente no século XX, período em que o parto começou a ser visto como um processo patológico e dependente de intervenções médicas para prevenir lesões maternas e fetais, que a episiotomia começou a ser utilizada em maior escala em diversos países, sobretudo nos Estados Unidos da América e países latino-americanos, entre eles o Brasil (MYERS-HELFGOTT; HELFGOTT, 1999).

Desde então, obstetras famosos começaram a recomendar e difundir a episiotomia, justificando ser indispensável para a proteção perineal em todas as primiparurientes e nas múltiparas em que essa prática tenha sido anteriormente realizada. Infelizmente, esta concepção passou a ser aceita como verdade incontestável e transcrita em diversos livros de Obstetrícia que são utilizados até hoje (LEIFER, 2013; POSNER et al, 2014), embora não existam evidências científicas confiáveis de sua efetividade e segurança. Além disso, alguns autores mencionam que a prática da episiotomia aumentou consideravelmente a partir de 1950 porque muitos médicos acreditavam que sua realização

reduzia significativamente o período expulsivo, o que lhes permitia atender rapidamente a grande demanda de partos hospitalares, muitas vezes simultâneos (MYERS-HELFGOTT; HELFGOTT, 1999).

Com a adoção do parto em posição horizontal e da prática sistemática do fórceps de alívio, o uso da episiotomia se tornou ainda mais frequente, justificando-se pela necessidade de um maior espaço para a manipulação vaginal. Popularizou-se também a posição de talha litotômica, apesar de todos os seus inconvenientes, já conhecidos à época, porque garantia melhor acesso do obstetra ao canal de parto (MYERS-HELFGOTT; HELFGOTT, 1999).

Na década de 70, os movimentos de mulheres e as campanhas em favor do parto ativo contribuíram para a primeira redução no uso do procedimento. Em 1983, importante revisão interpretativa da literatura inglesa declarou que não há nenhuma evidência claramente definida para a eficácia ou uso rotineiro da episiotomia, apresentando riscos associados à sua realização: dor, edema, infecção, hematoma e dispareunia (THACKER; BANTA, 1983), fazendo despertar o interesse de investigar esta intervenção.

Observa-se que a realização de episiotomia está associada à diferentes variáveis clínicas e que, na verdade, sua ocorrência faz parte de uma cascata de intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto, muitas vezes desnecessariamente. Estudo descritivo, transversal e analítico de 12.093 partos em um hospital terciário encontrou uma porcentagem global de episiotomias de 50%. As variáveis clínicas que apresentaram uma associação significativa foram: primiparidade (RR=2,98), idade gestacional > 41 semanas (RR=1,2), início do parto estimulado ou induzido (RR=1,33), uso de analgesia epidural (RR=1,95), uso de ocitocina (RR=1,58), posição de litotomia durante a expulsão fetal (RR=6,4) e instrumentação (RR=1,84) (BALLESTEROS-MESEGUER et al., 2016). Revisão sistemática da literatura também descreveu outros fatores relacionados à prática da episiotomia e que são mais analisados pelos estudos brasileiros, incluindo condições maternas, condições fetais e condições assistenciais (SANTOS; SANTOS, 2016).

Os achados da revisão sistemática publicada na *Cochrane Library* sobre o uso de episiotomia para o parto vaginal, incluindo oito ECRs (5.541 mulheres), apontaram que o uso restrito de episiotomia parece oferecer uma série de benefícios em comparação com o seu uso de forma rotineira, tais como menor ocorrência de trauma perineal grave (RR 0,67; IC 95% 0,49 - 0,91) e trauma perineal posterior (RR 0,88; IC 95% 0,84 - 0,92), menores índices de sutura (RR 0,71; IC 95% 0,61 -

0,81) e menos complicações nos primeiros sete dias de recuperação pós-parto (RR 0,69; IC 95% 0,56 – 0,85) (CARROLI; MIGNINI, 2015). Na atualização da referida revisão, realizada após dois anos, os autores concluíram que não há evidências atuais que justifiquem a crença de que a episiotomia de rotina reduz o trauma perineal/vaginal, e que são necessários mais estudos para avaliar se seu uso rotineiro seria útil para o grupo específico de parturientes que necessitam de um parto instrumental (JIANG et al., 2017).

Um estudo publicado em 2012 demonstrou que, mesmo em condições obstétricas adversas, a taxa de lacerações de 3º e 4º grau aumenta quando se realiza episiotomia. A análise estratificada revelou que a episiotomia médio-lateral é um fator de risco independente para lacerações perineais de terceiro ou quarto grau, mesmo em condições críticas, como macrosomia (OR = 2,3), parto instrumental (OR = 1,8), padrão não-tranquilizador da frequência cardíaca fetal (OR = 2,1), posição occipito-posterior (OR = 2,3) e distância de ombro (OR = 2,3) (STEINER et al., 2012).

Baseando-se nos resultados da revisão sistemática e de diversos outros estudos randomizados, Amorim e Katz (2008), afirmam que: não há diferença nos resultados perinatais nem redução da incidência de asfixia nos partos com ou sem episiotomia; não há proteção do assoalho pélvico materno; a perda sanguínea é mais volumosa, utiliza-se mais quantidade de fios para sutura e há mais dor perineal quando se realiza episiotomia. Além disso, a episiotomia é *per se* uma laceração perineal de 2º grau, de pior prognóstico que a maioria das lacerações espontâneas de 1º e 2º graus; a realização sistemática de episiotomia tende a elevar o risco de lesão perineal grave e de qualquer lesão perineal posterior; a episiotomia aumenta a chance de dor pós-parto e dispareunia, podendo cursar com complicações como edema, deiscência, infecção e hematoma; e acarreta maiores custos hospitalares.

A OMS não proíbe a prática de episiotomia, mas recomenda a restrição do seu uso, admitindo-se que em alguns casos ela pode ser necessária. Entretanto, recomenda que a taxa de episiotomia não deve ultrapassar 10%, taxa essa encontrada no ensaio clínico randomizado realizado na Inglaterra, sem associação com riscos maternos ou neonatais. Muitos países europeus já apresentam taxas semelhantes (SLEEP, GRANT GARCIA, 1984; WHO, 1996).

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) não recomenda a episiotomia rotineira e ressalta a importância de que, como todo procedimento cirúrgico, só deveria ser realizada com o consentimento, após informação da

parturiente (BRASIL, 2001).

Em 2006, o American *College of Obstetricians and Gynecology* (ACOG) estabeleceu que o uso de episiotomia deve ser restrito e que os médicos devem ser encorajados a usar seu raciocínio clínico para decidir quando o procedimento é necessário, pois não existem evidências clínicas que corroborem qualquer indicação de episiotomia (ACOG, 2006).

No Brasil, mesmo com o visível declínio no uso de episiotomia, observado em serviços isolados, infelizmente a situação ainda é crítica. Apesar do recente apoio das políticas nacionais às parteiras e à criação dos Centros de Parto Normal (CPN), a grande maioria dos partos são assistidos por médicos e, embora não existam dados precisos no sistema de informações do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à utilização de episiotomia na atenção aos partos, trata-se de um dos procedimentos cirúrgicos mais utilizados e banalizados no sistema público de saúde (DINIZ; d'OLIVEIRA; LANSKY, 2012). É surpreendente a elevada prevalência de episiotomia entre os partos na América Latina, sendo uma intervenção de rotina em diversos países, comparado à prevalência reduzida em alguns países da Europa, que são considerados como tendo uma atenção obstétrica de qualidade (CARROLI; MIGNINI, 2009).

Quando realizada sem indicação ou sem o consentimento da parturiente, a episiotomia constitui uma verdadeira mutilação genital feminina, podendo acarretar graves danos à saúde da mulher (WAGNER, 1999). Pesquisa qualitativa realizada com mulheres no Sul do Brasil denunciou um dado alarmante: apesar das evidências atuais acerca do uso rotineiro de episiotomia, 76,27% (n=45) das parturientes foram submetidas à esta intervenção cirúrgica sem o consentimento ou conhecimento prévio. Os relatos das mulheres demonstraram que a realização da episiotomia representou uma violação dos direitos sexuais, reprodutivos e emocionais das mesmas (GARRETT; OSELAM; NEVES, 2017).

Dados da Pesquisa Nacer no Brasil, estudo de base hospitalar realizado em 2011/2012 com 23.894 mulheres, demonstram que 56,1% das mulheres foram submetidas à episiotomia durante o período expulsivo, sendo 74,6% quando analisadas somente as parturientes primíparas, (LEAL et al., 2014), muitas vezes sem sua ciência e/ou consentimento. A manutenção de uma prática obstétrica simplesmente por rotina, apesar de todas as evidências atuais, fortalece um padrão ritualístico, característico do modelo tecnocrático apresentado por Robbie Davis-Floyd (DAVIS-FLOYD, 2001).

Apesar da recomendação de não se realizar episiotomia de

rotina, com todas as evidências disponíveis corroborando sua realização ao menos seletiva, persistem dúvidas sobre quais seriam as reais indicações de se realizar episiotomia na prática obstétrica moderna (AMORIM, 2008). Isso porque até mesmo nos partos instrumentais (fórceps ou vácuo-extração), a combinação com episiotomia resulta em aumento das lacerações graves de períneo, com possível comprometimento da função anal (KUDISH et al., 2006). O essencial é que episiotomia de rotina deve ser evitada, e que não existem evidências sólidas corroborando qualquer indicação para a sua realização.

Alguns autores sugerem um protocolo de não realização de episiotomia, somado às estratégias de proteção perineal (AMORIM et al, 2009; AMORIM et al, 2010). Hartmann e colaboradores (2005), em revisão sistemática das melhores evidências disponíveis acerca dos resultados maternos de uso rotineiro *versus* uso restritivo da episiotomia, concluíram que na ausência de benefício e com um potencial de dano, um procedimento deve ser abandonado.

Um ECR comparou os resultados maternos e perinatais em 115 mulheres submetidas a um protocolo de não realização de episiotomia e 122 mulheres em que a episiotomia poderia ser utilizada seletivamente. Não houve diferença entre os dois grupos em relação aos desfechos maternos e perinatais; a taxa de episiotomia foi semelhante nos dois grupos, ocorrendo em 1,7% do total de mulheres, bem como a duração da segunda fase do trabalho de parto, a frequência de laceração do períneo e a perda de sangue no parto. Os autores apontam para a necessidade de realização de outros estudos para investigar se há, de fato, qualquer indicação desse procedimento na prática obstétrica atual (AMORIM et al., 2015).

Há evidências recentes de que o tipo de profissional que realiza a assistência ao parto também influencia diretamente na ocorrência do trauma perineal. Estudo que teve por objetivo descrever a participação de enfermeiras e enfermeiras obstétricas no atendimento ao parto no Brasil, nos anos de 2011 e 2012, demonstrou que nas maternidades onde as enfermeiras/enfermeiras obstétricas atuam diretamente na assistência ao parto observou-se significativamente menor probabilidade de episiotomia (OR = 0,54) (GAMA et al, 2016). Por outro lado, estudo que apresentou elevadas proporções de episiotomia parece relacionar as altas taxas do procedimento ao fato de a instituição ser campo de ensino prático, onde os profissionais continuam realizando esse procedimento para seu aprendizado (FRANCISCO et al, 2011).

Apesar dos muitos desafios, diversas ações isoladas no território brasileiro vêm demonstrando os resultados positivos acerca do uso

restritivo da episiotomia, contribuindo para a mudança do modelo obstétrico vigente. Estudos recentes divulgam experiências exitosas, como a de um grupo de residentes de enfermagem obstétrica que participou da assistência de 827 partos normais no período de março de 2012 a fevereiro de 2014, em uma maternidade pública do Rio de Janeiro, e alcançou uma taxa de 5,1% de episiotomia nos partos normais atendidos (SANTOS et al., 2017). Outro estudo, realizado em Minas Gerais, em instituição onde médicos e enfermeiras obstétricas atuam conjuntamente, apesar de serem identificadas várias práticas que reproduzem o modelo tecnocrático de assistência, a taxa de episiotomia descrita foi de 8,4% (SOUSA et al., 2016).

3.2 LACERAÇÕES PERINEAIS ESPONTÂNEAS

Segundo a extensão, as lacerações perineais podem ser classificadas da seguinte forma: primeiro grau – lesão da pele do períneo e/ou da mucosa vaginal; segundo grau – lesão do períneo envolvendo os músculos, mas não o esfíncter anal; terceiro grau- lesão do períneo envolvendo o esfíncter anal; e quarto grau – lesão do períneo envolvendo o esfíncter anal (externo e interno) e a mucosa anorretal (ACOG, 2016).

Destaca-se que existem variações na classificação das condições do períneo no parto e na descrição do local das lacerações perineais, sendo necessários novos estudos que proponham uma padronização e um modelo de classificação da localização do trauma perineal no parto normal (CAROCI et al., 2014). Além disso, as lacerações na parede vaginal são frequentes, mas devido à dificuldade de visualização podem não ser percebidas pelo profissional que assistiu o parto (LEITE, 2012), prejudicando o registro.

Cerca de 53 a 79% das mulheres apresentam algum tipo de laceração no parto vaginal, sendo as mais frequentes as lacerações perineais de primeiro e de segundo graus (ACOG, 2016). Este trauma pode provocar diversas implicações clínicas, que dependem do grau e localização da lesão. Na região posterior do períneo, as implicações como dor e problemas na cicatrização parecem estar relacionadas à profundidade, aos tecidos afetados e à perda sanguínea. Por outro lado, na região anterior geralmente as lacerações são mais superficiais e cicatrizam mais rápido, entretanto podem provocar bastante desconforto, como ardência ao urinar (LEITE, 2012).

Vários fatores podem influenciar na ocorrência do trauma perineal no momento do nascimento, incluindo o profissional que está

realizando a assistência (HODNETT et al, 2011) e a posição materna (GUPTA; HOFMEYR; SHEHMAR, 2012). Estudo de coorte retrospectivo também encontrou associação significativa entre a ocorrência de lacerações e a idade materna, a idade gestacional no parto e o peso do bebê ao nascer (OTT, et al, 2015).

Estudo com desenho quase-experimental, realizado com 70 nulíparas, encontrou a ocorrência de laceração perineal em 81,1% dos partos atendidos com manejo ativo do segundo período e 82,4% naqueles com manejo expectante (RIESCO et al., 2007). Em outro modelo de atenção ao parto, estudo realizado com 6365 mulheres assistidas por enfermeiras obstétricas em um hospital geral, encontrou uma taxa de 45,5% de lacerações espontâneas e apenas 28,6% de integridade perineal preservada (RIESCO et al., 2011).

Dados apontam que a localização da laceração perineal parece não estar relacionada com a posição materna no parto, variedade de posição no desprendimento cefálico, circular de cordão umbilical e peso do RN, mas sim com o tipo de puxo (CAROCI et al., 2014). O profissional de saúde deve apoiar os puxos espontâneos em mulheres sem analgesia, evitando puxos dirigidos e oferecendo outras estratégias para auxiliar o nascimento, como suporte, mudança de posição, esvaziamento da bexiga e encorajamento. Mesmo em mulheres com analgesia regional, a indicação é adiar a indução ao puxo por pelo menos 1 hora ou mais, após a confirmação da dilatação cervical complete (BRASIL, 2017).

3.3 PRÁTICAS PARA PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL NO PARTO

Considerando as evidências científicas sobre o uso seletivo ou rotineiro de episiotomia e a taxa elevada de trauma perineal no momento do parto, diferentes técnicas e intervenções estão sendo utilizadas por alguns profissionais, principalmente por enfermeiras obstétricas e obstetritzas, para permitir que o períneo possa distender lentamente no parto vaginal, afim de favorecer a fisiologia e evitar a lesão perineal no momento do nascimento. De forma complementar, pautados pelo interesse na saúde baseada em evidências, diversos pesquisadores se engajam em pesquisas a fim de estudar a efetividade dessas práticas e se realmente é válido fazer qualquer intervenção nesse processo.

Revisão sistemática publicada em 2011, com o objetivo de avaliar o efeito de técnicas perineais durante o segundo estágio do trabalho de parto sobre a incidência de trauma perineal, inclui oito

ensaios clínicos randomizados envolvendo 11.651 mulheres. Os resultados demonstraram que o uso de compressas quentes e a massagem perineal intraparto reduziram o risco de lacerações perineais de 3° e 4° graus (AASHEIM et al., 2011). Os autores concluíram que a prevenção do trauma perineal envolve muitos outros fatores além de técnicas, como a posição da parturiente durante o nascimento, as características do tecido perineal e a velocidade com que o bebê nasce, por exemplo, recomendando outras pesquisas neste campo do conhecimento para avaliar as técnicas perineais e responder às perguntas relacionadas aos determinantes do trauma.

Ainda sobre práticas utilizadas durante o segundo estágio do trabalho de parto, revisão sistemática de quatro ECRs (599 mulheres), avaliou a eficácia e a segurança da injeção perineal de *hyaluronidase* (HAase) para reduzir o trauma perineal espontâneo, episiotomia e dor perineal em partos vaginais. Trata-se de uma injeção que foi amplamente utilizada para reduzir a ocorrência de trauma perineal, dor e necessidade de episiotomia na década de 1950 a 1960. Os autores concluíram que o número de ECRs de alta qualidade e os resultados relatados foram demasiadamente limitados para tirar conclusões sobre a eficácia e segurança da medicação, sendo necessários outros rigorosos ECRs para recomendar ou não a injeção perineal de HAase em partos vaginais (FAN et al., 2011).

Em ECR realizado no Brasil, as pesquisadoras Costa e Riesco (2005) buscaram determinar a frequência, o grau e a localização da laceração perineal e os resultados neonatais associados com a utilização de duas técnicas de proteção perineal também investigadas em outros estudos (MCCANDLISH et al., 1998; MAYERHOFER et al., 2002): "*hands off*" (conduta profissional exclusivamente expectante no período expulsivo) e "*hands on*" (caso a rotação externa da cabeça fetal ou o desprendimento dos ombros não ocorra espontaneamente, dentro de 15 segundos após o desprendimento da cabeça, ou o recém-nascido apresente hipóxia, o profissional deve rodar manualmente a cabeça e, em seguida, realizar a tração suave para saída do ombro anterior e depois tração para cima para saída do ombro posterior).

Neste estudo foram incluídas 70 gestantes nulíparas, divididas igualmente entre o grupo "*hands off*" e o grupo "*hands on*" (n = 35 por grupo). A laceração perineal ocorreu em 81,4% do total de mulheres e os resultados neonatais foram semelhantes em ambos os grupos. As autoras concluíram que o uso da técnica "*hands off*" de proteção perineal não altera a frequência ou grau de laceração perineal no parto, em relação a uma técnica "*hands on*" e que não há evidências científicas

suficientes para apoiar ou refutar o uso de qualquer uma destas manobras de proteção perineal durante o parto, apesar de serem adotadas na prática clínica. Outros fatores podem estar relacionados ao trauma perineal, como a posição da parturiente, o uso de ocitocina, os esforços maternos no período expulsivo e a presença de uma pessoa para prestar apoio (COSTA; RIESCO, 2006).

Considerando que o foco da tese é a realização da massagem perineal digital na gestação para a prevenção do trauma perineal no parto, foi realizada uma revisão integrativa da literatura objetivando identificar as diversas práticas realizadas na gestação, que estão apresentadas na sessão de resultados, sendo o primeiro manuscrito da Tese. Identificou-se que apesar das evidências existentes, da massagem perineal ser uma tecnologia de baixo custo e uma prática a ser realizada pela própria mulher ou seu acompanhante, a efetividade desta prática na redução do trauma perineal ainda é desconhecida no cenário obstétrico brasileiro, bem como a aceitabilidade por estas mulheres.

Revisão sistemática apontou que a massagem perineal pode aumentar a flexibilidade dos músculos do períneo e, portanto, diminuir a resistência muscular, permitindo que o períneo distenda no momento do nascimento, sem lacerar naturalmente e sem necessitar de uma intervenção cirúrgica – episiotomia (BECKMANN; STOCK, 2015). Os autores destacam que os resultados relatados de dor perineal, satisfação sexual e incontinência são descritos com base em apenas um estudo (LABREQUE et al., 1999) e, desta forma, esses achados precisam de confirmação a partir de novas pesquisas. Mais dados também são necessários em relação à efetividade da massagem perineal para as multíparas (BECKMANN; STOCK, 2015).

Em estudo de Davidson; Jacoby; e Brown (2000), que investigou a associação entre a incidência de lacerações perineais e 13 variáveis, cinco dos 13 fatores investigados foram significativamente associados com o grau de laceração: massagem perineal pré-natal, paridade, idade materna, posição materna no parto, e duração do segundo estágio do trabalho de parto. No entanto, quando a paridade foi controlada, somente esta variável e a massagem perineal permaneceram independentemente associadas com uma menor gravidade das lacerações.

Importante destacar que, sempre que a mulher desejar, a massagem perineal digital pode ser realizada pelo seu companheiro. Em ECR realizado com um total de 1527 mulheres, os parceiros das mulheres foram convidados a participar da sessão de ensino e, como resultado, os parceiros de dois terços das mulheres do grupo intervenção

participaram de 30% ou mais das massagens. Em geral, a maioria das mulheres avaliou a técnica como aceitável, física e psicologicamente (LABRECQUE et al., 1999).

4. MÉTODO

Inicialmente foi realizada uma revisão integrativa da literatura, conforme as cinco etapas propostas por Whittemore e Knalf (2005). A partir da busca nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, SCOPUS, Web of Science, LILACS, BDENF, coleção SciELO e na biblioteca Cochrane foram selecionados artigos originais, com abordagem quantitativa e qualitativa, que avaliaram práticas realizadas no pré-natal para prevenção do trauma perineal no parto. Todas as etapas do método estão descritas detalhadamente no Manuscrito 1, na seção de resultados.

Posteriormente, foi planejada e desenvolvida uma pesquisa de campo para a qual foi adotado o método misto de pesquisa por possibilitar responder perguntas que não podem ser respondidas pelas abordagens quantitativa ou qualitativa isoladamente. Era necessário conhecer a percepção dos principais envolvidos na realização da massagem perineal digital durante a gestação, para assim dar subsídios para a implementação dessa prática pelos profissionais de saúde durante o pré-natal.

Os resultados quantitativos podem gerar explicações para os relacionamentos entre as variáveis e generalizar os achados, entretanto, devido ao número de sujeitos e da objetividade do método, não possibilita o entendimento acerca das especificidades do fenômeno investigado. Por outro lado, a pesquisa qualitativa compensa essa fragilidade, uma vez que proporciona o entendimento detalhado de um problema, que surge do estudo de alguns indivíduos e da exploração de suas perspectivas, e possibilita o aprofundamento de algumas questões que não requerem a generalização dos achados. Desta forma, quando apenas uma fonte de dados parece ser insuficiente para explicar o objeto de estudo, a pesquisa de métodos mistos proporciona mais evidências para a investigação de um problema de pesquisa (CRESWELL; CLARK, 2013).

Há uma tendência de que mais pesquisas de intervenção sejam realizadas com método misto, com base no entendimento de que, para desenvolver intervenções eficazes, é necessário compreender o motivo que leva as pessoas a seguirem protocolos de intervenção, bem como as barreiras enfrentadas pelos participantes. Esta tese vai ao encontro dos modelos de método misto com uma tipologia que contrasta modelos com componentes, classificação está descrita por Polit e Beck (2011), ou seja, os aspectos quantitativos e qualitativos são implantados como

componentes distintos da investigação geral, permanecendo assim durante a coleta e análise de dados.

4.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA

Por meio da abordagem quantitativa foi realizado um estudo-piloto de ECR. Destaca-se que um estudo piloto, quando bem planejado, possibilita encontrar os dados necessários para a condução de um ensaio clínico bem-sucedido, como determinar o tipo e duração das intervenções, efeito provável da intervenção sobre o desfecho, potenciais efeitos adversos, factibilidade do recrutamento, da randomização e da manutenção dos participantes no estudo, bem como os prováveis custos necessários (HULLEY et al., 2015). Desta forma, este estudo contribuirá para a definição dos parâmetros necessários para estabelecer o tamanho da amostra e definir a melhor forma de realizar a intervenção no ECR, considerando a realidade brasileira.

4.1.1 Tipo de estudo

O ECR é o tipo de estudo destinado a avaliar intervenções clínicas. Os modelos experimentais são considerados o “padrão ouro” para estudos de intervenção, pois ao testar relações de causa e efeito, geram dados da mais alta qualidade (GRIMES, SCHULZ, 2002; POLIT, BECK, 2011). Os estudos-piloto devem ter objetivos e métodos claros e seu planejamento deve ser realizado com o mesmo rigor e cuidado dispensado ao ensaio clínico principal. O piloto favorece com que o ensaio clínico seja bem delineado e bem conduzido, podendo concentrar-se em avaliar a factibilidade, o tempo necessário e o custo para o recrutamento do número adequado de participantes elegíveis; verificar se as aferições planejadas, os instrumentos de coletas de dados e os sistemas de gerenciamento de dados são factíveis e eficientes; bem como fornecer parâmetros necessários para estabelecer o tamanho da amostra e definir a melhor forma de realizar a intervenção (HULLEY et al, 2015).

A avaliação da metodologia específica para ensaios de tratamentos não-farmacológicos, tais como a massagem perineal digital pré-natal, levanta questões metodológicas específicas relacionadas à complexidade da intervenção, à influência de prestadores de cuidados, à expertise do centro de pesquisa e às dificuldades de cegamento. Por tratar-se de uma intervenção não-farmacológica, afim de garantir o rigor metodológico, foi utilizada a extensão da Declaração CONSORT

(*Consolidated Standards of Reporting Trials*) para ensaios de tratamentos não-farmacológicos (*trials of nonpharmacologic treatments - NPTs*) "extensão CONSORT NPT". A declaração CONSORT é uma diretriz de relatório baseada em evidências, que visa melhorar a transparência da pesquisa e reduzir o viés (BOUTRON et al., 2017).

4.1.2 Tamanho da amostra

Inicialmente a amostra do ECR foi calculada para detectar uma diferença percentual de 9,2% na integridade perineal das parturientes primíparas do grupo de intervenção. Considerou-se como referência o estudo de Labrecque et al. (1999), no qual permaneceram com o períneo íntegro após o parto 24,3% das mulheres que realizaram a massagem perineal e 15,1% das mulheres do grupo controle, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,01$). Baseado na Fórmula *Kelsey* (KELSEY et al., 1996), o tamanho da amostra foi calculado em 289 gestantes para cada grupo, assumindo-se um nível de significância de 5% e um poder do teste de 80%. Considerando-se uma eventual perda de informação ou descontinuidade de até 10%, o tamanho total da amostra é de 636 mulheres, distribuídas aleatoriamente para cada grupo.

Como a amostra foi calculada com base na diferença encontrada em um ECR em outra realidade assistencial e considerando que a massagem perineal não é uma prática ensinada e estimulada pelos profissionais que atendem as mulheres no SUS, foi realizado um estudo-piloto afim de verificar a adesão das mulheres na nossa realidade, bem como a viabilidade da intervenção. Assim, o tamanho amostral foi determinado pelo tempo disponível para coletar e analisar os dados acerca do desfecho perineal logo após o nascimento, bem como 45 dias e 90 dias após o parto, para que posteriormente seja utilizado para definir a amostra necessária para detectar a diferença entre os grupos de intervenção e controle na realidade em que o estudo foi desenvolvido.

4.1.3 Seleção dos participantes

A população alvo do estudo compreendeu as gestantes e os acompanhantes que as mesmas escolheram para realizar a massagem em seu períneo.

Gestantes

Foram convidadas para participar da pesquisa as gestantes que pretendiam realizar um parto vaginal em um dos hospitais públicos de Florianópolis: Hospital Universitário (HU) Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), maternidade Carmela Dutra (MCD) da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, ou Hospital Regional de São José (HRSJ) Dr. Homero de Miranda Gomes.

As gestantes foram selecionadas nos grupos de gestantes de algumas Unidades Locais de Saúde (ULSs) do município de Florianópolis, durante a visita de gestantes para conhecer as maternidades, e no grupo de gestantes e casais grávidos do HU/UFSC. A seleção das participantes ocorreu a partir dos seguintes critérios:

- Critérios de inclusão:
 - ✓ Desejar ter parto vaginal;
 - ✓ Pretender ter o parto em uma das maternidades já descritas (HU, MCD e HRSJ);
 - ✓ Idade gestacional ≤ 35 semanas;
 - ✓ Gestação única, de risco habitual;
 - ✓ Referir disponibilidade para realizar a massagem digital perineal diariamente por 5 - 10 min;
 - ✓ Capacidade para compreender, ler e falar em português;
 - ✓ Capacidade para compreender as instruções sobre a massagem;
- Critérios de exclusão:
 - ✓ Feto com peso estimado ≥ 4000 g. ou outra evidência clínica de desproporção céfalo-pélvica;
 - ✓ Restrição do crescimento fetal grave;
 - ✓ Indicação de cesárea eletiva;
 - ✓ Placenta prévia;
 - ✓ Pré-eclâmpsia;
 - ✓ Lesão genital ativa por herpes após 34 semanas de gestação;
 - ✓ Alergia ao óleo de amêndoas;
 - ✓ Já estar realizando a massagem perineal.

Acompanhantes

Os acompanhantes que as mulheres escolheram para fazer a massagem no seu períneo e que aceitaram realizar essa técnica, foram convidados a participar do ECR.

- Critérios de inclusão:
 - ✓ Disponibilidade para realizar a massagem digital perineal diariamente por 5 - 10 min;
 - ✓ Capacidade para compreender, ler e falar em português;
 - ✓ Capacidade para compreender as instruções sobre a massagem.

4.1.4 Intervenção

A intervenção foi a massagem perineal digital, realizada pela gestante (automassagem) ou pelo acompanhante de sua escolha. Os participantes do grupo de intervenção foram orientados, com a utilização de vídeo (Apêndice A) e folder explicativo (Apêndice B), a realizar a massagem na musculatura do assoalho pélvico (MAP), diariamente por aproximadamente 5 - 10 minutos. A técnica consiste na introdução de um ou dois dedos, três a quatro centímetros de profundidade da entrada da vagina, primeiramente aplicando e mantendo pressão no sentido descendente por dois minutos e depois por mais dois minutos para cada lado (LABRECQUE et al, 1999). Para favorecer a lubrificação vaginal durante a realização da massagem perineal, foi fornecido pela pesquisadora óleo de amêndoas para os participantes.

4.1.5 Variáveis

As variáveis estão apresentadas conforme sua descrição e classificação: Qualitativa Nominal (QLN), Qualitativa Ordinal (QLO), Quantitativa Contínua (QTC) e Quantitativa Discreta (QTD).

- **Variável independente:**

- ✓ Massagem perineal digital (QLN) realizada diariamente a partir de 34 semanas de gestação até o dia do parto, por 5 a 10 minutos, pela própria gestante ou acompanhante de sua escolha. Considera-se acompanhante a pessoa significativa, possuidora ou não de laços de parentesco, que aceitou realizar a massagem perineal após orientações da pesquisadora.

- **Variáveis relacionadas à massagem perineal:**

- ✓ Realização da massagem perineal pela gestante (QTD): número de dias que a gestante realizou a massagem perineal, conforme registro no diário.
- ✓ Realização da massagem perineal pelo acompanhante (QTD): número de dias que o acompanhante foi o provedor da massagem perineal, conforme registro no diário.
- ✓ Tempo médio de realização da massagem perineal (QTC): somatório do tempo de realização da massagem em cada dia, dividido pelo número de dias de realização da massagem, em minutos, conforme registro no diário.

- **Variáveis dependentes:**

- ✓ Condições do períneo após o parto: ocorrência ou não de trauma perineal no parto, classificado em: períneo íntegro; laceração de primeiro grau sem sutura; laceração de primeiro grau com sutura; laceração de segundo grau; episiotomia, conforme registro no prontuário.
- ✓ Dor após o parto (QLO): dor em região perineal, referida 24 – 48 horas após o parto, classificada conforme escala analógica visual (EVA) - escala numérica, variando de 0 a 10 (0 = sem dor; 5 = dor moderada; e 10 = pior dor), conforme relato da puérpera em entrevista.

- ✓ Retorno da atividade sexual: número de dias após o parto em que a puérpera teve a primeira relação sexual.
- ✓ Dor no puerpério (QLO): dor em região perineal, referida pela puérpera, 45 dias e 90 dias após o parto, classificada conforme escala numérica, variando de 0 a 10 (0 = sem dor; 5 = dor moderada; e 10 = pior dor), segundo relato da puérpera em entrevista por telefone.
- ✓ Dispareunia (QLO): Dor durante a relação sexual, referida pela mulher 45 dias e 90 dias após o parto, classificada conforme escala numérica, variando de 0 a 10 (0 = sem dor; 5 = dor moderada; e 10 = pior dor), segundo relato da puérpera em entrevista por telefone.
- ✓ Incontinência urinária (QLO): perda involuntária da urina, referida pela mulher 45 dias e 90 dias após o parto, classificada em: nunca; menos de uma vez por dia; uma vez por dia ou mais, segundo relato da puérpera em entrevista por telefone.
- ✓ Incontinência de gases (QLO): perda involuntária de gases, referida pela mulher 45 dias e 90 dias após o parto, classificada em: nunca; menos de uma vez por dia; uma vez por dia ou mais, segundo relato da puérpera em entrevista por telefone.
- ✓ Incontinência fecal (QLO): perda involuntária das fezes, referida pela mulher 45 dias e 90 dias após o parto, classificada em: nunca; menos de uma vez por dia; uma vez por dia ou mais, segundo relato da puérpera em entrevista por telefone.

• **Variáveis de controle:**

- ✓ Idade (QTD): número de anos completos, conforme relato da puérpera em entrevista.
- ✓ Idade gestacional na randomização (QTD): número de semanas completas de gestação pela ultrassonografia, segundo informações do cartão pré-natal, no momento da randomização.
- ✓ Cor da pele (QLN): cor da pele auto referida, classificada em: branca; parda; preta; amarela, conforme relato da puérpera em entrevista.
- ✓ Ocupação (QLN): atividade referida pela puérpera, classificada em: atividade não-

- remunerada; atividade remunerada, conforme relato da puérpera em entrevista.
- ✓ Distrito sanitário de moradia: distrito sanitário que abrange o bairro onde a gestante mora, classificado em: centro; continente; norte; sul; outros municípios, conforme relato da puérpera em entrevista.
 - ✓ Anos de estudo (QTD): número de anos de estudos completos, conforme relato da puérpera em entrevista.
 - ✓ Estado civil (QLN): situação conjugal da parturiente, segundo informação durante entrevista, classificado em: solteira; casada; união consensual, conforme relato da puérpera em entrevista.
 - ✓ Cesariana prévia (QLN): história de cesariana em gestação anterior, classificado em: sim; não, conforme relato da puérpera em entrevista.
 - ✓ Paridade (QTD): número de partos vaginais anteriores, classificado em: não; sim, um; sim, dois, conforme relato da puérpera em entrevista.
 - ✓ Episiotomia prévia: ocorrência de episiotomia em parto anterior, classificado em: não; sim, conforme relato da puérpera em entrevista.
 - ✓ Laceração prévia sem sutura: ocorrência de laceração em parto anterior, sem necessidade de sutura, classificada em: não; sim, conforme relato da puérpera em entrevista.
 - ✓ Laceração prévia com sutura: ocorrência de laceração em parto anterior, com necessidade de sutura, classificada em: não; sim, conforme relato da puérpera em entrevista.
 - ✓ Profissional que atendeu o pré-natal (QLN): profissional que realizou as consultas de pré-natal, classificado em: médico; médico e enfermeiro; conforme relato da puérpera em entrevista.
 - ✓ Local de realização do pré-natal (QLN): tipo de serviço em que a gestante realizou a maioria das consultas de pré-natal, classificado como: no serviço público; no serviço privado; nos dois, conforme relato em entrevista.

- ✓ Acompanhante no pré-natal (QLN): presença de acompanhante de escolha da mulher durante as consultas de pré-natal, classificado em: não; sim, conforme relato da puérpera.
- ✓ Idade gestacional no parto pela USG (QTD): semanas de gestação no momento da internação, calculado pela primeira ultra-sonografia realizada pela gestante (anterior a 20 semanas), conforme descrito no prontuário da puérpera.
- ✓ Peso do RN (QTC): peso do recém-nascido ao nascer, em gramas, conforme descrito no prontuário do recém-nascido.
- ✓ Profissional que assistiu o parto (QLN): profissional que assistiu o nascimento, classificado em: médico(a); enfermeiro(a); descrito no prontuário da puérpera.
- ✓ Posição no parto (QLN): posição em que a mulher estava no momento do nascimento do bebê, classificada em horizontal; vertical, conforme relato da puérpera em entrevista.
- ✓ Indução no parto: uso de medicação para induzir o início do trabalho de parto, classificado em: não; sim, conforme relato da puérpera.
- ✓ Uso de ocitocina no trabalho de parto (QLN): colocação de medicamento no soro para aumentar as contrações (ocitocina) durante o trabalho de parto, classificado em: não; sim, conforme relato da puérpera em entrevista.
- ✓ Manobra de Kristeller (QLN): pressão no fundo do útero, realizada por profissional no momento do parto, relatado pela mulher que alguém a apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê, classificada em: não; sim, conforme relato da puérpera em entrevista.
- ✓ Manobra de Valsalva (QLN): estímulo verbal para que a mulher faça força contínua durante a saída do bebê, classificado em: não; sim, conforme relato da puérpera em entrevista.
- ✓ Uso de analgesia: uso de analgesia para alívio da dor durante o trabalho de parto, classificado em: não; sim, conforme registro no prontuário.

- ✓ Tipo de parto: forma como o parto vaginal ocorreu, classificado em: vaginal espontâneo; vácuo-extractor, conforme relato da puérpera em entrevista.
- ✓ Sala PPP: permanência da parturiente na mesma sala, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, classificado em: não; sim, conforme relato da puérpera em entrevista.
- ✓ Maternidade: maternidade em que o parto ocorreu, classificado em: maternidade A; maternidade B; Maternidade C; outra instituição, conforme relato da puérpera em entrevista.
- ✓ Intervalo entre parto e entrevista: intervalo de tempo entre o parto e a realização da entrevista, em horas, conforme registro no prontuário da puérpera.

- **Variáveis descritivas do acompanhante:**

- ✓ Idade (QTD): número de anos completos, conforme relato do acompanhante em entrevista.
- ✓ Anos de estudo (QTD): número de anos de estudos completos, conforme relato do acompanhante em entrevista.
- ✓ Experiência prévia como acompanhante no pré-natal (QLN): ter sido acompanhante durante o pré-natal, participando das consultas, em alguma gestação anterior, classificado em: sim; não, conforme relato do acompanhante em entrevista.
- ✓ Experiência prévia como acompanhante no trabalho de parto (QLN): ter acompanhado o trabalho de parto em gestação anterior, durante a internação, classificado em: sim; não, conforme relato do acompanhante em entrevista.
- ✓ Experiência prévia como acompanhante na hora do nascimento (QLN): ter acompanhado o momento do nascimento, em gestação anterior, classificado em: não possui; acompanhante no parto normal; acompanhante na cesariana
- ✓ Experiência prévia em realizar a massagem perineal (QLN): experiência como provedor da

massagem perineal realizada durante a gestação, em gestação anterior de sua companheira, classificado em: sim; não, conforme relato do acompanhante em entrevista.

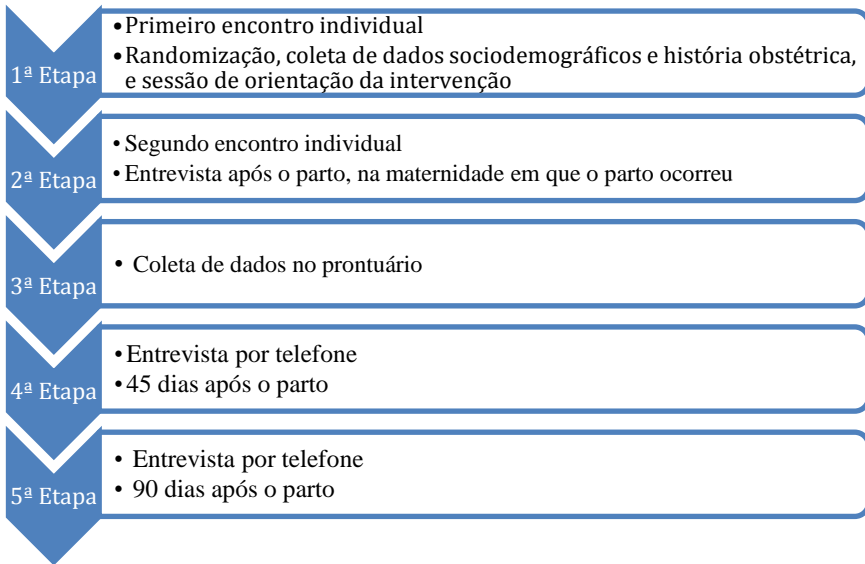
- ✓ Número de consultas: número de consultas que acompanhou a gestante durante o pré-natal, conforme relato do acompanhante em entrevista.

4.1.6 Coleta de dados

O recrutamento das gestantes nas ULSs e nas referidas maternidades ocorreu na sala de espera, antes ou depois da consulta pré-natal, nos encontros do grupo de gestantes, ou durante a visita para reconhecimento da maternidade do HU/UFSC. Como a Secretaria Municipal de Saúde não forneceu a lista com contato telefônico das gestantes que estavam realizando pré-natal na referida ULS, o recrutamento foi prejudicado, sendo possível convidar somente as gestantes na sala de espera ou nas atividades em grupos, que estavam sendo realizadas em apenas seis Unidades no período de coleta de dados da pesquisa. Essa dificuldade no recrutamento das gestantes foi determinante para a decisão de realizar o estudo como piloto de ECR.

Nas visitas para conhecimento da maternidade, o convite foi feito para todas as gestantes em um auditório, sendo explicado a metodologia da pesquisa e os critérios de inclusão e exclusão. Após essa explicação, foi passado uma lista para que as gestantes interessadas em participar colocassem o nome e dados para contato posterior. As gestantes elegíveis foram contatadas, a fim de confirmar o aceite em participar da pesquisa e agendar um horário para a randomização e orientações acerca da intervenção. No intuito de evitar o viés de memória, os encontros foram realizados entre a 30^a e a 35^a semanas de gestação. Apenas a maternidade A realizou encontros durante todo o período de coleta de dados, mas como eles foram periódicos, facilitou o convite para as gestantes naquela instituição.

A coleta de dados foi realizada no período de março de 2016 a dezembro de 2017, constando de cinco etapas, conforme descrição apresentada na Figura 1):

Figura 1 - Diagrama das etapas realizadas para a coleta de dados

1ª Etapa - randomização

Antes da randomização, foi aplicado um *check list* (Apêndice C), a fim de confirmar a elegibilidade da gestante para inclusão. Neste encontro, todas as mulheres elegíveis e que concordaram em participar da pesquisa receberam, de forma oral e escrita, breves informações baseadas nas evidências científicas mais recentes acerca da fisiologia do período expulsivo, da episiotomia e da laceração espontânea no parto (Apêndice D).

Para a randomização das participantes, foi gerada por computador uma sequência de 650 números aleatorizados, a fim de manter o sigilo da lista de alocação (ALTMAN; BLAND, 1999). Os cartões com as designações “massagem perineal” e “controle” foram individualizados e inseridos em envelopes opacos, numerados e lacrados. As mulheres elegíveis e que consentiram ingressar no estudo foram randomizadas a partir do sorteio dos envelopes realizado por elas, sendo alocadas no grupo de intervenção (com massagem perineal digital) ou no grupo controle (cuidado habitual).

A randomização é a base de um ensaio clínico e deve ser feita da forma correta, garantindo principalmente que a alocação dos

tratamentos seja aleatória e que seja inviolável. Da mesma forma, o cegamento ou mascaramento, fornece maior legitimidade aos resultados ao minimizar as fontes de viés decorrente de co-intervenções após a randomização (HULLEY et al., 2015). Todas as participantes foram instruídas a não revelar aos profissionais, que acompanharam o pré-natal e aos que prestaram a assistência ao parto, sobre sua participação no estudo. Com isso, reduziu-se a possibilidade de viés na avaliação dos desfechos devido à co-intervenção dos profissionais que assistiram o parto e que fizeram o registro das condições do períneo após o nascimento, uma vez que não sabiam a qual grupo a mulher pertencia (HULLEY et al., 2015).

As mulheres alocadas para o grupo de intervenção receberam orientações verbais e por escrito de como realizar a massagem perineal digital, diariamente, a partir de 34 semanas de gestação. Além disso, foi demonstrado um vídeo com o passo-a-passo da técnica. As sessões de ensino duravam em média 30 a 45 minutos. Para as mulheres que relataram possuir um acompanhante disponível para a realização da massagem, foi agendado um horário para repassar as mesmas orientações ao acompanhante. Nesta oportunidade, foi realizada uma breve entrevista afim de caracterizar os acompanhantes que participaram da pesquisa (APÊNDICE E).

Todas as mulheres do grupo intervenção receberam um diário (Apêndice F) e foram orientadas a preenchê-lo, indicando a realização da massagem por elas ou por seus parceiros, o tempo de realização da prática e o uso ou não do óleo de amêndoas.

Foram randomizadas 153 mulheres, no entanto duas do grupo controle desistiram de participar da pesquisa. As principais características sociodemográficas e obstétricas das participantes encontram-se na tabela 1.

Tabela1 - Caracterização das mulheres. Florianópolis, 2017 (n= 151)

Variáveis	Grupo Intervenção	Grupo Controle
	Média (DP)	Média (DP)
Idade gestacional USG na randomização	33,33 (1,72)	33,16 (3,06)
Idade	30,03 (5,84)	30,96 (5,84)
Anos de estudo	15,76 (4,64)	16,58 (4,17)
	f (%)	f (%)
Estado civil		
Solteira	15 (19,2)	14 (19,2)

Continua

Continuação

Casada	28 (35,9)	30 (41,1)
União consensual	35 (44,9)	29 (39,7)
Cor da pele		
Branca	55 (70,5)	53 (72,6)
Parda	14 (17,9)	17 (23,3)
Preta	05 (6,4)	03 (4,1)
Amarela	04 (5,1)	---
Distrito sanitário de moradia		
Centro	15 (19,2)	23 (31,5)
Continente	05 (6,4)	03 (4,1)
Norte	20 (25,6)	18 (24,7)
Sul	22 (28,2)	16 (21,9)
Outros municípios	16 (20,5)	13 (17,8)
Onde realizou a maioria das consultas do PN		
No serviço público	51 (65,4)	45 (61,6)
No serviço privado	25 (32,1)	23 (31,5)
Nos dois	02 (2,6)	05 (6,8)
Profissional que acompanhou o PN		
Médico	29 (37,2)	27 (37,0)
Médico e enfermeiro	49 (62,8)	46 (63,0)
Acompanhante no PN		
Não	39 (50,0)	35 (47,9)
Sim	39 (50,0)	38 (52,1)
Parto normal anterior		
Não	69 (88,5)	62 (86,1)
Sim, um	09 (11,5)	09 (12,5)
Sim, dois	---	01 (1,4)
História de episiotomia		
Não	06 (66,7)	02 (20,0)
Sim	03 (33,3)	08 (80,0)
	f (%)	f (%)
História de laceração com sutura		
Não	04 (44,4)	07 (77,8)
Sim	05 (55,6)	02 (22,2)
História de laceração sem sutura		
Não	08 (88,9)	09 (100,0)
Sim	01 (11,1)	---
Cesariana prévia		
Não	70 (89,7)	70 (95,9)
Sim, uma	08 (10,3)	03 (4,1)

2ª Etapa – entrevista presencial após o parto

Conforme orientação no dia da randomização, as gestantes informaram a pesquisadora sobre o nascimento dos bebês por meio de ligação telefônica ou mensagem pelo aplicativo *whatsapp*. Periodicamente, a pesquisadora também enviava a lista das gestantes participantes do estudo, através de mensagens pelo aplicativo, para algumas enfermeiras amigas que aceitaram colaborar, informando a pesquisadora sempre que ficavam sabendo sobre o parto de uma das participantes.

As participantes foram entrevistadas 24 – 48 horas após o parto, para a coleta de dados acerca das práticas realizadas durante o trabalho de parto/parto e das condições perineais (Apêndice G). As entrevistas foram feitas no próprio leito do alojamento conjunto, durante a internação, em momento oportuno.

Nesta visita, também foi realizada a entrevista para os acompanhantes das gestantes do grupo intervenção que realizaram a massagem perineal.

Ocasionalmente, para as gestantes que receberam alta precocemente, ou que não informaram sobre o nascimento do bebê em tempo oportuno, a entrevista foi realizada em domicílio.

3ª Etapa – coleta de dados do prontuário

Antes ou após a entrevista presencial, no alojamento conjunto, foram coletados dados no prontuário materno e neonatal acerca dos desfechos relacionados às variáveis de estudo (Apêndice H). Algumas variáveis que fizeram parte da entrevista com a puérpera foram também coletadas no prontuário, a fim de aumentar a fidedignidade dos dados e posterior definição das variáveis que seriam analisadas.

Quando a pesquisadora foi informada tardiamente sobre o nascimento do bebê (pela gestante ou pela enfermeira que estava colaborando por meio da lista de participantes), a coleta de dados do prontuário foi realizada no arquivo da maternidade e para a entrevista com a puérpera foi agendado um horário no domicílio da participante, conforme sua disponibilidade.

4ª e 5ª etapas: entrevista por telefone 45 dias e 90 dias após o parto

Através de contato telefônico, 45 (Apêndice I) dias e 90 dias (Apêndice J) após o parto, as mulheres foram entrevistadas acerca dos

sintomas relacionados ao períneo. A entrevista por telefone pode ser um método conveniente de coleta de dados quando o pesquisador já fez um contato pessoal anterior com os participantes (POLIT; BECK, 2011).

4.1.7 Análise dos dados

Os dados foram tabulados no programa Office Excel e analisados no pacote Estatístico IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Na análise descritiva, foi verificado a frequência absoluta e relativa (variáveis categóricas) e medidas de posição e dispersão dos dados (variáveis numéricas). A distribuição normal dos dados foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov ou Shapiro Wilk, conforme tamanho amostral.

A comparação das variáveis numéricas entre o grupo intervenção e grupo controle foi realizada pelo teste t independente ou U de Mann-Whitney, conforme distribuição dos dados. Para a associação de variáveis categóricas com os grupos (GI e GC) foi realizado o teste Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fischer, com a apresentação dos respectivos Riscos Relativos (RR) e intervalo de confiança.

Para as participantes do grupo intervenção, foi realizado comparação das variáveis referentes à massagem perineal entre a ausência/presença do desfecho principal e desfechos secundários. Para as variáveis que apresentaram diferença do número de dias da massagem com o desfecho foi realizado a análise de Curva ROC para obter os valores de sensibilidade, especificidade e ponto de corte.

O intervalo de confiança adotado foi de 95% e o nível de significância assumido foi de 5%.

4.2 ABORDAGEM QUALITATIVA

4.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Através dessa abordagem, pretendeu-se alcançar a expressão de entendimento e significado de um fenômeno experimentado pelos sujeitos participantes, a realização da massagem perineal digital durante a gestação, adotando um estilo indutivo na interpretação de cada situação. É uma estratégia que possibilita a aproximação com os participantes na busca pelos valores e significados das suas experiências em seu cenário natural (CRESSWELL, 2010).

4.2.2 Participantes

Foram selecionadas puérperas que participaram do ECR e foram alocadas no grupo intervenção (realizaram a massagem perineal digital), e os acompanhantes, escolhidos pelas mulheres, que proveram a massagem perineal durante a gestação.

Os critérios de inclusão das mulheres e dos acompanhantes foram: ter realizado a massagem perineal por pelo menos 5 dias, por um tempo médio de no mínimo 4 minutos; e o parto ou a cesareana ter ocorrido em uma das maternidades participantes do estudo.

Todos os participantes foram incluídos gradativamente no estudo até obter-se a saturação de dados. O número de participantes foi estabelecido durante a coleta de dados pela saturação dos mesmos, ou seja, quando as informações coletadas passaram a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo, e as novas falas não apresentaram mais acréscimos significativos para os objetivos propostos pela pesquisa (FONTANELLA, RICAS TURATO, 2008; FONTANELLA et al., 2011). Segundo Minayo (2014), para êxito na definição de amostragem dos participantes, deve-se considerar que o cenário e o grupo sob estudo forneçam as experiências e percepções que se buscam na pesquisa.

4.2.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e notas descritivas, no período de maio de 2016 a junho de 2017. Para contemplar o objetivo proposto pelo estudo, foi utilizado um roteiro com perguntas que abordaram assuntos importantes previamente selecionados pela pesquisadora, encorajando os participantes a falarem livremente sobre os tópicos listados (POLIT; BECK, 2011). Desta forma, foi utilizado um guia de tópicos para a entrevista com a puérpera (APÊNDICE K) e outro para quando o respondente foi o acompanhante (APÊNDICE L). As notas foram feitas pela pesquisadora durante a entrevista, afim de registrar informações e facilitar a síntese e compreensão dos dados. Notas descritivas (ou notas observacionais) são descrições objetivas de eventos e conversações e dos contextos em que ocorreram (POLIT; BECK, 2011).

As entrevistas foram realizadas de forma individual, preferencialmente nos primeiros 30 dias após o parto, em local definido pelo próprio participante. Todas as puérperas e a maioria do acompanhantes foram entrevistadas em domicílio, mas alguns

escolheram o trabalho como local mais viável. As entrevistas foram registradas através de gravação e posteriormente transcritas integralmente pela pesquisadora e por uma bolsista. As gravações serão destruídas após o término da pesquisa.

4.2.4 Análise dos dados

A análise dos dados tem como finalidade organizar, estruturar e obter significados, sendo necessárias habilidades indutivas e criatividade por parte do pesquisador. Para que sejam colhidos frutos a partir dos dados encontrados, é necessário equilibrar a necessidade de concisão com a necessidade de manter a riqueza e valor indicativo dos dados encontrados (POLIT; BECK, 2011).

Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que possuem como objetivo a descrição do conteúdo das mensagens, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, sendo organizada em três polos cronológicos (BARDIN, 2011):

1. Pré-análise: corresponde à fase organizacional, afim de sistematizar as primeiras ideias e formular um plano de análise flexível e preciso. Esta fase se inicia com uma leitura “flutuante” do conteúdo textual, constituindo um *corpus* ou conjunto de documentos que serão submetidos à análise, a partir de algumas regras: exaustividade; representatividade; homogeneidade e pertinência. No presente estudo, o *corpus* foi formado pelo conteúdo transcrito das entrevistas com as mulheres que realizaram a massagem perineal e os acompanhantes que aplicaram a massagem. Em seguida, foi realizada a formulação das hipóteses (suposição originada da intuição) e dos objetivos, a referenciação dos índices e elaboração de indicadores, e a preparação formal do material que foi analisado.
2. Exploração do material: trata-se da aplicação sistemática das decisões tomadas na fase anterior, compreendendo a codificação, decomposição ou enumeração.
3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: neste momento os resultados brutos tornam-se significativos e válidos, respondendo aos objetivos do estudo ou apresentando novas descobertas. Tornou-se possível, após verificar a validade dos resultados, propor inferências e interpretações dos resultados.

Para auxiliar a análise e reduzir o tempo dispendido para a organização, codificação e análise dos dados, foi utilizado o programa computacional ATLAS.ti – versão 7.0 (FRIESE; 2014), um software de análise de dados qualitativos assistida por computador - CAQDAS (Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software).

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

O desenvolvimento do processo investigativo foi realizado em conformidade às normas e diretrizes para pesquisas com seres humanos, estabelecidas pela Resolução número 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

O protocolo de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, por meio da Plataforma Brasil, sob CAAE 53239416.8.0000.0121 e parecer número 1.470.848, e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. A proposta de pesquisa também foi apresentada à direção das maternidades participantes.

Os participantes (gestantes e/ou acompanhantes) receberam esclarecimentos sobre todas as etapas da pesquisa, a natureza do projeto de pesquisa, os procedimentos do estudo, bem como os riscos e potenciais benefícios e as alternativas à participação no estudo. Também foram informados sobre o anonimato e a livre participação, bem como a opção de desistência em qualquer etapa do desenvolvimento da pesquisa.

Todos os esclarecimentos realizados e a solicitação de autorização aos participantes foram formalizados perante a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado para as gestantes (APÊNDICE M) e para os acompanhantes (APÊNDICE N).

Após aprovação, o ECR foi registrado na plataforma virtual - Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC): RBR-4MSYDX. Trata-se de uma plataforma de acesso livre para registro de estudos experimentais e não-experimentais realizados com seres humanos em território brasileiro, sendo um projeto conjunto do Ministério da Saúde (DECIT/MS), da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

5. RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados do estudo, conforme a Instrução Normativa 01/PEN/2016, de 17 de agosto de 2016, que dispõe sobre os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado – Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Os resultados estão organizados no formato de manuscritos, conforme descritos a seguir:

Manuscrito 1: Massagem perineal pré-natal para prevenção do trauma perineal no parto: revisão integrativa da literatura.

Manuscrito 2: Efetividade da massagem perineal digital na gestação para prevenção do trauma perineal: estudo piloto de um ensaio clínico randomizado.

Manuscrito 3: Experiência das mulheres que vivenciaram a massagem perineal durante a Gestação.

Manuscrito 4: Massagem perineal durante a gestação: experiência dos acompanhantes.

5.1 MANUSCRITO 1 - MASSAGEM PERINEAL PRÉ-NATAL PARA PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL NO PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Juliana Jacques da Costa Monguilhott
Odaléa Maria Brüggemann

RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de identificar as práticas realizadas durante a gestação para prevenção do trauma perineal no parto. Foi realizada uma busca nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, SCOPUS, Web of Science, LILACS, BDENF, coleção SciELO e na biblioteca Cochrane, sendo incluídos 16 estudos, publicados de 1986 à 2017, sendo 13 com delineamento experimental e três transversais. Três abordam o uso do dispositivo EPI-NO® e os outros a realização da massagem perineal durante o pré-natal, nenhum deles realizado no Brasil. Os resultados apontam que o EPI-NO® reduziu a taxa de episiotomia e aumentou da taxa de períneo íntegro nas primíparas. A massagem perineal reduziu significativamente a taxa de

episiotomia, a taxa de laceração, e a incidência de dor no pós-parto, além de aumentar a incidência de períneo íntegro nas primíparas. Ambas as práticas parecem ser bem aceitas pelas mulheres, entretanto, a massagem perineal não tem custo para as gestantes, profissionais e instituições de saúde, sendo necessário apenas orientar as gestantes sobre os possíveis benefícios.

Descritores: gestação; parto; trauma; episiotomia

INTRODUÇÃO

As elevadas taxas de cesarianas e o uso maciço de várias intervenções obstétricas sem evidências científicas suficientes que justifiquem sua prática, estão sendo temas de pesquisas em todo o mundo. No Brasil, práticas como o uso rotineiro de enema, tricotomia, da posição supina, de ocitócitos durante o trabalho de parto e de episiotomias ainda são frequentemente utilizadas em diversas instituições de saúde (D'ORSI et al, 2005; SCHNECK, RIESCO, 2006; FOGAÇA, SCHNECK, RIESCO, 2007; OLIVEIRA et al., 2008; LEAL et al, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) não proíbe a prática de episiotomia, mas restringe seu uso, admitindo-se que em alguns casos ela pode ser necessária. Entretanto, recomenda que a taxa de episiotomia não deve ultrapassar 10% (WHO, 1996). O *American College of Obstetricians and Gynecology* (ACOG) estabeleceu que o uso de episiotomia deve ser restrito e que os médicos devem ser encorajados a usar seu raciocínio clínico para decidir quando o procedimento é necessário, pois não existem evidências clínicas que corroborem qualquer indicação de episiotomia (ACOG, 2006; AMORIM, KATZ, 2008). A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) não recomenda a episiotomia rotineira e ressalta a importância de que, como todo procedimento cirúrgico, só deveria ser realizada com o consentimento, após informação, da parturiente (BRASIL, 2001).

No entanto, apesar dessas recomendações, no Brasil, a situação é um problema de saúde pública. Embora não existam dados precisos no sistema de informações do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à utilização de episiotomia na atenção aos partos, trata-se de um dos procedimentos cirúrgicos mais utilizados e banalizados no sistema público de saúde (DINIZ, CHACAM, 2004; VOGT et al, 2011). Dados da Pesquisa Nascer no Brasil, estudo de base hospitalar realizado em

2011/2012 com 23.894 mulheres, demonstram que a episiotomia foi realizada na assistência ao parto de 56% das mulheres de risco obstétrico habitual (LEAL et al, 2014).

Impressiona o fato de ser tão difícil reduzir o uso de uma prática que foi inserida no século XVIII, capaz de trazer vários danos à saúde da mulher e que as evidências científicas já demonstram não trazer nenhum benefício para a mãe e o conceito (STEINER et al., 2012; AMORIM, 2015). A realização da episiotomia no Brasil fortalece um padrão ritualístico e o modelo tecnocrático de assistência, que vê a gestante como uma máquina incapaz de dar à luz ao feto sem a ajuda de profissionais especializados. Quando realizada sem indicação, a episiotomia constitui-se como uma verdadeira mutilação genital feminina (WAGNER, 1999).

Diversas questões emergem desta realidade e fomentam questionamentos por parte dos profissionais: o períneo é capaz de distender-se para a passagem do bebê? É possível parir sem episiotomia e sem laceração? Existem práticas para reduzir a chance de trauma perineal no momento do nascimento?

Revisão sistemática atualizada em 2015, incluindo quatro ensaios clínicos randomizados, demonstrou que as mulheres que realizaram a massagem perineal após 34 semanas de gestação apresentaram redução de lacerações com necessidade de sutura, redução de episiotomia e redução de dor pós-parto (BECKMANN; STOCK, 2015). Embora os benefícios apresentados por estes estudos não possam ser generalizáveis à realidade brasileira, sabe-se que na prática obstétrica vários profissionais fornecem orientações para o preparo perineal para o parto.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi identificar as práticas realizadas durante a gestação para a prevenção do trauma perineal no parto, nas publicações com abordagem quantitativa e qualitativa.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada a partir das cinco etapas propostas por Whittemore e Knalf (2005). Para estes autores, as revisões integrativas têm o potencial para construir a ciência de enfermagem e para apresentar uma compreensão abrangente dos problemas relevantes aos cuidados de saúde, contribuindo para a prática e a construção das políticas públicas.

A seguir serão descritas as etapas realizadas, a partir da

proposta metodológica adotada:

Fase 1 – Identificação do problema: quais as práticas realizadas durante a gestação para prevenção do trauma perineal no parto?

Fase 2 – Pesquisa bibliográfica: a fim de incluir de forma cautelosa toda a literatura relevante sobre o tema de interesse, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos e a estratégia de busca nas bases de dados.

Critérios de inclusão: artigos originais, com abordagem quantitativa (delineamento experimental e observacional) e/ou com abordagem qualitativa, que avaliaram práticas realizadas no pré-natal para prevenção do trauma perineal no parto, publicados em português, inglês ou espanhol. Foram excluídas as pesquisas que abordavam a massagem perineal intraparto, bem como técnicas realizadas para outros fins, como fisioterapia urogenital.

A busca aos artigos publicados sobre o tema foi realizada sem limitação de tempo, nas bases de dados *Medical Literature on Line* (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), SCOPUS, *Web of Science*, Literatura da América Latina e Caribe (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e acrescida da busca na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e na biblioteca Cochrane. Foram utilizadas palavras do Mesh Database, títulos Cinahl e palavras-chave em português/inglês: massagem perineal, *perinal massage*, massagem, *massage*, *perineum*, *episiotomy*, *laceration*. Quando identificadas dissertações e teses nas bases de dados sobre o tema de interesse, foi realizada uma busca no currículo Lattes do autor principal, com o propósito de identificar a existência de artigos publicados.

As 1.750 referências localizadas foram inseridas no programa ENDNOTE basic (gerenciador de referências), sendo excluídas as duplicadas, resultando em 692 referências. A partir de então, iniciou-se a seleção das mesmas com a leitura do título e resumo/*abstract* disponíveis, pela pesquisadora principal.

Em seguida, os 28 artigos selecionados foram revisados e as dúvidas sobre a inclusão ou exclusão dos artigos foram apresentadas a uma outra pesquisadora, para a tomada de decisão. Foram excluídos os artigos que não estão disponíveis na íntegra para acesso gratuito nos respectivos periódicos. Após a seleção, obedecendo rigorosamente todos os critérios de inclusão/exclusão apresentados, se compôs uma amostra de 16 artigos de pesquisas.

Fase 3 – Avaliação dos dados: nesta etapa foram avaliadas as características dos artigos publicados, identificando o local de realização

da pesquisa e sob quais perspectivas o tema de interesse foi pesquisado. Não foi realizada a análise metodológica dos artigos selecionados.

Fase 4 – Análise dos dados: nesta fase, os dados provenientes das fontes primárias foram submetidos aos processos de redução, exibição e comparação de dados, seguido da verificação e conclusão (WHITTEMORE, KNALF, 2005). As informações dos estudos foram definidas e extraídas, sendo identificado em cada artigo o local do estudo, o ano de publicação, o delineamento do estudo e os principais resultados. Para a organização dos dados, foi construído um quadro que apresenta primeiro os estudos experimentais e em seguida os estudos não-experimentais, seguindo a ordem cronológica de publicação, dos mais antigos para os mais recentes, a fim de facilitar a visualização e comparação dos estudos.

Fase 5 – Apresentação: a partir do quadro elaborado na etapa anterior, os principais resultados foram descritos, a fim de fornecer informações que apoiem as conclusões apresentadas, suas implicações para a prática e a necessidade de futuras pesquisas sobre o tema.

RESULTADOS

Dos 16 artigos analisados, foram identificados 13 estudos com delineamento experimental e três estudos com delineamento transversal (Quadro1). Destes, somente quatro estudos foram publicados nos últimos cinco anos.

Nenhum dos estudos selecionados foi realizado no Brasil, bem como em outros países da América do sul. Quatro publicações foram provenientes de estudos realizados no Canadá (LABRECQUE, 1994; LABRECQUE et al., 1999; LABRECQUE, EASON, MARCOUX, 2001; LABRECQUE, EASON, MARCOUX, 2000); três nos Estados Unidos da América (EUA) (AVERY, BURKET, 1986; AVERY, ARSDALE, 1987; DAVIDSON, JACOBY, BROWN, 2000) e duas na Austrália (ATAN et al., 2016 e ISMAIL; EMERY, 2013). Os demais estudos foram realizados em Países diversos: Espanha (LEON-LARIOS et al., 2017), Áustria (BODNER-ADLER, BODNER, MAYERHOFER, 2002), Inglaterra (SHIPMAN et al., 1997), Alemanha (RUCKHÄBERLE et al., 2009), Singapura (KOK et al., 2004), Egito (ALI, 2015) e Israel (MEI-DAN et al., 2008).

Quadro 1 – Características dos estudos analisados, publicados de 1986 a 2017

ESTUDOS EXPERIMENTAIS			
Autores, ano de publicação e país	Desenho do estudo e participantes	Intervenção	Principais resultados
Leon-Larios et al. (2017) Espanha	Experimental - Ensaio clínico quase randomizado N= 466 gestantes Grupo intervenção (GI): n= 254 Grupo controle (GC): n= 212	GI: participação em um programa de treinamento do assoalho pélvico, que incluiu massagem perineal diária e exercícios do assoalho pélvico a partir de 32 semanas de gestação até o parto: 1) A massagem perineal foi realizada diariamente pela mulher ou pelo parceiro, durante oito minutos, de 32 semanas de gestação até o nascimento. Dois dedos foram introduzidos 3-4 centímetros na vagina e um foi utilizado para fazer pressão para baixo, e o	Os resultados foram analisados por intenção de tratar. Mulheres atribuídas à intervenção perineal/pélvica mostraram uma redução de 31,63% na taxa de episiotomia (50,56% <i>versus</i> 82,19%, $p < 0,001$) e maior probabilidade de ter um períneo íntegro (17,61% <i>versus</i> 6,85%, $p < 0,003$). Apresentaram também menos lacerações de terceiro (5,18% <i>versus</i> 13,12%, $p < 0,001$) e quarto grau (0,52% <i>versus</i> 2,5%, $p < 0,001$). Mulheres alocadas para o grupo intervenção também apresentaram menor dor perineal pós-parto (24,57% <i>versus</i> 36,30%, $p < 0,001$) e solicitaram menos analgésicos no período pós-natal (21,14% <i>versus</i> 30,82%, $p < 0,001$). Um programa do assoalho pélvico, composto por exercícios do assoalho pélvico e massagem

Continua

Continuação

		<p>outro para o lado oposto. O óleo de oliva foi usado como lubrificante durante a massagem.</p> <p>2) Treinamento muscular do assoalho pélvico: 10-15 contrações voluntárias do músculo do assoalho pélvico foram realizadas, 2 vezes ao dia, por cinco segundos cada, com relaxamento do assoalho pélvico após cada uma. Outros exercícios envolveram a contração de músculos, aumentando gradualmente a intensidade, como se os músculos fossem um elevador que tivesse que subir a partir do chão, 10 a 15 minutos, duas vezes ao dia.</p>	<p>perineal, pode prevenir episiotomias e lacerações em mulheres primíparas, além de aumentar a probabilidade de um períneo íntegro, comparando-se com as mulheres que receberam cuidados padrão</p>
--	--	--	--

Continua

Continuação

Autores, ano de publicação e país	Desenho do estudo e participantes	Intervenção	Principais resultados
Atan et al. (2016) Austrália	Experimental - Ensaio clínico randomizado (ECR) N= 660 nulíparas GI: n= 335 GC: n= 325	GI: uso do dispositivo EPI-NO®, a partir de 37 semanas de gestação até o dia do parto, realizando até duas sessões de 20 minutos por dia, compreendendo vários ciclos de 5 minutos. O balão é inserido em dois terços da vagina e inflado até causar uma sensação de alongamento ao nível de conforto pessoal. Após a conclusão de cada sessão, o balão inflado é expulso pelo esforço materno simulando a coroação e a expulsão da cabeça fetal. As participantes foram encorajadas a aumentar gradualmente a inflação do balão ao longo do tempo.	Não houve diferença significativa na incidência da avulsão do levantador do ânus; redução do risco absoluto; na sobredistensão hiatal irreversível; danos/traumas clínicos do esfíncter perineal e anal e lacerações perineais Observou-se uma taxa marginalmente maior de defeitos significativos do esfíncter anal externo, no ultrassom, no grupo intervenção (21 <i>versus</i> 14%; RR 1,44, IC 95%: 0,97-2,20; ARR -0,06; IC 95%: 0,13 a 0,05; P = 0,07). É improvável que o uso do dispositivo Epi-No no pré-natal seja clinicamente benéfico na prevenção do dano intraparto no elevador do ânus, ou esfíncter anal e do trauma perineal.

Continua

Continuação

Ali (2015) Egito	Experimental - ECR N=180 gestantes Grupo massagem perineal (GI1): n= 50 Grupo exercícios de Kegel (GI2): n= 60 Grupo controle (GC): n= 70	GI1: massagem perineal, realizada uma vez por semana, utilizando um lubrificante ou óleo natural. GI2: exercícios de Kegel: contrair os músculos da base do assoalho pélvico, durante cerca de 3 segundos e, em seguida, afrouxá-lo durante 3 segundos. Realizar este exercício em casa pelo menos 5 - 10 vezes/dia até o parto.	O grupo que realizou a massagem apresentou menor taxa de episiotomia (p=0,031) e de laceração (p <0,001), menos dor e melhor cicatrização perineal (p<0,001) quando comparado ao grupo controle. Massagem perineal e exercícios de Kegel reduzem estatisticamente a dor perineal 24 horas e 15 dias após o parto.
---------------------	--	--	--

ESTUDOS EXPERIMENTAIS

Autores, ano de publicação e país	Desenho do estudo e participantes	Intervenção	Principais resultados
Ruckhãberle et al. (2009) Alemanha	Experimental - ECR N= 272 primíparas	GI: treinamento com EPI- NO®, a partir da técnica ensinada pelo médico, diariamente, por no mínimo	A incidência de períneo íntegro foi maior no GI quando comparado ao GC (P = 0,05). Não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos em relação à taxa de lacerações

Continua

Continuação

	GI: n= 135 GC: n= 137	15min., a partir de 37 semanas e 1 dia de gestação.	perineais, à duração da 2ª etapa do trabalho de parto, uso de métodos de alívio da dor e taxa de infecção vaginal.
Mei-dan et al. (2008) Israel	Experimental - ECR N= 234 primíparas GI: n= 128 GC: n= 106	GI: massagem perineal digital, realizada diariamente a partir de 34 semanas de gestação, por aproximadamente 10 minutos, com óleo de calêndula + vitamina E.	A prática da massagem perineal pré-natal não demonstrou efeito protetor nem efeito negativo significativo sobre a ocorrência de laceração perineal de 1º grau, 2º grau, perineal anterior ou perineal interna.
Kok et al. (2004) Singapura	Experimental – Ensaio clínico não randomizado (ECNR) N= 91 primíparas GI: n= 31 GC: n= 60	GI: uso do dispositivo EPI-NO®, com auxílio de vaselina ou um gel lubrificante, introduzido na vagina pela mulher, em torno de 37 semanas de gestação, aumentando a pressão no balão para esticar lentamente a vulva, o períneo e o músculo vaginal.	Comparando entre os casos de partos vaginais normais com o uso do EPI-NO® (n = 20) e sem (n = 60), embora a taxa de episiotomia tenha sido significativamente menor (50,0% vs 93,3%, p <0,0001), não foram encontradas diferenças significativas entre as taxas de trauma perineal (90,0% vs 96,6%, p = 0,24).
Bodner-Adler, Bodner, Mayerhofer	Experimental – ECNR N= 531 primíparas	GI: massagem perineal durante 5-10 min, 3 a 4 vezes por semana, utilizando óleo de amêndoa	Massagem perineal durante a gestação não mostrou associação estatisticamente significativa com a ocorrência de trauma perineal ou vaginal.

Continua

Continuação

(2002) Áustria	GI: n= 121 GC: n= 410	para a lubrificação, a partir de 34 semanas de gestação.	
Labrecque, Eason, Marcoux (2000) Canadá	Experimental - ECR N= 949 mulheres n= 572 primíparas: GI: n= 283 GC: n= 289 377 multíparas: GI: n= 187 n= GC:190	GI: massagem perineal diária, a partir de 34/35 semanas de gestação, utilizando óleo de amêndoa doce para a lubrificação, por aproximadamente 10 minutos.	Nas primíparas não houve diferenças entre o GI e o GC. Nas multíparas, mais mulheres no GI do que no GC (n = 190) não referiram dor perineal 3 meses após o parto (p = 0,01)

ESTUDOS EXPERIMENTAIS

Autores, ano de publicação e país	Desenho do estudo e participantes	Intervenção	Principais resultados
Labreque et al. (1999) Canadá	Experimental - ECR N = 1522 n= 1034 primíparas GI: n= 518 GC: n= 512	GI: massagem perineal diária, a partir de 34/35 semanas de gestação, utilizando óleo de amêndoa doce para a lubrificação, por aproximadamente 10 minutos.	Nas primíparas: 24,3% do GI e 15,1% do GC tiveram um parto vaginal com um períneo intacto, com uma diferença absoluta de 9,2% (IC 95% 3,8% -14,6%). A taxa de parto com um períneo íntegro aumentou conforme a prática regular de massagem perineal (χ^2 para tendência 13.2, P = 0,0003) A massagem perineal aumenta a chance de um parto com períneo íntegro para as primíparas,

Continua

Continuação

	n= 493 múltíparas GI: n= 245 GC: n= 247		mas não para as mulheres com um parto vaginal anterior.
Shipman et al. (1997) Inglaterra	Experimental - ECR N=682 primíparas GI: n=332 GC: n=350	GI: massagem perineal 3-4 vezes por semana, durante 4 min, utilizando óleo de amêndoas doces para a lubrificação, durante a inserção dos dedos no interior da vagina, a partir da 34ª semana de gestação.	Taxa de laceração de 2º ou 3º grau ou episiotomia: 69,0% no GI e 75,1% no GC, demonstrando uma redução de 6,1% (P = 0,073). Taxa de partos instrumentais: redução de 40,9% para 34,6% (P = 0,094 Após o ajuste para idade da mãe e peso do recém-nascido essas reduções tiveram significância estatística (P = 0,024 e P = 0,034, respectivamente). Análise por idade: benefício muito maior da massagem em mulheres com idades entre 30 anos ou mais, comparado com os benefícios para àquelas com menos de 30 anos. Massagem perineal pré-natal parece ter algum benefício na redução de lacerações de 2º ou 3º grau ou episiotomia, bem como partos instrumentais, principalmente em mulheres com 30 anos ou mais.
Labreque et al. (1994) Canadá	Experimental - ECR (Piloto) N= 46 primíparas	GI: massagem perineal realizada pela mulher ou seu parceiro, diariamente, a partir da 34ª semana de gestação, utilizando	De acordo com o questionário respondido, 91% das mulheres do grupo intervenção realizaram a massagem pelo menos 4 vezes por semana. Os parceiros de 2/3 das mulheres participaram de 30% ou mais das massagens realizadas. A

Continua

Continuação

		vitamina E, azeite de oliva ou outro óleo para lubrificação.	maioria das mulheres considerou a técnica aceitável, tanto física como
ESTUDOS EXPERIMENTAIS			
Autores, ano de publicação e país	Desenho do estudo e participantes	Intervenção	Principais resultados
	GI: n= 22 GC: n= 24		psicologicamente e relatou que usaria a massagem novamente durante a sua próxima gravidez (71,4%) e recomendaria a outras gestantes (85,7%). Este estudo piloto não tinha o poder estatístico para avaliar o trauma perineal, apenas avaliar a viabilidade de um grande ensaio clínico para tal.
Avery, Arsdale (1987) EUA	Experimental – (ECNR) N=55 primíparas GI: n= 29 GC: n= 26	GI: massagem perineal realizada pela mulher ou seu parceiro, diariamente, a partir da 34ª semana de gestação, utilizando vitamina E, azeite de oliva ou outro óleo para lubrificação. Exercícios regulares de Kegel também faziam parte da rotina.	Taxa de episiotomia e/ou laceração de 2º grau (ou superior): ocorreu em 48% dos sujeitos do GI e 77% dos controles (p <0,05) Lacerações de 3 e 4º grau: ocorreram somente após a realização de uma episiotomia. Apgar: não foram verificadas diferenças significativas. O estudo sugere que o uso de massagem perineal pré-natal, motivada pelos profissionais e praticada pelas mulheres nas últimas 6 semanas

Continua

Continuação

			de gestação, pode reduzir a necessidade de episiotomia e a ocorrência de lacerações significativas. Devido ao efeito da paridade sobre a elasticidade do períneo, os autores sugerem limitar esse estudo para nulíparas.
Avery, Burket (1986) EUA	Experimental – ECR N= 20 mulheres (múltiparas e nulíparas) GI: n= 10 GC: n= 10	GI: massagem perineal realizada pela mulher ou seu parceiro, diariamente, a partir da 34 ^a semana de gestação, utilizando vitamina E, azeite de oliva ou outro óleo para lubrificação. Exercícios regulares de Kegel também faziam parte da rotina.	Este estudo apoiou a hipótese de que as mulheres que praticam a massagem perineal pelo menos quatro vezes por semana têm uma menor incidência de episiotomia e lacerações do que aqueles que não o fazem ($x^2 = 9,89$ $p < 0,01$).
ESTUDOS OBSERVACIONAIS			
Autores, ano de publicação e país	Desenho do estudo e participantes	Objetivo	Principais resultados
Ismail, Emery	Corte transversal	Identificar a aceitabilidade da massagem perineal para	A maioria das entrevistadas (61,4%) considerou a prática aceitável e ficou satisfeita com a

Continua

Continuação

(2013) Austrália	N= 113 puérperas	as gestantes, na prática clínica do dia-a-dia, bem como a sua consciência na realização da técnica.	execução da técnica pelo seu marido/companheiro (56,7%). A maior parte tinha ouvido falar sobre a prática (37,2%) e sabia que deveria ser realizada diariamente (30,1%), mas poucas responderam que deveria ser praticada a partir de 34 semanas (9,7%) e mantida por 5-10min. (11,5%).
Labrecque, Eason, Marcoux (2001) Canadá	Corte transversal (braço de um ECR) N= 763 mulheres (GI do ECR): Primíparas: n= 518 Multíparas: n= 245	Determinar como as mulheres que praticaram a massagem perineal durante a gravidez avaliaram a técnica.	A massagem perineal foi considerada bastante aceitável e a maioria das mulheres relatou que faria novamente em uma próxima gestação. Quanto mais os parceiros participaram da massagem, mais positiva foi a opinião das mulheres sobre o efeito da prática sobre o seu relacionamento com o companheiro.
Davidson, Jacoby, Brown (2000) EUA	Corte transversal Multíparas: n= 307 Primíparas: n= 61	Investigar a associação entre a incidência de lacerações perineais e 13 variáveis, especialmente a preparação pré-natal do períneo.	Dos 13 fatores investigados, os únicos fatores independentemente associados à gravidade das lacerações foram a paridade e a massagem perineal pré-natal.

Conclusão

Do total de estudos, apenas três abordaram o uso do dispositivo EPI-NO® para prevenção do trauma perineal (ATAN et al., 2016; RUCKHÄBERLE et al., 2009; KOK et al., 2004). Trata-se de um equipamento constituído por um balão de silicone inflável, conectado a uma bomba de mão, que é projetado no interior da vagina com o objetivo de adaptar gradualmente a vagina e o períneo a maiores volumes.

Em um destes estudos (KOK et al., 2004), a taxa de episiotomia foi significativamente menor no grupo que usou o dispositivo; e no outro (RUCKHÄBERLE et al., 2009), que incluiu somente as primíparas, a incidência de períneo íntegro foi maior no grupo intervenção (GI) quando comparado ao grupo controle (GC), sem apresentar outras diferenças significativas. Em ambos os estudos, as mulheres foram orientadas a utilizar o dispositivo a partir de 37 semanas de gestação, com auxílio de vaselina ou gel lubrificante, por 15 minutos.

Contudo, o estudo mais recente (ATAN et al., 2016) sobre este dispositivo demonstrou uma taxa marginalmente maior de defeitos significativos do esfíncter anal externo, ao ultrassom, no grupo intervenção, sem apresentar diferenças significativas nos demais desfechos estudados. Neste, as participantes foram orientadas a realizar até duas sessões de 20 minutos por dia, compreendendo vários ciclos de 5 minutos, sendo encorajadas a aumentar gradualmente a inflação do balão ao longo do tempo.

Dos 10 ensaios clínicos nos quais a intervenção foi a massagem perineal, a maioria incluiu apenas as mulheres primíparas (LEON-LARIOS et al, 2017; AVERY, ARSDALE, 1987; LABREQUE et al 1994 SHIPMAN et al., 1997; BODNER-ADLER, BODNER, MAYERHOFER, 2002; MEI-DAN, 2008). Em dois estudos (LABREQUE et al 1999; LABRECQUE, EASON, MARCOUX, 2000), apesar da participação das múltiparas, a análise foi feita por subgrupo, considerando a paridade.

Massagem perineal digital trata-se de uma massagem na musculatura do assoalho pélvico (MAP), através da introdução de um ou dois dedos, três a quatro centímetros de profundidade da entrada da vagina, primeiramente aplicando e mantendo pressão no sentido descendente por dois minutos e depois por mais dois minutos para cada lado. (LABRECQUE et al, 1999).

Na maioria dos estudos (AVERY, BURKET, 1986; AVERY, ARSDALE, 1987; LABREQUE et al, 1994; SHIPMAN et al., 1997; BODNER-ADLER, BODNER, MAYERHOFER, 2002; MEI-DAN,

2008), as participantes foram orientadas a iniciar a massagem com 34 semanas de gestação. Dois estudos deixaram em aberto 34 – 35 semanas de gestação (LABREQUE et al 1999; LABRECQUE, EASON, MARCOUX, 2000) e no estudo de Ali (2015) as mulheres foram orientadas a iniciar com 35 semanas de gestação.

O uso de gel ou óleo vegetal lubrificante, a fim de facilitar a realização da massagem perineal, foi utilizado pelas gestantes que participaram de todos os estudos. Na maioria deles (LEON-LARIOS et al, 2017; AVERY, BURKET, 1986; AVERY, ARSDALE, 1987; LABREQUE et al, 1994; LABREQUE et al 1999; LABRECQUE, EASON, MARCOUX, 2000; MEI-DAN, 2008;) a massagem deveria ser realizada diariamente. Em dois estudos (SHIPMAN et al., 1997; BODNER-ADLER, BODNER, MAYERHOFER, 2002), a orientação foi realizar três a quatro vezes por semana, e em um único estudo (ALI, 2015) apenas uma vez por semana.

Em um dos estudos (ALI, 2015), além do GI que realizou a massagem perineal, um outro grupo de mulheres foi orientado a realizar regularmente os exercícios de Kegel pelo menos 5 – 10 vezes/dia até o dia do parto. Estas, foram orientadas a contrair os músculos na base da pélvis, durante cerca de 3 segundos e, em seguida, relaxá-los durante 3 segundos.

Já no estudo mais recente sobre a massagem perineal, incluído nesta revisão (LEON-LARIOS et al, 2017), as mulheres do grupo intervenção participaram de um treinamento, que além da massagem perineal diária a partir de 32 semanas de gestação incluiu exercícios de contração e relaxamento da musculatura do assoalho pélvico.

A massagem perineal realizada durante a gestação demonstrou reduzir significativamente a taxa de episiotomia (LEON-LARIOS et al, 2017; AVERY, BURKET, 1986; ALI, 2015), a taxa de laceração (LEON-LARIOS et al, 2017; AVERY, ARSDALE, 1987; AVERY, BURKET, 1986; ALI, 2015), e a incidência de dor no pós-parto (LEON-LARIOS et al, 2017; LABRECQUE, EASON, MARCOUX, 2000; ALI, 2015), além de aumentar a incidência de períneo íntegro nas primíparas (LEON-LARIOS et al, 2017; LABREQUE et al 1999). Em apenas cinco estudos (LEON-LARIOS et al, 2017; AVERY, BURKET, 1986; AVERY, ARSDALE, 1987; LABREQUE et al., 1994; LABREQUE et al 1999) as mulheres foram orientadas sobre a possibilidade de o parceiro também ser o provedor da massagem.

Os três estudos que avaliaram a aceitabilidade da massagem perineal pelas mulheres, demonstraram que a prática foi avaliada de forma positiva, inclusive quando realizada pelos companheiros

(LABRECQUE et al., 1994; LABRECQUE, EASON, MARCOUX, 2001; ISMAIL, EMERY, 2013).

Estudo de Davidson, Jacoby, Brown (2000), que investigou variáveis preditoras de lacerações perineais, demonstrou que 5 dos 13 fatores investigados foram significativamente associados com o grau de laceração: massagem perineal pré-natal, paridade, idade materna, posição materna no parto, e duração do segundo estágio do trabalho de parto. No entanto, quando a paridade foi controlada, somente ela e a massagem perineal permaneceram independentemente associadas com uma menor gravidade das lacerações. As outras variáveis estudadas foram: ganho de peso na gravidez, hematócrito no final do pré-natal, duração da segunda etapa do trabalho de parto, história de episiotomia em um parto anterior, história de laceração em um parto anterior, peso do recém-nascido, posição do feto no momento do parto, procedência de mão, e uma categoria agregada composta de fatores que aumentam o tamanho da apresentação do recém-nascido (peso ao nascer, procedência de mão, e a posição occipital posterior).

DISCUSSÃO

Apesar de vários estudos incluídos nesta revisão apresentarem uma amostra reduzida, os achados encontrados contribuem para as evidências sobre a prevenção do trauma perineal, uma vez que a maioria deles tinham delineamento experimental. Os modelos experimentais são considerados o padrão ouro de evidência, pois ao testar relações de causa e efeito, geram dados de mais alta qualidade (GRIMES, SCHULZ, 2002). Três artigos incluídos neste estudo (LABRECQUE et al, 1994; LABRECQUE et al, 1999; SHIPMAN et al, 1997) fazem parte da revisão sistemática da Colaboração Cochrane sobre o uso da massagem perineal pré-natal para redução do trauma perineal (BECKMANN, STOCK, 2015). O outro ensaio clínico incluído na revisão da Cochrane foi excluído deste estudo por estar disponível na íntegra apenas no idioma japonês (SHIMADA, 2005).

Destaca-se que sete publicações (LABRECQUE et al., 1994; LABRECQUE, EASON, MARCOUX, 2000; LABRECQUE et al., 1999; AVERY, ARSDALE, 1987; AVERY, BURKET, 1986; LABRECQUE, EASON, MARCOUX, 2001; DAVIDSON, JACOBY, BROWN, 2000) são de estudos realizados no Continente Norte-Americano, no Canadá e EUA, que estão entre os países mais desenvolvidos do mundo.

No Brasil, a maioria das mulheres sofre algum tipo de trauma perineal no momento do nascimento. Um inquérito nacional demonstrou

que 56,1% das mulheres são submetidas à episiotomia durante o período expulsivo (LEAL et al., 2014), sendo um dos poucos procedimentos que ainda é realizado sem a ciência e/ou consentimento da mulher em diversas instituições de saúde. Em relação às lacerações espontâneas, estudo realizado com 6365 mulheres, encontrou uma taxa de 45,5% de lacerações espontâneas e apenas 28,6% de integridade perineal preservada em partos assistidos por enfermeiras obstétricas em um hospital geral (RIESCO et al., 2010). Um outro-estudo, com desenho quase-experimental, realizado com 70 nulíparas, encontrou a ocorrência de laceração perineal em 81,1% dos partos atendidos com manejo ativo do terceiro período e 82,4% naqueles com manejo expectante (RIESCO, et al., 2007).

Diante desta realidade, considerando que a massagem perineal é uma tecnologia de baixo custo, realizada pela própria mulher ou por seu companheiro a partir de 34 semanas de gestação, torna-se necessário avaliar qual a aceitabilidade das mulheres brasileiras em relação à massagem perineal realizada durante a gestação e a associação desta prática com a redução do trauma perineal no nascimento.

O fato de vários estudos excluírem as mulheres com um parto vaginal anterior demonstra que, apesar de a primiparidade não ser uma indicação para a realização de uma episiotomia e da subjetividade desta avaliação (ZANETTI et al, 2009), culturalmente não é dado valor para a grande capacidade de distensão da musculatura do assoalho pélvico. Fatores como a idade, o sedentarismo e a adoção de uma posição horizontalizada para o parto, podem estar relacionadas com a capacidade da distensão perineal em cada mulher. Moysés Paciorninik (1914), em seu livro denominado “Aprenda a nascer e a viver como os índios”, descreveu a naturalidade do parto indígena e as vantagens do parto verticalizado, destacando a incrível capacidade que a musculatura perineal tem de distender-se para o parto e voltar a contrair-se para oferecer sustentação aos órgãos pélvicos e constrição para desempenhar atividades como a relação sexual, a micção e a defecação. Em estudo de Shipman e colaboradores (1997), realizado com 682 mulheres, a massagem perineal demonstrou um benefício muito maior em mulheres com idades entre 30 anos ou mais, comparado com os benefícios para àquelas com menos de 30 anos.

Considerando que a massagem perineal durante a gestação é bem aceita por grande parte das mulheres (LABRECQUE, EASON, MARCOUX, 2001; ISMAIL, EMERY, 2013) e que o trauma perineal no parto pode trazer graves consequências à médio e longo prazo, todas as mulheres deveriam ser estimuladas a preparar a musculatura do

assoalho pélvico, com a possibilidade de aumentar a capacidade de distensão perineal.

Estudo realizado em Londres, que avaliou os resultados da implementação de um programa para a orientação acerca da massagem perineal, realizada pelas *midwives*, demonstrou que mais de 90% das mulheres que realizaram a massagem perineal repetiria em uma próxima gestação e que gostaria de recomendar às suas amigas. Algumas mulheres relataram dificuldades na realização da massagem por ser desconfortável; pelo tempo destinado à prática (cinco minutos) parecer muito longo; achar a massagem difícil, entediante e horrível. No entanto, apesar desses relatos elas consideraram que a massagem valeu a pena, uma vez que ajudou-a a reconhecer quando a cabeça do bebê estava coroadando e contribuiu para que o períneo permanecesse íntegro após o parto (GOMME, SHERIDAN, BEWLEY, 2004).

Dentre as práticas realizadas durante a gestação para a prevenção do trauma perineal no parto, observa-se que há mais estudos que avaliaram a aplicabilidade da massagem perineal, quando comparado ao EPI-NO®. Esta característica pode estar relacionada ao investimento financeiro necessário para a aquisição e o uso do equipamento, enquanto o custo para a realização da massagem perineal é apenas do óleo ou lubrificante, caso a gestante deseje. Além disso, apenas um estudo avaliou a aceitabilidade das mulheres ao uso do EPI-NO®. Em uma escala subjetiva relativa ao medo de usar o EPI-NO® (0 para nenhum medo e 10 para muito medo), 21 mulheres (67,7%) tiveram uma pontuação de 4 ou menos. Em relação ao conforto na utilização do equipamento (0 para muito confortável e 10 para muito desconfortável), 17 mulheres (54,8%) tiveram uma pontuação de 4 ou menos. (KOK et al., 2004).

CONCLUSÃO

Esta revisão apresenta uma visão geral acerca das práticas realizadas durante a gestação para prevenção do trauma perineal no parto. Observa-se que, diferentemente das práticas realizadas no segundo estágio do trabalho parto, que são diversas, são duas as práticas investigadas, que são realizadas ainda durante a gestação, para a prevenção do trauma perineal no momento do nascimento: o uso do dispositivo EPI-NO® e a realização da massagem perineal digital. Também foram encontrados dois estudos que investigam a massagem perineal associada à exercícios do assoalho pélvico.

Os resultados dos estudos apontam que o EPI-NO® pode reduzir a taxa de episiotomia e aumentar a taxa de períneo íntegro nas primíparas. A massagem perineal realizada durante a gestação pela própria mulher ou por companheiro de sua escolha demonstrou reduzir significativamente a taxa de episiotomia, a taxa de laceração, e a incidência de dor no pós-parto, além de aumentar a incidência de períneo íntegro nas primíparas.

Apesar de alguns estudos apresentarem os benefícios do preparo perineal durante a gestação para prevenção do trauma perineal no parto, esta associação ainda não foi investigada na realidade brasileira, sendo necessárias pesquisas que avaliem de forma qualitativa e quantitativa o uso desta intervenção durante o pré-natal. Destaca-se que, diferentemente do Epi-No, a massagem perineal digital não apresenta qualquer custo para as gestantes, para os profissionais ou para as instituições de saúde, sendo necessário apenas o interesse dos profissionais em orientar as gestantes sobre os possíveis benefícios e a aceitabilidade das mesmas.

Por fim, considera-se que são necessários estudos que investiguem os benefícios da massagem perineal pré-natal e a aderência da mulher e dos profissionais na realidade brasileira. O uso da técnica pode ser uma das estratégias para que as mulheres conheçam mais o próprio corpo e compreendam a fisiologia do nascimento e a capacidade de distensão perineal.

REFERÊNCIAS

ALI, H. A. E. F. Effects of Prenatal Perineal Massage and Kegel Exercise on the Episiotomy Rate. **Journal of Nursing and Health Science**. 4: 61-70 p. 2015.

American College of Obstetricians-Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin. Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 71, April 2006. **Obstet Gynecol**. 2006; 107:957-62

AMORIM, M. M. R.; FRANCA, N.; ANTONIO H; KATZ, L.; COUTINHO, I.; MELO, I.; LEAL, N. V. Selective Episiotomy Compared With Implementation of a Nonepisiotomy Protocol. **Obstetrics and Gynecology** (New York. 1953). 125, p. 41S-42S, 2015.

AMORIM, M. M. R.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**. 2008;36:47-54.

ATAN, I. K.; SHEK, K. L.; LANGER, S.; ROJAS, R. G.; CAUDWELL-HALL, J.; DALY, J. O. DIETZA, H. P. Does the Epi-No® birth trainer prevent vaginal birth-related pelvic floor trauma? A multicentre prospective randomised controlled trial. **BJOG: Int J Gynaecol Obstet.**, v. 123, n. 6, p. 995-1003, 2016.

AVERY, M. D.; BURKET, B. A. Effect of perineal massage on the incidence of episiotomy and perineal laceration in a nurse-midwifery service. **J Nurse Midwifery**. 31: 3, p. 128-34. 1986.

AVERY, M. D.; VAN ARSDALE, L. Perineal massage. Effect on the incidence of episiotomy and laceration in a nulliparous population. **J Nurse Midwifery**. 32: 3, p. 181-4, 1987.

BECKMANN, M. M.; STOCK, O. M. Antenatal perineal massage for preventing perineal trauma. **Cochrane Review**. Issue 7, 2015.

BODNER-ADLER, B.; BODNER, K.; MAYERHOFER, K. Perineal massage during pregnancy in primiparous women. **Int J Gynaecol Obstet**. 78: 1, p. 51-3. 2002.

BRASIL. Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 19 Ago. 2015.

DAVIDSON, K.; JACOBY, S.; BROWN, M. S. Prenatal perineal massage: preventing lacerations during delivery. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, 29: 5, p. 474-9, 2000.

DINIZ, S. G.; CHACAM, A. “The Cute above” and “The Cut Below”: the abuse of cesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. **Reprod. Health Matters**. 12: 23, p. 100-10, 2004.

D’ORSI, E.; CHOR, D. GIFFIN, K.; ANGULO-TUESTA, A.; BARBOSA, G. P.; GAMA, A. S.; REIS, A. C.; HARTZ, Z. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**. 39: 4, p. 645-54, 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n4/25539.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

FOGAÇA, V. D.; SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G. Intervenções obstétricas no trabalho de parto em mulheres submetidas á cesareana. **Cogitare Enferm.** 12: 3, p. 296-305. 2007.

GOMME, C.; SHERIDAN, M.; BEWLEY, S. Antenatal perineal massage: Part 2. **British journal of midwifery.** 12. 2004.

GOMME, C.; SHERIDAN, M.; BEWLEY, S. Antenatal perineal massage: Part 2. **British journal of midwifery.** 11. 2003.

GRIMES, D. A.; SCHULZ, K. F. An overview of clinical research: the lay of the land. **The Lancet.** 359 (9300):57-6. 2002

ISMAIL, S. I.; EMERY, S. J. Patient awareness and acceptability of antenatal perineal massage. **J Obstet Gynaecol.** 33: 8, p. 839-43. 2013.

KOK, J.; TAN, K. H.; KOH, S.; CHENG, P. S.; LIM, W. Y.; YEW, M. L.; YEO, G. S. H.; HIAN, K. T. K. Antenatal use of a novel vaginal birth training device by term primiparous women in Singapore. **Singapore Medical Journal.** 45: 7, p. 318-323.

LABRECQUE, M.; EASON, E.; MARCOUX, S. Women's views on the practice of prenatal perineal massage. *Bjog*, 108, v. 5, p. 499-504, May 2001

LABRECQUE, M.; EASON, E.; MARCOUX, S.; LEMIEUX, F.; PINAULT, J. J.; FELDMAN, P.; LAPERRIÈRE, L. Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. **Am J Obstet Gynecol.** 180: 3, p. 593-600. 1999.

LABRECQUE, M.; MARCOW, S. LAROCHE, J. J. C.; MARTIN, S.. Prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy: a pilot study. **Birth** 21:1. 1994

LEON-LARIOS, F. Corrales-Gutierrez, I.; Casado-Mejía, R.; Suarez-Serrano, C. Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. **Midwifery**, v. 50, p. 72-77, 2017.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; FILHA, M. M. T.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; BASTOS, M. H.; GAMA, S. G. N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, 30: suppl. 1, p. S17-S47, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

MEI-DAN, E.; WALFISCH, A.; RAZ, I.; LEVY, A.; HALLAK, M. Perineal massage during pregnancy: a prospective controlled trial. **Isr Med Assoc J.** 10: 7, p. 499-502. 2008.

OLIVEIRA, M. I. C.; DIAS, M. A. B.; CUNHA, C. B.; LEAL, M. C. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999 - 2001. **Rev. Saúde Pública.** 42: 5, p. 895-902, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6234.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

RIESCO, M. L. G.; COSTA, A. S. C.; ALMEIDA, S. F. S.; BASILE, A. L. O.; OLIVEIRA, S. M. J. V. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 19(1):77-83. 2011

RIESCO, M. L. G.; COSTA, A. S. C.; OLIVEIRA, S. M. J. V. SCHNECK, C. A.; COLACIOPPO, P. M. Laceração perineal no manejo ativo versus manejo expectante do feto durante o nascimento. **Revista Paulista de Enfermagem**, 26, p. 17-24, 2007.

RUCKHABERLE, E.; JUNDT, K.; BAUERLE, M.; BRISCH, K. H.; ULM, K.; DANNECKER, C.; SCHNEIDER, K. T. M. Prospective randomised multicentre trial with the birth trainer EPI-NO (R) for the prevention of perineal trauma. **Australian &**

New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology. 49: 5, p. 478-483. 2009.

SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G. Intervenções no Parto de Mulheres Atendidas em um Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar. **REME Rev. Min. Enferm.** 10: 3, p. 240-6.,2006.

SHIPMAN, M. K.; BONIFACE, D. R.; TEFFT, M. E.; MCCLOGHRY, F. Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes: a randomised controlled trial. **Br J Obstet Gynaecol.** 104: 7, p. 787-91. 1997.

Steiner N.; Weintraub A. Y.; Wiznitzer A.; Sergienko R.; Sheiner E. Episiotomy: the final cut? **Arch. Ginecol. Obstet.** 286: 6, p. 1369-73. 2012.

WAGNER, M. Episiotomy: a form of genital mutilation. **Lancet.** 353:1977-8. 1999.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs**, 52: 5, p. 546-53.2005. Acesso em: 10 Set. 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x> >.

World Health Organization (WHO). **Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit of the World Health Organization, Care in Normal Birth: A practical guide.** 1-54. 1996.

VOGT, S. E. ; DINIZ, S. G.; TAVARES, C. M.; SANTOS, N. C. P.; SCHNECK, C. A.; ZORZAM, B.; VIEIRA, D.A.; SILVA, K. S.; DIAS, M. A. B. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.**27, p. 1789-1800, 2011.

ZANETTI, M. R. D.; PETRICELLI, C. D.; ALEXANDRE, S. M.; TORLONI, M. R.; NAKAMURA, M. U.; SASS, N. Episiotomia: revendo conceitos. **FEMINA.** v. 37. Julho, 2009.

5.2 MANUSCRITO 2 - EFETIVIDADE DA MASSAGEM PERINEAL DIGITAL NA GESTAÇÃO PARA PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL: ESTUDO PILOTO DE UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Juliana Jacques da Costa Monguilhott
Odaléa Maria Brüggemann

RESUMO

Objetivo: Avaliar a adesão das gestantes e seus acompanhantes à realização da massagem perineal digital durante a gestação e sua efetividade na prevenção do trauma perineal no parto e na redução de morbidades associadas nos 45 dias e 90 dias pós-parto. **Método:** estudo piloto de ensaio clínico randomizado, realizado de março/2016 a dezembro/2017. Foram randomizadas 153 gestantes de risco habitual, 78 alocadas no grupo intervenção (realizaram a massagem perineal digital) e 75 no grupo controle (cuidados habituais). Os dados foram analisados no *Statistical Package for the Social Sciences*. A comparação entre os grupos foi realizada pelo teste t independente ou U de Mann-Whitney; teste Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fischer; e Risco Relativo com o intervalo de confiança. Após as perdas e exclusões, permaneceram 44 mulheres em cada grupo para a análise do desfecho principal (trauma perineal). **Resultados:** apesar de ser um estudo piloto, constatou-se que a massagem perineal foi fator de proteção para a ocorrência de edema nos primeiros 10 dias pós-parto (RR 0,639; IC 95% 0,412-0,991) e para a perda involuntária de gases 45 dias pós-parto (RR 0,570; IC 95% 0,379-0,856), conforme relato das mulheres do grupo de intervenção. Nos demais desfechos não foram observadas diferenças significativas entre os grupos, entretanto o ajuste residual ≥ 2 observado na análise das condições do períneo pós-parto mostrou uma tendência das mulheres do grupo intervenção terem períneo íntegro. As mulheres demonstraram uma boa aceitação da prática, assim como os 24 companheiros que realizaram a massagem perineal a pedido das gestantes. **Conclusão:** a realização da massagem perineal digital é efetiva para a redução do edema perineal e perda de gases, sendo bem aceita pelas gestantes e pelos acompanhantes. No entanto, são necessários estudos controlados com tamanho amostral dimensionado para avaliar os benefícios da massagem na prevenção do trauma perineal. Registro Brasileiro de ensaio clínico: RBR-4MSYDX.

Palavras-chave: ensaio clínico; períneo; atenção pré-natal; laceração; episiotomia.

INTRODUÇÃO

A maioria dos partos vaginais está associado a algum tipo de trauma perineal, decorrente de lacerações espontâneas ou como consequência da episiotomia. Cerca de 53 a 79% das mulheres apresentam algum tipo de laceração no parto e ficam sujeitas à morbidade associada a este trauma, sendo as mais frequentes as lacerações perineais de primeiro e de segundo grau (ACOG, 2016). Embora o uso da episiotomia de rotina esteja menos frequente, estudos mostram que, independente do modelo de assistência ao parto, a ocorrência do trauma perineal ainda é muito frequente na realidade brasileira (RIESCO et al., 2011; AMORIM et al., 2015).

São diversos os fatores que podem influenciar na ocorrência do trauma perineal no parto. Em relação à episiotomia, as variáveis clínicas associadas à sua realização na maioria das vezes fazem parte de uma cascata de intervenções desnecessárias. Em estudo que incluiu 12.093 partos em um hospital terciário, as variáveis clínicas que apresentaram uma associação significativa com a realização deste procedimento foram: primiparidade (RR=2,98), idade gestacional > 41 semanas (RR=1,2), indução do trabalho de parto (RR=1,33), uso de analgesia peridural (RR=1,95), uso de ocitocina (RR=1,58), posição de litotomia durante a expulsão fetal (RR=6,4) e instrumentação (RR=1,84) (BALLESTEROS-MESEGUER et al., 2016). Revisão sistemática da literatura também descreveu outros fatores relacionados à prática da episiotomia e que são mais analisados pelos estudos brasileiros, incluindo condições maternas, condições fetais e condições assistenciais (SANTOS; SANTOS, 2016; GAMA et al., 2016).

A ocorrência do trauma perineal espontâneo também pode ser influenciada por diversos fatores, incluindo o profissional que está realizando a assistência (HODNETT et al., 2011), a posição materna (GUPTA; HOFMEYR; SHEHMAR, 2012), a idade materna, a idade gestacional no parto e o peso do bebê ao nascer (OTT, et al, 2015).

A dor perineal e a dispareunia são morbidades frequentes no pós-parto, sendo que a recuperação do trauma perineal está entre os principais fatores que afetam a retomada da atividade sexual satisfatória neste período (LEEMAN; ROGERS, 2012). Apesar do impacto negativo sobre as atividades diárias de uma mulher, muitas vezes os desconfortos provocados pelo trauma são negligenciados pelos

profissionais de saúde e não são relatados por mulheres que consideram ser um resultado normal decorrente do parto (FRANCISCO et al., 2011; SILVA et al., 2013).

Diferentes técnicas e intervenções estão sendo utilizadas por profissionais para permitir que o períneo possa distender lentamente no parto vaginal, a fim de favorecer a fisiologia e evitar a lesão perineal no momento do nascimento. Entre as técnicas realizadas no segundo estágio do trabalho de parto, estão o uso de compressas quentes e massagem perineal intraparto (AASHEIM et al., 2011), injeção perineal de *hyaluronidase* (HAase) (FAN et al., 2011), bem como técnicas de proteção perineal (COSTA; RIESCO, 2006).

Técnicas utilizadas durante a gestação para a prevenção do trauma perineal no momento do nascimento também estão sendo investigadas, como o uso do Epi-no (KOK et al., 2004; RUCKHÄBERLE et al., 2009; AZANZA et al., 2016; KAMISAN ATAN et al., 2016); da massagem perineal digital pré-natal (BECKMANN; STOCK, 2015); e de programas de treinamento do assoalho pélvico, que podem combinar diferentes técnicas (LEON-LARIOS et al., 2017).

Em relação à realização da massagem perineal digital a partir de 34 semanas de gestação, os benefícios apontados em revisão sistemática sobre o tema incluem uma redução geral da incidência de trauma que requer sutura (RR 0,91 – IC95%: 0,86 a 0,96), e menor propensão à episiotomia (RR 0,84 - IC 95%: 0,74 a 0,95) nas primíparas, além de uma redução estatisticamente significativa na incidência de dor nos três meses pós-parto (RR 0,45 - IC 95%: 0,24 a 0,87) entre as multíparas (BECKMANN; STOCK, 2015). Quanto à adesão, a maioria das mulheres avaliam a técnica como aceitável, física e psicologicamente, inclusive quando realizada por companheiro de sua escolha (LABRECQUE; EASON; MARCOUX, 2001).

Apesar de a massagem perineal digital ser uma prática de baixo custo, que pode ser realizada pela própria gestante e/ou seu companheiro, cujas evidências disponíveis indicam seus benefícios, não se tem conhecimento acerca da factibilidade e efetividade dessa intervenção, quando realizada na realidade brasileira. Neste contexto, este estudo piloto foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a adesão das gestantes e seus acompanhantes à realização da massagem perineal digital durante a gestação e sua efetividade na prevenção do trauma perineal no parto e na redução de morbidades associadas nos 45 dias e 90 dias pós-parto.

Um estudo piloto é considerado a melhor opção para testar a

viabilidade de um ECR completo, uma vez que ele permite avaliar a aceitabilidade da intervenção, dos procedimentos necessários para a sua implementação e posteriormente determinar o tamanho amostral adequado para testar a efetividade.. A divulgação de resultados de um estudo piloto contribui para que os pesquisadores interessados no tema conheçam os desafios metodológicos e práticos que envolvem o planejamento e a condução de estudos de intervenção (FEELEY et al, 2009).

MÉTOD

Estudo piloto de ensaio clínico randomizado (ECR), realizado de março de 2016 a dezembro de 2017, com gestantes que pretendiam ter o parto em uma das maternidades públicas do município de Florianópolis no Estado de Santa Catarina, Brasil: Hospital Universitário (HU) Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), maternidade Carmela Dutra (MCD) da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, ou Hospital Regional de São José (HRSJ) Dr. Homero de Miranda Gomes. Os estudos pilotos podem abordar uma variedade de questões metodológicas e práticas, podendo ser o primeiro e mais importante passo na realização de ensaios clínicos randomizados completos, com desenho metodológico de alta qualidade, que fornecerão resultados para a prática clínica. Representam uma excelente oportunidade para avaliar a aceitabilidade de uma intervenção e afinar o conteúdo e o formato, através do *feedback* dos envolvidos (FEELEY et al, 2009).

Participantes

Mulheres com idade gestacional a partir de 30 semanas de gestação, foram convidadas a participar do estudo nas unidades locais de saúde do município de Florianópolis, na sala de espera, antes ou depois da consulta pré-natal, ou nos encontros do grupo de gestantes, e durante a visita para reconhecimento da maternidade do HU/UFSC.

Foram consideradas elegíveis gestantes que desejavam ter parto vaginal em uma das maternidades já descritas; tinham idade gestacional ≤ 35 semanas na randomização; gestação única, de risco habitual; referiram disponibilidade para realizar a massagem perineal digital diariamente por 5 - 10 min; capacidade para compreender, ler e falar em português; e capacidade para compreender as instruções sobre a massagem. Foram critérios de exclusão: feto com peso estimado \geq

4000g. ou outra evidência clínica de desproporção céfalo-pélvica; restrição do crescimento fetal grave; indicação de cesárea eletiva; placenta prévia; pré-eclâmpsia; lesão genital ativa por herpes após 34 semanas de gestação; alergia ao óleo de amêndoas; e já estar realizando a massagem perineal.

Os acompanhantes que as mulheres escolheram para fazer a massagem no seu períneo e que aceitaram realizar essa técnica, seguiram os seguintes critérios de inclusão: ter disponibilidade para realizar a massagem digital perineal diariamente por 5 - 10 min; capacidade para compreender, ler e falar em português; e capacidade para compreender as instruções sobre a massagem.

Intervenção

Massagem perineal digital, realizada pela gestante (automassagem) ou pelo acompanhante de sua escolha, que consiste na introdução de um ou dois dedos, três a quatro centímetros de profundidade da entrada da vagina, primeiramente aplicando e mantendo pressão no sentido descendente por dois minutos e depois por mais dois minutos para cada lado (LABRECQUE et al, 1999). Os participantes do grupo de intervenção (GI) foram orientados, com a utilização de vídeo e folder explicativo, a realizar a massagem na musculatura do assoalho pélvico (MAP), diariamente por aproximadamente 5 - 10 minutos, a partir de 34 semanas de gestação até o dia do parto. Para favorecer a lubrificação vaginal durante a realização da massagem perineal, foi fornecido óleo de amêndoas pela pesquisadora.

As sessões de orientação duravam em média 30 a 45 minutos. Para as mulheres que relataram possuir um acompanhante disponível para a realização da massagem, foi agendado um horário para repassar as mesmas orientações ao acompanhante. Nesta oportunidade, foi realizada uma breve entrevista afim de caracterizar os acompanhantes que participaram da pesquisa. Todas as mulheres do GI receberam um diário e foram orientadas a preenchê-lo, indicando a realização da massagem por elas ou por seus parceiros, o tempo de realização da prática e o uso ou não do óleo de amêndoas.

As mulheres do grupo controle (GC) receberam os cuidados de rotina de cada instituição onde realizavam o pré-natal, ou seja, não foram submetidas a nenhuma prática placebo.

Tamanho amostral

Inicialmente, o tamanho amostral para o ECR foi estimado com base em um estudo prévio, realizado em Quebec, no Canadá (LABRECQUE et al., 1999), que detectou uma diferença percentual de 9,2% na integridade perineal das parturientes primíparas do GI. Permaneceram com o períneo íntegro após o parto 24,3% das mulheres que realizaram a massagem perineal e 15,1% das mulheres do GC, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,01$). Baseado na Fórmula *Kelsey* (KELSEY et al., 1996), o tamanho da amostra foi calculado em 289 gestantes para cada grupo, assumindo-se um nível de significância de 5% e um poder do teste de 80%. Considerando-se uma eventual perda de informação ou descontinuidade de até 10%, o tamanho total da amostra seria de 636 mulheres, distribuídas aleatoriamente para cada grupo.

Considerando a ausência de estudos de intervenção realizados no Brasil sobre a massagem perineal digital pré-natal, a fim de verificar a adesão das mulheres na nossa realidade, bem como a viabilidade da intervenção para a posterior realização de um ensaio clínico randomizado completo, o tamanho amostral do estudo-piloto foi determinado pelo tempo disponível para coletar e analisar os dados acerca do desfecho perineal logo após o nascimento, bem como 45 dias e 90 dias após o parto. Posteriormente, estes dados serão utilizados para definir a amostra necessária para detectar a diferença entre os GI e GC na realidade brasileira.

Randomização

Para a randomização, foi gerada por computador uma sequência de números aleatorizados, a fim de manter o sigilo da lista de alocação. Os cartões com as designações “massagem perineal” e “controle” foram individualizados e inseridos em envelopes opacos, numerados e lacrados. As mulheres elegíveis e que consentiram ingressar no estudo foram randomizadas a partir do sorteio dos envelopes realizado por elas, sendo alocadas no GI (com massagem perineal digital) ou no GC (cuidado habitual).

No encontro agendado para a randomização, antes do sorteio, as mulheres de ambos os grupos, GI e GC, receberam informações escritas e orais sobre as evidências científicas mais recentes acerca da episiotomia e da laceração espontânea.

Todas as participantes (GI e GC), após a randomização, foram instruídas a não revelar aos profissionais, que acompanharam o pré-natal e aos que prestaram a assistência ao parto, sobre sua participação no estudo. Com isso, reduziu-se a possibilidade de viés na avaliação dos desfechos devido à co-intervenção dos profissionais que assistiram o parto e que fizeram o registro das condições do períneo após o nascimento, uma vez que não sabiam a qual grupo a mulher pertencia (HULLEY et al., 2015).

Para avaliar a adesão das participantes à intervenção, foram analisados os registros dos diários, quanto ao número de dias e tempo de realização de cada sessão da massagem, à participação do companheiro, ao uso do óleo de amêndoas e intercorrências que interferiram na realização da prática. Para todas as participantes foi disponibilizado o contato telefônico da pesquisadora, para o esclarecimento de dúvidas acerca da realização da intervenção.

Coleta e análise dos dados

Após o recrutamento das elegíveis, a coleta de dados foi realizada através de cinco etapas: 1ª etapa: encontro individual para randomização, coleta de dados sociodemográficos e história obstétrica, e sessão de orientação da intervenção; 2ª etapa: segundo encontro individual, realizado para entrevista após o parto, na maternidade em que o parto ocorreu; 3ª etapa: coleta de dados do prontuário; 4ª etapa: entrevista por telefone 45 dias após o parto; 5ª etapa: entrevista por telefone 90 dias após o parto.

As variáveis relacionadas à massagem perineal digital (variável independente) que foram analisadas, incluem o número de dias em que a gestante e/ou o acompanhante realizaram a massagem, bem como o tempo médio (em min) de realização da massagem perineal, conforme registro no diário.

As variáveis dependentes analisadas incluíram: as condições do períneo após o parto, conforme registro feito no prontuário acerca da integridade perineal ou ocorrência de laceração de primeiro grau sem sutura, laceração de primeiro grau com sutura, laceração de segundo grau, ou episiotomia; dor em região perineal após o parto, referida pela gestante e classificada conforme escala analógica visual (EVA) - escala numérica, variando de 0 a 10 (0 = sem dor; 5 = dor moderada; e 10 = pior dor), bem como as variáveis acerca das perguntas realizadas à puérpera por telefone: retorno da atividade sexual; dor em região perineal nos primeiros 10 dias após o parto; dor em região perineal 45

dias e 90 dias após o parto; disparuénia com 45 dias e 90 dias após o parto; e ocorrência de incontinência urinária, incontinência de gases e incontinência fecal, referida pela mulher 45 dias e 90 dias após o parto.

Considerando que vários fatores podem interferir na ocorrência ou não do trauma perineal no parto, foram incluídas na análise : idade da gestante; Idade gestacional na randomização; cor da pele; ocupação; Distrito sanitário de moradia; anos de estudo; estado civil, bem como algumas variáveis obstétricas, como cesariana prévia; paridade; episiotomia e lacerações em partos anteriores; profissional que atendeu o pré-natal; local de realização do pré-natal (serviço público ou privado); acompanhante no pré-natal idade gestacional no parto pela USG; peso do recém-nascido (RN) ao nascer; profissional que assistiu o parto; posição da mulher no parto; ocorrência de indução no parto; uso de ocitocina no trabalho de parto; manobra de Kristeller; manobra de Valsalva; uso de analgesia; tipo de parto (se espontâneo ou instrumental); permanência na mesma sala durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (sala PPP); maternidade em que o parto ocorreu; e Intervalo entre o parto e a entrevista, conforme registro no prontuário da puérpera.

Acerca dos acompanhantes que realizaram a massagem perineal nas gestantes, foram incluídas algumas variáveis descritivas: idade; anos de estudo; experiência prévia como acompanhante no pré-natal, bem como no trabalho de parto e na hora do nascimento; experiência prévia em realizar a massagem perineal; e número de consultas que acompanhou a gestante durante o pré-natal, conforme relato do acompanhante em entrevista.

Para a análise estatística, os dados foram tabulados no programa Office Excel e analisados no pacote Estatístico IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Na análise descritiva, foi verificado a frequência absoluta e relativa (variáveis categóricas) e medidas de posição e dispersão dos dados (variáveis numéricas). A distribuição normal dos dados foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov ou Shapiro Wilk, conforme tamanho amostral.

A comparação das variáveis numéricas entre o GI e GC foi realizada pelo teste t independente ou U de Mann-Whitney, conforme distribuição dos dados. Para a associação de variáveis categóricas com os grupos (GI e GC) foi realizado o teste Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fischer, com a apresentação dos respectivos Riscos Relativos (RR) e intervalo de confiança.

Para as participantes do GI, foi realizado comparação das variáveis referentes à massagem perineal entre a ausência/presença do desfecho principal e desfechos secundários. Para as variáveis que apresentaram diferença do número de dias da massagem com o desfecho foi realizado a análise de Curva ROC para obter os valores de sensibilidade, especificidade e ponto de corte.

O intervalo de confiança adotado foi de 95% e o nível de significância assumido foi de 5%.

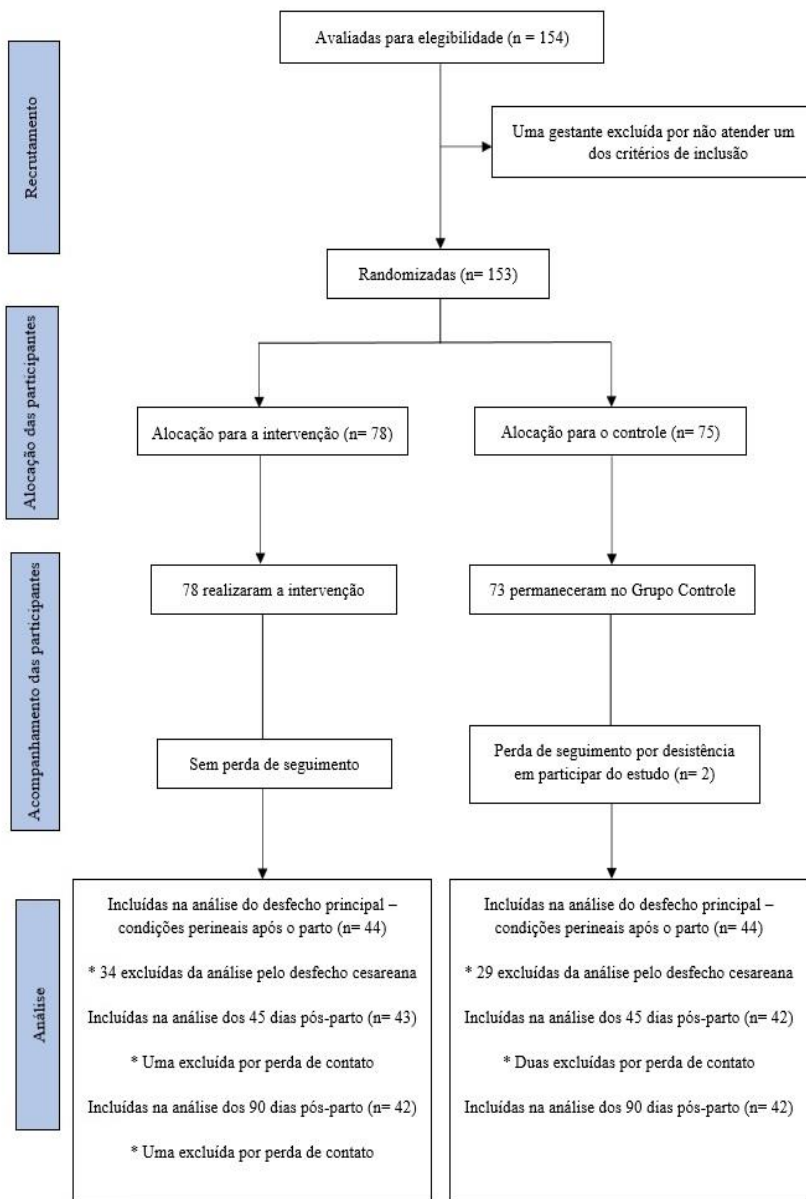
Considerações éticas

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, por meio da Plataforma Brasil, sob CAAE 53239416.8.0000.0121 e parecer número 1.470.848, e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. A proposta de pesquisa também foi apresentada à direção das maternidades participantes. Após aprovação, o ECR foi registrado na plataforma virtual - Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC): RBR-4MSYDX.

As gestantes elegíveis e os acompanhantes por elas escolhidos para realizar a massagem, foram orientados sobre os objetivos e todas as etapas da pesquisa e formalizaram seu interesse em participar da pesquisa através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Participaram do estudo 151 mulheres, sendo 78 do GI e 73 do GC (Figura 1). Foram incluídas nas análises do desfecho principal e desfechos secundários as 88 mulheres que realizaram parto normal e, portanto, puderam avaliar a influência da massagem perineal digital pré-natal no trauma perineal no parto, sendo 44 do GI e 44 do GC. Devido à perda de contato com algumas mulheres, foram incluídas na análise dos 45 dias pós-parto, 43 mulheres no GI e 42 mulheres no GC; e na análise dos 90 dias pós-parto, 42 mulheres em cada grupo.



Quanto à realização da massagem perineal, quase todas as mulheres (93%) do GI (n= 44) relataram conseguir realizar a massagem da forma como foram orientadas e que fariam novamente a prática em uma futura gestação (97,6%), sendo que todas recomendariam para amigas ou familiares (dados não apresentados em tabela).

Vinte e quatro companheiros realizaram a massagem perineal a pedido das gestantes e todos estes referiram que fariam novamente em uma futura gestação e recomendariam a prática para outros casais. A maioria deles (83,3%) relatou conseguir realizar a prática da forma como foi orientado (dados não apresentados em tabela).

O período médio entre as sessões de orientação da massagem perineal digital e o parto foi de 39,07 dias (dp= 10,44); a média do número de dias em que a massagem perineal foi realizada foi de 22,48 dias (dp= 12,75), sendo que as gestantes realizaram a prática por uma média de 12,76 dias (dp= 13,36) e os companheiros 10,47 (12,69). O tempo médio de realização de cada sessão foi de 7,45 minutos (dp= 2,27) (dados não apresentados em tabela).

A tabela 1 apresenta a linha de base das características sociodemográficas, obstétricas e da assistência ao parto das mulheres que realizaram parto normal e, portanto, foram incluídas nas análises. Observa-se que os grupos foram homogêneos, não existindo diferença estatisticamente significativa entre eles.

Tabela 1. Características sociodemográficas, obstétricas e da assistência ao parto das mulheres, de acordo com o grupo de alocação. Florianópolis, 2017 (n= 88)

Características	Grupo intervenção (n= 44)	Grupo controle (n= 44)	p-valor
Sociodemográficas			
Idade - Média (dp)	29,45 (5,49)	31,05 (6,09)	0,202
Anos de estudo - Média (dp)	15,82 (5,20)	16,50 (4,28)	0,504
	f (%)	f (%)	
Estado civil			
Solteira	07 (58,3)	05 (41,7)	0,803
Casada	19 (50,0)	19 (50,0)	
União consensual	18 (47,4)	20 (52,6)	
Ocupação			
Atividade não remunerada	16 (53,3)	14 (46,7)	0,653
Atividade remunerada	28 (48,3)	30 (51,7)	

Continuação

Características	Grupo intervenção f (%)	Grupo controle f (%)	p-valor
Cor da pele			
Branca	27 (45,8)	32 (54,2)	0,257
Não branca	17 (58,6)	12 (41,4)	
História obstétrica			
Partos anteriores			
Não	35 (50,0)	35 (50,0)	1,000
Sim, UM	09 (50,0)	09 (50,0)	
Episiotomia anterior (n= 9)			
Não	06 (75,0)	02 (25,0)	0,153
Sim	03 (30,0)	07 (70,0)	
Laceração c/ sutura anterior (n= 9)			
Não	04 (36,4)	07 (63,6)	0,335
Sim	05 (71,4)	02 (28,6)	
Cesarianas anteriores			
Não	42 (49,4)	43 (50,6)	1,000
Sim, uma	02 (66,7)	01 (33,3)	
Obstétricas atuais			
Idade gestacional USG_{sem}, na randomização - Média (dp)	33,47 (1,31)	33,50 (1,50)	0,679 [¥]
	f (%)	f (%)	
Pré-natal			
Serviço público	29 (50,0)	29 (50,0)	1,000
Serviço privado	15 (50,0)	15 (50,0)	
Profissional que acompanhou o PN			
Médico	18 (46,2)	21 (53,8)	0,520
Médico e enfermeiro	26 (53,1)	23 (46,9)	
Assistência ao parto			
Maternidade			
Maternidade A	30 (48,4)	32 (51,6)	0,432
Maternidade B	03 (33,3)	06 (66,7)	
Maternidade C	05 (71,4)	02 (28,6)	
Outra instituição	06 (60,0)	04 (40,0)	
Indução do parto*			
Não	33 (50,8)	32 (49,2)	0,808
Sim	11 (47,8)	12 (52,2)	

Continua

Continuação

Características	Grupo intervenção f (%)	Grupo controle f (%)	p-valor
Uso de Ocitocina *			
Não	31 (52,5)	28 (47,5)	0,486
Sim	12 (44,4)	15 (55,6)	
Manobra de Kristeller			
Não	42 (50,6)	41 (49,4)	1,000
Sim	02 (50,0)	02 (50,0)	
Sala PPP*			
Sim	27 (56,2)	21 (43,8)	0,240
Não	17 (43,6)	22 (56,4)	
Posição do parto*			
Horizontal	06 (54,5)	05 (45,5)	0,352
Vertical	38 (49,4)	39 (50,6)	
Manobra de Valsalva			
Não	17 (48,6)	18 (51,4)	0,828
Sim	27 (50,9)	26 (49,1)	
Peso do Recém-nascido* –	3310,23 (520-	3179,43	0,499
Média(dp)	07)	(445,65)	

* Dados coletados no prontuário da puérpera

O intervalo médio entre o parto e a entrevista pós-parto (na maternidade) foi de 34,91 horas (dp= 13,03) no GI e 31,50 horas (dp= 14,47) no GC. Apenas uma parturiente recebeu analgesia, sendo esta do GC. Quase todas as parturientes foram assistidas por profissional médico no momento do parto e apenas três por enfermeira, sendo estas do GI (dados não apresentados em tabela).

Em relação aos desfechos primários e secundários, na tabela 2 observa-se que apesar de a frequência de trauma perineal com necessidade de sutura ter sido maior no grupo de mulheres que não realizou a intervenção (GI= 22 *versus* GC= 31) não houve diferença estatisticamente significativa entre ter realizado a massagem perineal digital pré-natal e a ocorrência de trauma perineal no momento do nascimento, entretanto o ajuste residual mostrou uma tendência das mulheres do GI apresentarem o períneo íntegro. Também não foram encontradas diferenças significativas nas médias de pontuação atribuídas pelas mulheres à dor perineal ou à dispareunia entre os dois grupos.

Tabela 2: Condições do períneo após o parto, de acordo com os grupos de alocação. Florianópolis, 2017 (n = 88)

Variável	Grupo intervenção f(%)	Grupo controle f(%)	p-valor
Condições do períneo			
Períneo íntegro	15 (68,2) [‡]	07 (31,8)	
Laceração de 1º grau sem sutura	06 (50,0)	06 (50,0)	
Laceração de 1º grau com sutura	09 (47,4)	10 (52,6)	
Laceração de 2º grau	12 (37,5)	20 (62,5) [‡]	
Episiotomia	01 (50,0)	01 (50,0)	
	Média (dp)	Média (dp)	
Escore de dor perineal logo após o parto	3,03 (2,92)	4,14 (2,86)	0,085*
Retorno da atividade sexual (dias)	34,90 (8,30)	36,10 (15,28)	0,767
Escore de dor 45 dias pós-parto	1,35 (2,13)	1,67 (2,49)	0,642
Escore de dispareunia 45 dias pós-parto	2,32 (2,23)	3,07 (2,77)	0,432
Escore de dor 90 dias pós-parto	0,31 (1,00)	0,29 (0,91)	0,789
Escore de dispareunia 90 dias pós-parto	1,32 (1,80)	2,03 (2,46)	0,242

[‡] Ajuste residual $\geq 2,0$.

* teste U de Mann-Whitney (não paramétrico)

Na tabela 3 observa-se que a ocorrência de edema nos primeiros 10 dias após o parto, relatado pelas mulheres, foi significativamente menor nas mulheres do GI do que no GC (RR 0,639; IC 95% 0,412-0,991). Da mesma forma, a perda involuntária de gases, relatada pelas mulheres na entrevista 45 dias pós-parto, foi significativamente menor nas mulheres do GI do que no GC (RR 0,570; IC 95% 0,379-0,856). Nos demais desfechos não foram observadas diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 3: Efeitos da intervenção nos desfechos perineais de acordo com os grupos. Florianópolis, 2017

Variável	Grupo intervenção (n= 43) f(%)	Grupo controle (n= 42) f(%)	RR (IC 95%)	P-valor
Condições do períneo				
Sem trauma	21 (61,8)	13 (38,2)	0,726 (0,512-1,030)	0,065

Continua

Continuação

Com trauma	22 (41,5)	31 (58,5)		
Dor nos primeiros 10 dias				
Não	19 (48,7)	20 (51,3)	1,066 (0,720-1,577)	0,751
Sim	24 (52,2)	22 (47,8)		

Variável	Grupo intervenção (n= 43) f(%)	Grupo controle (n= 42) f(%)	RR (IC 95%)	P-valor
Conclusão Vermelhidão nos primeiros 10 dias				
Não	39 (52,7)	35 (47,3)	0,558 (0,176-1,767)	0,351
Sim	04 (36,4)	07 (63,6)		
Hematoma nos primeiros 10 dias				
Não	42 (51,2)	40 (48,8)	0,488 (0,046-5,185)	0,616
Sim	01 (33,3)	02 (66,7)		
Edema nos primeiros 10 dias				
Não	26 (61,9) [¥]	16 (38,1)	0,639 (0,412-0,991)	0,032*
Sim	17 (39,5)	26 (60,5) [¥]		
Incontinência urinária 45 dias				
Não	30 (54,5)	25 (45,5)	0,747 (0,417-1,339)	0,323
Sim	13 (43,3)	17 (56,7)		
Incontinência fecal 45 dias				
Não	39 (50,0)	39 (50,0)	1,302 (0,310-5,471)	1,000
Sim	04 (57,1)	03 (42,9)		
Perda involuntária de gases 45 dias				

Continuação

Não	34 (60,7)	22 (39,3)	0,570 (0,379-0,856)	0,009*
Sim	09 (31,0)	20 (69,0)		
Incontinência urinária 90 dias (n=42)				
Não	32 (48,5)	34 (51,5)	1,250 (0,548-2,854)	0,595
Sim	10 (55,6)	08 (44,4)		
Incontinência fecal 90 dias (n=42)				
Não	42 (51,2)	40 (48,8)	----	----
Sim	----	2 (100,0)		
Perda involuntária de gases 90 dias (n=42)				
Não	33 (55,0)	27 (45,0)	0,600 (0,296-1,217)	0,147
Sim	09 (37,5)	15 (62,5)		

Através da análise de acurácia foi possível verificar o melhor ponto de corte, sensibilidade e especificidade para a não ocorrência de edema nos primeiros 10 dias após o parto, encontrando-se um ponto de corte de 16 dias de massagem perineal digital (área sob a curva – AUC= 0,737; sensibilidade= 81,8%; especificidade= 70,6%). Para a não ocorrência de perda involuntária de gases aos 45 dias pós-parto, a diferença significativa foi encontrada no número de dias entre o primeiro dia de massagem e o parto, encontrando-se o melhor ponto de corte, sensibilidade e especificidade em 36,5 dias (AUC= 0,770; sensibilidade= 71,9% e especificidade= 85,7%).

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram uma boa adesão das participantes da pesquisa à realização da massagem perineal digital durante a gestação. A massagem perineal foi realizada por em média 22,48 dias, por um tempo médio de 7,45 minutos por sessão, o que corresponde às orientações realizadas (5 a 10 minutos). A maioria das mulheres conseguiu realizar a intervenção da forma como foram orientadas e afirmaram que fariam novamente em uma futura gestação, além de recomendar para amigas ou familiares, corroborando os resultados

encontrados em outros estudos (LABRECQUE; EASONB; MARCOUXC, 2001; GOMME, SHERIDAN, BEWLEY, 2004). Esses dados revelam que é possível implementar as orientações para este cuidado durante o pré-natal, uma vez que é bem aceito pela maioria das gestantes, conforme já descrito também na revisão sistemática sobre o tema (BECKMANN; STOCK, 2015).

Estudos qualitativos realizados com 25 mulheres e 10 acompanhantes que fizeram parte deste ensaio clínico, mostraram que a realização da massagem perineal digital foi bem aceita pelos participantes, inclusive pelas mulheres que realizaram uma cesareana, destacando a prática como uma oportunidade para o autoconhecimento e para a intimidade do casal, independentemente do tipo de parto ou do resultado perineal após o parto vaginal (MONGUILHOTT, 2018). Em estudo, com abordagem quantitativa, que avaliou a aceitabilidade de 113 primigestas quanto à massagem perineal diária, por meio de um questionário, 61,4% das entrevistadas indicaram que a prática era aceitável, apenas 25,7% achavam que a prática era constrangedora e 56,7% estavam felizes por seu marido/parceiro realizar a massagem para elas (ISMAIL; EMERY, 2013). É importante destacar que, sempre que a mulher desejar, é possível contar com a participação dos companheiros, sendo uma oportunidade para que os homens sejam incluídos nos cuidados que objetivam o preparo para o parto. A inclusão do parceiro durante a realização da massagem perineal, além de facilitar a realização da prática, pode proporcionar um momento que favoreça o vínculo com a parceira e com o bebê que está para chegar. Estudos recentes demonstram que, apesar das mudanças ocorridas na sociedade, a participação do homem durante o pré-natal, parto, pós-parto e cuidados com o bebê, ainda é pouco incentivada tanto pelos familiares quanto pelos profissionais de saúde, e que muitos deles ainda não compreendem a necessidade e importância de sua presença nesse período (CAIRES; VARGENS, 2012; MENDONÇA et al, 2017).

Apesar de essa pesquisa ser um estudo piloto, com uma pequena amostra, cabe destacar que a massagem perineal foi fator de proteção para dois desfechos secundários relatados pelas mulheres, o edema nos 10 primeiros dias após o parto e para a incontinência de gases 45 dias após o parto.

O edema perineal está intimamente relacionado à dor após o parto, estando significativamente menos presente no relato das mulheres que realizaram a massagem perineal. Uma das causas da ocorrência de edema nos partos vaginais, inclusive com períneo íntegro, é o número excessivo de toques vaginais. A manipulação da região genital pode

ocasionar alterações nos tecidos desta região, que podem responder com dor e edema no período puerperal quando manipulados em excesso e sem necessidade (SARTORATO BELEZA et al., 2012).

Em estudo que avaliou o tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal, das 56 puérperas com dor no períneo, 42,9% tiveram alterações perineais, destacando-se a ocorrência de edema em 37,5%, hiperemia em 5,4% e equimose em 3,6% das participantes. Estas mulheres caracterizaram a dor perineal como latejante, que repuxa, que esquentada, ardida, dolorida, chata, incômoda, que prende e que deixa tensa, limitando atividades da vida diária, como sentar, deitar e deambular (FRANCISCO et al., 2011). Considerando que a massagem perineal digital na gestação reduz o edema puerperal, essa prática pode indiretamente contribuir para a redução da dor e do tempo de recuperação após o parto vaginal.

Quanto à incontinência para gases, Leite e Poças (2010) sugerem que esse sintoma seja incluído na definição de incontinência fecal, ou seja, quando há perda involuntária de conteúdo fecal pelo ânus. Isto porque, isoladamente, a perda involuntária de gases pode afetar de forma significativa a qualidade de vida da pessoa (LEITE; POÇAS, 2010). A incontinência anal está entre as principais complicações agudas da episiotomia (VIANA et al, 2011), podendo provocar situações constrangedoras e grande incômodo para as mulheres no período puerperal. Embora no presente estudo não tenha sido avaliado a associação da perda de gases e o trauma perineal, os resultados mostram que as mulheres que participaram do GI se beneficiaram com os resultados da massagem quanto a esse desfecho.

Como o presente estudo, trata-se de um piloto, considera-se que o tamanho amostral não foi adequado, ou seja, poder estatístico para apresentar associação significativa entre a intervenção e os desfechos primários. No entanto, os resultados acerca da redução de edema nos primeiros 10 dias pós-parto e incontinência de gases relatada aos 45 dias pós-parto, apontam benefícios significativos da massagem perineal digital pré-natal. Além disso, o ajuste residual ≥ 2 observado na análise das condições do períneo após o parto, de acordo com os grupos de alocação, mostra uma tendência das mulheres do grupo intervenção apresentarem mais chance de ter o períneo íntegro após o parto. Essa análise mostra que a efetividade da massagem perineal digital para a prevenção do trauma perineal precisa ser avaliada em outros estudos experimentais.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Alguns obstáculos encontrados durante o desenvolvimento do estudo configuraram-se como limitações importantes, dificultando principalmente o recrutamento das participantes e reduzindo, desta forma, o tamanho da amostra estudada.

Apesar de incluirmos no estudo todas as maternidades públicas do município e de a maioria das mulheres participantes (70,5%) escolherem ter o parto na maternidade A, que está inserida em um hospital-escola, e que recebe o título de hospital amigo da criança, 41,7% das participantes (GI= 34 e GC= 29) foram excluídas das análises porque foram submetidas à uma cesareana, impossibilitando desta forma a análise do efeito da massagem perineal sobre o desfecho perineal no nascimento.

Desta forma, sugerimos a realização de ECR em outros modelos de assistência, como centros de parto normal, por exemplo, a fim de que menos participantes sejam excluídas devido ao desfecho do nascimento por cesareana.

O recrutamento das participantes também foi dificultado pela negativa da secretaria Municipal de saúde em fornecer o contato telefônico das gestantes que estavam realizando pré-natal no período da coleta de dados. Desta forma, como poucas unidades de saúde realizavam atividades em grupo para esta população, o primeiro contato com todas as gestantes precisou ser presencial, reduzindo muito o número de gestantes que tiveram acesso ao estudo.

Essas limitações são factíveis de serem reduzidas ou até eliminadas em outros estudos experimentais, caso se estabeleça uma parceria com as instituições que compõem a atenção primária de saúde e que haja a possibilidade de a mulher parir em um centro de parto normal.

CONCLUSÕES

Com base nos resultados deste ECR - piloto considera-se que a massagem perineal digital na gestação é efetiva para redução do edema nos primeiros 10 dias após o parto e de incontinência de gases relatada aos 45 dias pós-parto, conforme relato das participantes do estudo.

Além disso, essa prática é exequível na realidade brasileira, uma vez que as gestantes e acompanhantes demonstram boa aceitação da intervenção e seguem as orientações sobre como realizar a massagem perineal digital, realizando a prática conforme orientado.

Recomenda-se a realização de outros ECR para avaliar a efetividade da massagem sobre o trauma perineal e a inclusão dessa prática nas orientações de pré-natal, para que as gestantes se beneficiem dos resultados encontrados nesse estudo.

REFERÊNCIAS

AASHEIM, V.; NILSEN, A. B. V.; LUKASSE, M.; REINAR, L. M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. **Cochrane Review**, 2011.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice bulletin no. 165: prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. **Obstet Gynecol.** 2016; 128:e1–15.

AMORIM, M. M. R.; FRANCA, N.; ANTONIO H; KATZ, L.; COUTINHO, I.; MELO, I.; LEAL, N. V. Selective Episiotomy Compared With Implementation of a Nonepisiotomy Protocol. **Obstetrics and Gynecology** (New York. 1953). v. 125, p. 41S-42S, 2015.

AZANZA, M. A. P.; LANGREO, A. S; GIPPINI REQUEIJO, I. G.; GRANDE, M. G.; GUTIÉRREZ-ARGUMOSA, G. E.; GARCÍA, I. C. ¿Es el dispositivo Epi-no® una herramienta de prevención de las lesiones perineales de origen obstétrico?. **Progresos de Obstetricia y Ginecología**, v. 59, n. 3, p. 125-133, 2016.

BALLESTEROS-MESEGUER, C.; GARCÍA, C. C.; MESEGUER-DE-PEDRO, M.; CANTERAS-JORDANA, M.; MARTÍNEZ-ROCHE, M. E. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. **Ver. Latino-Am. de Enfermagem**, v. 24, 2016.

BECKMANN, M. M.; STOCK, O. M. Antenatal perineal massage for preventing perineal trauma. **Cochrane Review**. v. 7, 2015.

BOUTRON, I; ALTMAN, D. G.; MOHER, D.; SCHULZ, K. F.; RAVAUD, P. CONSORT statement for randomized trials of nonpharmacologic treatments: a 2017 update and a CONSORT

extension for nonpharmacologic trial abstracts. **Annals of internal medicine**, v. 167, n. 1, p. 40-47, 2017.

CAIRES, T. L. G.; VARGENS, O. M. C. A exclusão do pai da sala de parto: uma discussão de gênero e poder. **Rev Enf Ref**. [Internet]. 2012; sér. III (7):159-68 [acesso em 11 ago 2017]. Disponível em: URL: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832012000200017&lng=pt>.

COSTA, A. S. C.; RIESCO, M. L. G. A comparison of “hands off” versus “hands on” techniques for decreasing perineal lacerations during birth. **Journal of Midwifery & Women’s Health**. v. 51, n. 2, March/April 2006.

FAN, Z.; DONG, W. X.; JING, L.; QIONG, H. G.; XIN, G. B. Hyaluronidase for reducing perineal trauma. **Cochrane Review**. v. 9, 2011.

FEELEY, N.; COSSETTE, S.; CÔTÉ, J.; HÉON, M.; STREMLER, R.; MARTORELLA, G.; PURDEN, M. The importance of piloting an RCT intervention. **CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)**, v. 41, n. 2, p. 84-99, 2009.

FRANCISCO, A. A.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; SANTOS, J. O.; SILVA, F. M. B. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 1, p. 94-100, 2011.

GAMA, S. G. N.; VIELLAS, E. F.; TORRES, J. A.; BASTOS, M. H.; BRÜGGEMANN, O. M.; FILHA, M. M. T.; SCHILITZ, A. O. C.; LEAL, M. C. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. **Reproductive health**, v. 13, n. 3, p. 123, 2016.

GUPTA, J. K.; HOFMEYR, G. J.; SHEHMAR, M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **The Cochrane Library**, 2012.

HODNETT, E. D.; GATES, S.; HOFMAYER, G. J.; SAKALA, G.; WESTON, J. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 2, n. 2, 2011.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica**. 4 ed. Porto alegre: Artmed, 2015. 386p.

ISMAIL, S. I. M. F.; EMERY, S. J. Patient awareness and acceptability of antenatal perineal massage. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 33, n. 8, p. 839-843, 2013.

KAMISAN ATAN, I.; SHEK, K. L.; LANGER, S.; ROJAS, R. G.; Caudwell-Hall, J.; DALY, J. O.; DIETZA, H. P. Does the Epi-No® birth trainer prevent vaginal birth-related pelvic floor trauma? A multicentre prospective randomised controlled trial. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 123, n. 6, p. 995-1003, 2016.

KOK, J.; TAN, K. H.; KOH, S.; CHENG, P. S.; LIM, W. Y.; YEW, M. L.; YEO, G. S.

H.; HIAN, K. T. K. Antenatal use of a novel vaginal birth training device by term

Primiparous women in Singapore. *Singapore Medical Journal*. V. 45, n.7, p. 318-323. 2004.

LABRECQUE, M.; EASON, E.; MARCOUX, S. Women's views on the practice of prenatal perineal massage. *Bjog*, 108, v. 5, p. 499-504, May. 2001.

LEEMAN, L. M.; ROGERS, R. G. Sex after childbirth: postpartum sexual function. **Obstetrics & Gynecology**, v. 119, n. 3, p. 647-655, 2012.

LEITE, J.; POÇAS, F. Tratamento da incontinência fecal. **Rev Port Coloproct**, v. 7, n. 2, p. 68-72, 2010.

LEON-LARIOS, F. CORRALES-GUTIERREZ, I.; CASADO-MEJÍA, R.; SUAREZ-SERRANO, C. Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. **Midwifery**, v. 50, p. 72-77, 2017.

MENDONÇA, F. A. C.; NATIONS, M. K.; SAMPAIO, L. R. L.; OLIVEIRA, M. E. F.; BENTO, M. C. C.; OLIVEIRA, S. L.; LEITE, E.

M. R. PINHEIRO, C. P. O.; SOUSA, R. A.; JACOB, L. M. S. Percepção do pai acerca da escolha do tipo de parto. **CIAIQ**2016, v. 2, 2016.

OTT, J.; GRITSCH, E.; PILS, S.; KRATSCHMAR, S.; PROMBERGER, R.; SEEMANN, R.; FÜRST, S.; BANCHER-TODESCA, D.; HAUSER-AUZINGER, C. A retrospective study on perineal lacerations in vaginal delivery and the individual performance of experienced midwives. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 15, n. 1, p. 270, 2015.

RINCÓN, O. A. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar “Ultraestación” en la ciudad de Chillán, Chile. **Revista Med Chile**, v. 143, p. 203-212, 2015.

RUCKHÄBERLE, E.; JUNDT, K.; BÄUERLE, M.; BRISCH, K.; ULM, K.; DANNECKER, C.; SCHNEIDER, K. T. M. Prospective randomised multicentre trial with the birth trainer EPI-NO® for the prevention of perineal trauma. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**. v. 49, p. 478–48. 2009.

DOS SANTOS, R. C. S.; DOS SANTOS, R. G. Fatores relacionados com a prática da episiotomia no Brasil: revisão de literatura. **Estação Científica (UNIFAP)**, v. 6, n. 2, p. 43-52, 2016.

SARTORATO BELEZA, A. C. FERREIRA, C. H. J.; SOUSA, L.; NAKANO, A. M. S. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, 2012.

SILVA, N. L. S.; Oliveira, S. M. J. V.; Silva, F. M. B.; SANTOS, J. O. Dispareunia, dor perineal e cicatrização após episiotomia. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. 2, p. 216-220, 2013.

VIANA, I. O.; QUINTÃO, A.; ANDRADE, C. R. A.; FERREIRA, F. A.; DUMONT, R. D.; FERRAZ, F.O.; LOBATO, H.; PRADO, C. E. V.; OSANAN, G. C. Episiotomia e suas complicações: revisão da literatura. **CEP**, v. 30160, p. 041, 2011.

5.3 MANUSCRITO 3 - EXPERIÊNCIA DAS MULHERES QUE VIVENCIARAM A MASSAGEM PERINEAL DURANTE A GESTAÇÃO

Juliana Jacques da Costa Monguilhott
Odaléa Maria Brüggemann

RESUMO

Introdução: apesar das evidências sobre a massagem perineal digital na gestação na redução do trauma perineal no nascimento, a opinião de mulheres brasileiras sobre a realização desta prática ainda é desconhecida. **Objetivo:** compreender a experiência das mulheres acerca da realização da massagem perineal durante a gestação, para prevenção do trauma perineal no parto. **Método:** pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, inserida num macroprojeto investigativo sobre o tema, de abordagem quantitativa (ensaio clínico randomizado) e qualitativa. A coleta de dados foi realizada de abril de 2016 a abril de 2017, por meio de entrevistas semiestruturadas e notas descritivas, na residência das participantes, em Florianópolis/SC. Participaram da pesquisa 25 puérperas que fizeram parte do ensaio clínico e foram alocadas no grupo intervenção, ou seja, realizaram a massagem perineal. A análise dos dados foi realizada utilizando-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, com auxílio do Programa Atlas.ti 8.0. **Resultados:** as subcategorias que emergiram das análises das entrevistas foram agrupadas em quatro categorias, que revelam a experiência das mulheres: facilidades e dificuldades das mulheres na realização da automassagem; a massagem perineal contribui para uma maior consciência corporal; facilidades e dificuldades apontadas pelas mulheres na realização da massagem perineal pelo companheiro; e contribuições da massagem perineal. **Conclusão:** para realizar a massagem perineal as mulheres criam estratégias para superar as dificuldades encontradas e avaliam a experiência como positiva, destacando a consciência corporal e os benefícios percebidos para a prevenção do trauma perineal e a recuperação pós-parto, além do aumento da intimidade para aquelas que contaram com a participação do companheiro.

Palavras-chave: prática baseada em evidências; períneo; atenção pré-natal; obstetrícia.

INTRODUÇÃO

Durante o parto vaginal, a maioria das parturientes brasileiras sofre algum tipo de trauma perineal, em decorrência de lacerações espontâneas ou como consequência da episiotomia (RIESCO et al., 2011; LEAL et al., 2014). O desejo de não sentir dor, a falta de informações sobre a fisiologia do nascimento e os mitos relacionados à “destruição da vagina” no parto normal ainda são fatores que fazem com que algumas mulheres tenham medo do parto e contribuam para a epidemia de cesarianas (CARDOSO; BARBOSA, 2012; KOTTWITZ; NUNES; RAMOS; MESQUITA, 2014; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018).

Considerando as reivindicações dos movimentos de mulheres, na década de 70, as campanhas em favor do parto ativo, e a implementação nas últimas décadas de protocolos de assistência baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a prática da episiotomia vem sendo realizada de forma cada vez mais restrita pela maioria dos profissionais de saúde. Vários países da Europa, que são considerados como tendo uma atenção obstétrica de qualidade, já apresentam taxas menores que 10% (ZEITLIN; MOHANGOO; DELNORD, 2013), taxa essa considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma boa meta a ser adotada. Apesar disso, no sistema público brasileiro e em outros países da América Latina, esse procedimento ainda é banalizado e utilizado amplamente (RIESCO et al, 2011; DINIZ; d'OLIVEIRA; LANSKY, 2012; LEAL et al., 2014),

O uso restrito de episiotomia parece oferecer uma série de benefícios em comparação com o seu uso de forma rotineira, tais como menor ocorrência de trauma perineal grave, menores índices de sutura e menos complicações nos primeiros sete dias de recuperação pós-parto (CARROLI; MIGNINI, 2015) e seus benefícios e reais indicações são atualmente questionáveis (ACOG, 2006; STEINER et al., 2012; AMORIM et al., 2015). Alguns autores sugerem um protocolo de não realização de episiotomia, somado às estratégias de proteção perineal (AMORIM et al, 2009; AMORIM et al, 2010).

Neste contexto, diferentes técnicas e intervenções estão sendo utilizadas por alguns profissionais, principalmente por enfermeiras obstétricas e obstetizes, para permitir que o períneo distenda lentamente no parto vaginal, afim de favorecer a fisiologia e evitar a lesão perineal no momento do nascimento. O efeito destas práticas na ocorrência do trauma perineal vem sendo estudado, considerando que sua prevenção

envolve muitos outros fatores além de técnicas, como a posição da parturiente durante o nascimento, as características do tecido perineal e a velocidade com que o bebê nasce (AASHEIM et al., 2011).

Além de práticas utilizadas durante o segundo estágio do trabalho de parto, como o uso de compressas quentes e da massagem perineal intraparto (AASHEIM et al., 2011), injeção perineal de hyaluronidase (HAase) (FAN et al., 2011) e técnicas de proteção perineal "*hands off*" e "*hands on*" (COSTA; RIESCO, 2006), alguns pesquisadores investigam a eficácia de práticas realizadas durante o pré-natal entre elas o uso do dispositivo EPI-NO® (KOK et al, 2004; RUCKHÄBERLE et al., 2009) e a massagem perineal digital (BECKMANN; STOCK, 2015).

A massagem perineal digital consiste em uma massagem na musculatura do assoalho pélvico (MAP), através da introdução de um ou dois dedos, três a quatro centímetros de profundidade da entrada da vagina, primeiramente aplicando e mantendo pressão no sentido descendente por dois minutos e depois por mais dois minutos para cada lado (LABRECQUE et al., 1999). Há evidências de que a realização diária desta massagem, a partir de aproximadamente 34 semanas de gestação até o parto, pode contribuir para a redução de lacerações com necessidade de sutura, de episiotomia e de dor perineal pós-parto (BECKMANN; STOCK, 2015).

Na realidade brasileira, não há pesquisas sobre o tema e a massagem perineal digital é pouco conhecida, sendo difundida apenas por alguns profissionais. Apesar de ser uma tecnologia de baixo custo e uma prática que pode ser realizada pela própria mulher ou seu acompanhante durante o pré-natal, a aceitabilidade pelas mulheres brasileiras ainda é desconhecida. Desta forma, considerando essa lacuna no conhecimento e a complexidade envolvida na implementação da massagem perineal como uma prática de cuidado às mulheres brasileiras no pré-natal, a presente investigação objetivou compreender a experiência das mulheres acerca da realização da massagem perineal durante a gestação, para prevenção do trauma perineal no parto.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, inserida no macroprojeto “Massagem perineal na gestação para prevenção do trauma perineal no parto: abordagem quantitativa e qualitativa”, de método misto (CRESWELL; CLARK, 2013).

Participaram da pesquisa puérperas que fizeram parte do ensaio clínico randomizado (ECR), no grupo intervenção (GI), ou seja, realizaram a massagem perineal digital. Os critérios de inclusão das mulheres para o ensaio clínico foram: Pretender ter o parto em uma das maternidades públicas participantes do estudo; idade gestacional ≤ 35 semanas; gestação única, de risco habitual; referir disponibilidade para realizar a massagem digital perineal diariamente por 5 - 10 min; desejar ter parto vaginal; capacidade para compreender, ler e falar em português; capacidade para compreender as instruções sobre a massagem. Após a randomização, as participantes foram orientadas sobre a realização da massagem perineal, em um encontro presencial com a pesquisadora, com suporte do material educativo produzido para a pesquisa (folder e vídeo).

Assim, as participantes do presente estudo foram convidadas gradativamente, a partir da sua participação no GI do ECR. A amostra foi estabelecida durante a coleta de dados pela saturação dos mesmos, ou seja, quando refletiram, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões do fenômeno estudado. Desta forma, as novas falas não apresentariam mais acréscimos significativos para os objetivos propostos pela pesquisa (FONTANELLA et al., 2011. MINAYO, 2017).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e notas descritivas, utilizando-se um roteiro com perguntas que abordaram assuntos importantes previamente selecionados pela pesquisadora, encorajando as participantes a falarem livremente sobre os tópicos listados. As notas foram feitas pela pesquisadora durante a entrevista, afim de registrar informações e facilitar a síntese e compreensão das narrativas.

As entrevistas foram realizadas de forma individual, preferencialmente nos primeiros 30 dias após o parto, no domicílio de cada participante. Foram registradas através de gravação e posteriormente transcritas integralmente pela pesquisadora e por uma bolsista de iniciação científica. As gravações serão destruídas após o término da pesquisa.

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), que compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que têm como objetivo a descrição do conteúdo das mensagens, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, sendo organizada em três polos cronológicos (BARDIN, 2011). A etapa de Pré-análise corresponde à fase organizacional, em que são sistematizadas as primeiras ideias e formula-se um plano de análise flexível e preciso. Após uma leitura “flutuante”

do conteúdo textual, as transcrições foram inseridas no software ATLAS.ti 8.0 como *primary documents* (documentos primários), e os trechos dos depoimentos que responderam ao objetivo do estudo foram identificados, sendo denominados *quotations* (citações) (FRIESE, 2014).

Na etapa de **exploração do material**, realizou-se uma análise detalhada das entrevistas e foram elaborados os *codes* (códigos), que posteriormente foram relacionados aos depoimentos com o mesmo sentido (FRIESE, 2014).

Na etapa de **tratamento dos resultados obtidos e interpretação**, observa-se a significância e validade dos resultados brutos, em que são respondidos os objetivos do estudo ou emergem novas descobertas (BARDIN, 2011). As categorias e subcategorias foram estabelecidas com o auxílio da ferramenta *families* (famílias) do ATLAS.ti 8.0, sendo possível propor inferências e interpretar os resultados.

Os aspectos éticos do presente estudo estão de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que regulamenta as normas e diretrizes para pesquisas com seres humanos. O macroprojeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o protocolo nº 1.470.848 e CAAE 53239416.8.0000.0121. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Afim de respeitar o anonimato, as participantes e o desfecho perineal de cada uma delas, todas foram identificadas por códigos constituídos da seguinte forma: Letra “P”, referente à puérpera, seguida por um numeral arábico, que indica sua ordem de entrada na pesquisa. Seguido das letras “Pn”, indicando parto normal, ou letra “C”, indicando cesareana e por fim as letras “Ip”, indicando integridade perineal, ou letras “Lp”, indicando laceração perineal. Por exemplo, o código P1PnIp, refere-se à primeira participante da pesquisa (P1), que teve como desfecho um parto normal (Pn) com períneo íntegro (Ip).

RESULTADOS

Participaram do estudo 25 puérperas, destas, 21 tiveram um parto normal (10 com períneo íntegro e 11 com algum grau de laceração com sutura) e quatro realizaram cesareana por indicação médica. As participantes tinham idade entre 20 e 38 anos, a maioria era primigesta e todas estavam realizando a massagem perineal pela primeira vez. O número de dias de realização da massagem variou de 9 a 48 dias, por um

período médio diário variando entre 4,1 e 10,7 minutos. Algumas características das mulheres estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização das mulheres. Florianópolis, SC, 2016 – 2017

CÓDIGO PUÉRPERA	IDADE	ANOS ESTUDO	PARTO ANTERIOR	PRÉ-NATAL	Nº DE CONSULTAS	DIAS DE MP*	TEMPO MP**
P1PnIp	28	22	0	Público	09	23	7,4
P2PnLp	32	26	0	Público	10	27	7,3
P3PnLp	28	18	0	Privado	11	28	4,4
P4PnLp	35	19	1	Privado	08	36	7,9
P5PnLp	25	17	0	Público	13	26	8,9
P6PnLp	23	02	0	Público	08	30	9,3
P7PnLp	33	12	0	Público	10	13	10
P8PnIp	30	11	1	Público	09	31	9
P9PnIp	20	09	1	Público	09	28	4,1
P10PnIp	24	16	0	Privado	06	23	7
P11PnLp	23	11	0	Público	11	38	5,2
P12PnIp	22	12	1	Público	08	30	8,3
P13PnIp	20	12	0	Público	09	14	10,4
P14PnLp	36	18	0	Privado	07	17	4,2
P15PnIp	32	16	0	Privado	10	09	7,2
P16PnIp	32	19	0	Público	07	32	7,6
P17PnLp	34	13	0	Privado	14	11	8,2
P18PnIp	37	17	1	Privado	08	36	8,3
P19PnLp	29	21	0	Privado	14	11	9,7
P20PnLp	32	24	0	Privado	07	42	10,7
P21C	38	16	0	Público	08	34	8,3
P22PnIp	31	12	0	Público	07	41	6,2
P23C	32	16	0	Público	07	40	8,9
P24C	33	18	0	Privado	08	48	8,9
P25C	33	18	0	Privado	12	47	10

* Número de dias que realizou a massagem perineal

** Tempo médio diário, em minutos, de realização da massagem perineal

As subcategorias resultantes da análise das entrevistas foram agrupadas em quatro categorias (Quadro2). Alguns trechos dos depoimentos das mulheres serão utilizados para exemplificar as subcategorias.

Quadro 2 – Categorias e subcategorias sobre a experiência das mulheres em realizar a massagem perineal durante a gestação. Florianópolis/SC, 2017

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Facilidades e dificuldades das mulheres na realização da automassagem	<ul style="list-style-type: none"> * O material educativo utilizado permite a compreensão e realização da massagem perineal * É necessário um período de adaptação * Encontrar a melhor posição para a automassagem é um desafio * Realizar a massagem perineal sem a ajuda do companheiro é melhor
A massagem perineal contribui para uma maior consciência corporal	<ul style="list-style-type: none"> * A realização da massagem perineal proporciona a percepção sobre as mudanças no períneo * A massagem perineal favorece a compreensão acerca do desfecho perineal após o parto
Facilidades e dificuldades apontadas pelas mulheres na realização da massagem perineal pelo companheiro	<ul style="list-style-type: none"> * O companheiro elimina a dificuldade encontrada na realização da automassagem * Dificuldades encontradas na realização da massagem perineal pelo companheiro * A realização da massagem perineal favorece a intimidade do casal * A realização da massagem perineal favorece a comunicação com o companheiro
Contribuições da massagem perineal	<ul style="list-style-type: none"> * A massagem perineal proporciona uma maior confiança para o parto * A massagem perineal contribui para a redução do trauma perineal no momento do nascimento * A massagem perineal favorece a recuperação do períneo após o parto

Categoria I - Dificuldades e facilidades das mulheres na realização da automassagem

A partir de algumas falas observa-se que **o material educativo utilizado permite a compreensão e realização da massagem perineal**. Para a maioria das participantes, a visualização do vídeo e o folder fornecido foram suficientes para o aprendizado, sendo considerado um aspecto facilitador para a realização da prática. *Foi suficiente. Até o*

folder né, eu consultei. Tive dúvida assim em relação se eu tava colocando o tanto certo do dedo, se tava pegando o músculo certo né. Aí fui no folderzinho que tu desse, procurei, olhei. Não, tava certo mesmo, era isso (P10PnIp) Achei muito bom! Eu fiquei até o final assim da gravidez, eu lia, relia várias vezes aquilo (P24C).

Percebe-se que para a inserção de uma nova prática, a ser realizada diariamente, **é necessário um período de adaptação**, onde são criadas estratégias para superar as principais dificuldades encontradas. *A massagem em si, eu acho que foi tranquilo, foi fácil, mas no começo que é mais difícil né, porque o corpo bem dizer não tá acostumado, daí no final da massagem foi mais tranquilo... a gente pega mais prática né, saber fazer certinho, no começo é mais difícil se acertar assim, mas no final é mais prático (P11PnLp). No começo doía um pouco, ardia né. Os dois primeiros dias eu sentia ardência ao longo do dia até. Daí eu fazia menos tempo, mas depois vai acostumando [...] E depois foi passando, não tive mais [...] no começo foi um pouco de insegurança assim, mas depois que eu fui fazendo, foi bem bom sabe. Fiquei feliz de ter feito (P23C).*

Encontrar a melhor posição para a automassagem foi um dos desafios apontados por todas as participantes do estudo, principalmente com o passar da gestação, devido ao crescimento uterino. Desta forma, cada gestante tentou encontrar a melhor posição para si. *No final tive um pouco de dificuldade né. Por causa da barriga e tudo mais... Não conseguia alcançar os dez minutos. Que é por causa do cansaço mesmo (P10PnIp). Eu fazia raras vezes sozinha... mais pela questão da barriga enorme. Eu não conseguia achar a posição pra chegar até lá, essa que é a dificuldade. Porque a barriga é tão grande que você, mesmo ficando assim, não consegue ir lá [... Eu não sei que posição eu aconselharia. Normalmente eu ficava mais sentada, sentada encostada na parede assim, na cama né... Mas, é complicado. Eu achei difícil a mulher fazer (P16PnIp).*

Foi esta dificuldade que levou várias mulheres a solicitar/aceitar a ajuda do companheiro na realização da massagem. *Eu tentei fazer só uma vez, sentada, como se fosse assim no vaso sanitário né, mas não tive sucesso. Aí levantei, tentei fazer em pé, também não... não resolveu, aí agachei no chão e também não me senti confortável. Aí resolvi deixar só ele fazer (P5PnLp). Entretanto, muitas participantes testaram várias posições e encontraram uma forma confortável de realizar a automassagem. Eu fiz no banho. Consegui fazer no banho e na cama. No banho com uma perna apoiada assim. Tomava banho, parecia que tava mais relaxada, aí eu fazia. Bem bom. E na cama geralmente eu*

fazia ou deitada, ou sentada na ponta da cama assim... Ficava melhor assim, na pontinha da cama. (P17PnLp).

Apesar da dificuldade para encontrar a posição ideal, algumas mulheres preferem **realizar a massagem perineal sem a ajuda do companheiro**, o que oferece uma maior liberdade em relação ao momento de realização da prática. *Eu que fiz. Eu acho que primeiro por preferência minha, de iniciar, e depois que não fechava mesmo, sabe... ou eu achei mais prático eu mesma fazer no banho [...] às vezes a gente vai pedir pra fazer e aí a pessoa tá ocupada. E aí como já comecei eu mesma fazendo, fluiu bem e eu continuei (P14PnLp). E daí no banheiro também, tomando banho, senti que também consegui fazer, mas eu gostava. Colocava uma musiquinha (risos) e daí iniciava a massagem (P21C).* O fato de a massagem ser realizada no períneo, uma região íntima, que na maioria das vezes não é tocada nem pelas próprias mulheres, também foi um dos motivos que estimularam a automassagem. *Eu preferi fazer sozinha assim... Eu achei que eu não ia ficar relaxada, que não ia ser a mesma coisa... achava que tava bom assim, eu fazer, e ter noção. Todas as vezes foi eu que fiz (P4PnLp). Eu optei em fazer porque eu queria fazer sozinha. Não me senti muito a vontade do meu parceiro fazer. Botava como rotina antes do banho fazer, sabe, daí fazia no banheiro, fazia sozinha, só eu ali... Porque eu achei que era uma coisa muito íntima assim né (P23C).*

Categoria II - A massagem perineal contribui para uma maior consciência corporal

A consciência corporal proporcionada pelo toque diário para a realização da massagem, foi um dos principais pontos positivos destacados pelas mulheres. *Para mim foi legal essa consciência da musculatura da região, porque a gente tem uma contração quase involuntária né? Quando vai fazer xixi, alguma coisa assim né? E de repente tu ter controle sobre o teu nível de relaxamento, como tu consegue relaxar, como tu consegue segurar né!? Eu acho que isso era o mais importante para o parto inclusive, além desse relaxamento muscular que eu acho que a massagem dá, essa coisa de soltar, de conseguir soltar e relaxar para o parto ser tranquilo né? Isso que eu achei muito legal, porque aí sim parece que tu treina a consciência corporal. Bem interessante, bem legal (P24C).*

Neste contexto, **a realização da massagem perineal proporciona a percepção sobre as mudanças no períneo**. As participantes relataram perceber as alterações referentes à maciez, maleabilidade e alongamento da musculatura perineal ao longo dos dias

de realização da prática. *Na massagem, vamos se dizer assim que fica mais macia, mais confortável né [...]o músculo fica mais macio, mais aberto, abre mais (P11PnLp). Eu acho que apesar de a equipe ter contribuído, de as coisas terem sido no tempo como tinham que ser, se não fosse a massagem tinha tido laceração. Acredito mesmo assim... porque a gente percebe o quanto no decorrer desses dias de massagem o músculo de fato trabalha né... tanto que pára essa ardência [...] Então, é sinal de que ele tá mesmo alongando e é impossível que não faça parte do processo assim de ter dado certo. Eu acredito muito (P18PnIp). O que eu achei legal também é tu ver a resposta do períneo. Como ele vai ficando mais elástico [...] eu não tinha noção de que ia ser bom a esse ponto sabe... e que o períneo ia responder daquele jeito assim [...] Valeu a pena, principalmente pelo autoconhecimento sabe, do meu corpo assim... Isso pra mim vai ficar pra sempre né. Então, mesmo que não tenha sido parto normal, acho que não foi em vão ter feito a massagem (P23C).*

A partir desta consciência corporal, **a massagem perineal favorece a compreensão acerca do desfecho perineal após o parto.** *Eu tive laceração, né... Eu acho que o resultado já é algo importante assim. Tive, só que foi muito pouco, foi dois pontinhos mesmo... e acho que pode ter até lacerado por causa que o trabalho de parto foi dificultoso, eu acabei tomando ocitocina, do nono pro décimo centímetro ali, e ele nasceu com a mão na cabeça. Então, provavelmente esses fatores fizeram com que tivesse laceração, porque se fosse diferente assim né, se ele nascesse só com a cabecinha, por exemplo, já não iria ter né. Então acho que isso já é bem importante assim... (P3PnLp). Eu senti durante o momento que a cabeça tava começando a sair, que o músculo fica enorme né, de bem pequeno ele fica enorme... E o fato de eu saber bem onde que tava o músculo, que eu já tinha trabalhado um pouco ele né, no sentido de ficar menos duro, eu acho que contribuiu, contribuiu pra o músculo se estender mais facilmente e também sem romper (P1PnIp).*

Categoria III - Facilidades e dificuldades apontadas pelas mulheres na realização da massagem perineal pelo companheiro

A partir das falas das mulheres que receberam a massagem perineal realizada pelo companheiro, percebe-se que **o companheiro elimina a dificuldade encontrada na realização da automassagem**, uma vez que a mulher consegue assumir uma posição mais confortável e relaxar durante a prática. *Sempre ele que fez, desde o primeiro dia. De*

34 a 39 semanas, todos os dias, a gente só falhou um. E foi ele que fez todos os dias [...] não é nenhum bicho de sete cabeças, é fácil. Eu não me imagino fazendo. Eu acho que daí sim seria um dificultador, porque a barriga e tudo mais... [...] não tenho ideia de como seria eu fazendo, mas eu sempre achei que eu não ia conseguir, que eu ia depender muito dele nesse sentido assim. Desde o primeiro momento que eu conheci a tua pesquisa, sempre achei que eu precisaria dele e que bom que ele aceitou (P18PnIp). Sempre ele que fez. Mais fácil né... foi bem tranquilo, em nenhum momento foi difícil. Deitada também né, com o companheiro é bem melhor. Não teve nenhuma dificuldade, graças à Deus (P12PnIp).

Contudo, algumas dificuldades foram encontradas na realização da massagem perineal pelo companheiro, como encontrar um horário em que ambos estivessem disponíveis. *Essa é uma dificuldade minha né, pela minha rotina. Porque como ele trabalha numa empresa que fica em outra cidade, três dias na semana ele tava fora. Então, ele não conseguia fazer. E ele até dormia fora, então nem à noite, não tinha como né (P15PnIp). Como eu dependia de uma segunda pessoa pra fazer a massagem, não era eu mesma que fazia, se não batia o horário ou se a gente tava com algum desentendimento, que aconteceu né... de a gente ter algum distanciamento, ficou sem fazer né. Porque dependia dele fazer (P5PnLp). Que ele não me ouça, escutando isso, mas ele é bem preguiço. Eu tinha que tá incentivando, vamos fazer isso, hoje tem que fazer. Porque se esperasse por ele, ele dizer assim eu vou fazer, ele não ia. Então, eu tinha que tá no pé dele (P6PnLp). Apesar da proximidade com o companheiro, algumas mulheres também tiveram que superar a vergonha dos primeiros dias, devido à exposição e abertura necessárias para aceitar a massagem realizada por uma outra pessoa. No começo fiquei meio com vergonha, me senti exposta assim totalmente. Tentei levar numa boa assim, até num momento que eu cheguei a comentar com ele que era um pouco embaraçoso e aí aos pouco a gente foi conversando e tal e aí logo no fim ele falava para ela “filha, eu estou aqui abrindo o túnel para você passar” (risos), então acabou em alguns momentos sendo engraçado, vamos lá que eu estou aqui te ajudando abrir o túnel para você passar (risos) (P25C).*

Apesar destas dificuldades, a maioria das mulheres relatou **que a realização da massagem perineal favorece a intimidade do casal**, na medida em que dedicam um tempo exclusivamente para a preparação para o parto e a chegada do bebê. *A massagem nos ajudou muito na questão de tirar um tempo todo dia pra gente. Pra cuidar da gravidez, pra cuidar do bebê que ia chegar. Então eu acho que acabou esse laço*

se fortalecendo, sendo mais forte até que o motivo pelo qual a pesquisa se destinava assim. [...] virou um momento que a gente fechava a porta e aquele momento era nosso de cuidar do bebê que ia chegar. Então isso que eu acho que foi o mais legal de tudo (P17PnLp). E foi legal, foi bem importante pra gente, pra achar de novo uma intimidade antes do parto [...] e durante o parto foi super importante a intimidade... ele massageou as costas durante as onze horas de trabalho de parto. E foi super importante ter uma intimidade de casal (P1PnIp). Em alguns momentos até foi um estímulo pra uma relação sexual, outras foi só uma massagem normal (P5PnLp).

Este momento íntimo também fez com que algumas mulheres percebessem que **a realização da massagem perineal favorece a comunicação com o companheiro**. *Era um momento cem por cento atenção ali e como a gente tinha que contar os dez minutos não é para eu ficar no celular ali ou ele no celular aqui ou sei lá, a gente fazia no quarto não na televisão por exemplo, então não tinha outras coisas interrompendo, então eu acho que por isso foi legal, era um momento que a gente tinha para conversar qualquer coisa, sobre nós, sobre a gravidez. [...] Ele dizia “ah eu acho que está mais flexível, menos duro, menos rígido, eu acho que se eu estou fazendo certo e se é aqui parece que está mais elástico” (P25C).*

Categoria IV - Contribuições da massagem perineal

Uma das contribuições apontadas pelas participantes é que **a massagem perineal proporciona uma maior confiança para o parto**, contribuindo para o empoderamento necessário ao protagonismo feminino. *O parto tava chegando e eu tava confiante que eu fiz tudo que precisava fazer, que eu tava pronta, até meu períneo tava pronto. Então eu me senti mais forte. Assim, mais confiante né (P1PnIp). Eu achei que me deu mais segurança pro parto sabe... fazer a massagem assim, porque eu nunca tinha parado para ficar ali, botando a mão ali dentro e pensando ai, o bebê vai sair aqui [...] de que na hora do parto ele aumentava, então eu já fazia aquela massagem ali, pensando isso assim, ia mentalizando, e ia explorando [...] Então eu achei que a massagem ajudou também nisso assim de me empoderar ali pro momento, acreditar que o bebê ia passar ali e que podia não lacerar... que não ia ter dificuldade de dilatar, como essa coisa de desproporção e tal assim... Pensava não, tá ali ó, o negócio tá pronto, tô ajudando mais... (P4PnLp). Eu acho que uma coisa que facilitou foi a questão de mentalizar. Mentalizar que aquilo ali é como se fosse um parto né, que*

tava abrindo, e que na hora isso ia acontecer também, essas coisas. Eu acho que isso ajudou a alongar o músculo, acho que isso ajudou também no sentido de relaxar (P20PnLp).

Independentemente do tipo de parto e da ocorrência ou não de trauma perineal, a maioria das participantes, a partir de sua experiência, acredita que **a massagem perineal contribui para a redução do trauma perineal no momento do nascimento.** *Ah, eu acho que ajudou, não levei ponto né (risos). Não levei nenhum ponto, assim... teve uma pequena laceração, mas foi onde eu não fazia a massagem. Que foi na parte da frente, no caso, se for olhar o períneo né. Não foi na parte do períneo atrás, foi na vagina, na frente. Foi superficial, foi externo, né. Não foi interno [...] Valeu muito a pena. Eu acredito que ajudou sim. Que vale muito a pena fazer a massagem. Eu me surpreendi (P10PnIp). Eu acho que ajudou, com certeza, porque até a médica ficou surpresa lá, porque não teve laceração nenhuma. Se eu não fizesse eu acho que não ia ser assim né. Porque tipo no início eu vi que ele era bem rígido né... aí quando foi passando eu sentia ele mais, tipo, não tão rígido, como se tivesse alongando (P13PnIp). Eu acredito que ajudou [...] Eu acredito que sim, porque eu tive uma laceração muito pequena né, ela foi bem superficial, o médico me falou né [...] Eu acho que isso foi um sucesso no parto. Eu acho que provavelmente ajudou sim, já que muitas mulheres que não fizeram tiveram lacerações maiores ou outras intervenções né, tipo aquele vácuo extrator, pra tirar o bebê né, e episiotomia. Então... não sei, eu acredito que ajudou sim (P14PnLp).*

Inclusive as mulheres que foram submetidas à cesariana destacam as contribuições da massagem perineal durante o trabalho de parto e acreditam em outros benefícios caso tivessem passado por um parto normal. *O meu caso infelizmente foi cesárea né [...] mas como eu disse, no momento lá que a gente tava iniciando o trabalho de parto, tentando, eles fazem o exame do toque né. E pra mim, por já tá ali, trabalhando naquela região, foi mais tranquilo assim... eu já tava íntima. Como foi indução, a cada quatro horas era feito exame de toque (P21C). Eu acho que ajuda sim! Porque como eu te disse, eu sentia que tinha alongado sabe? Que estava mais relaxado. Eu não sei se ela teria prevenido qualquer tipo de laceração, né!? Isso eu realmente não sei, mas dava para notar diferença do começo para o final assim, quando já estava mais macio o músculo sabe? Então eu acho que teria ajudado, com certeza (P24C).*

Além das contribuições relacionadas à ocorrência ou não de laceração no momento do nascimento, **a massagem perineal favorece a recuperação do períneo após o parto.** *Pro pós-parto foi perfeito,*

porque é um pós-parto sem ponto (risos)... o que mais que eu posso querer né? No dia eu já tava sentada, feliz e contente. Eu já tive a experiência de ter os pontos e saber o quanto isso dá medo [...] então o fato de não ter tido que levar nenhum ponto... e eu devo isso a massagem, o pós-parto foi fantástico (risos) (P18PnIp). Eu não fiz no primeiro bebê, porque eu ganhei um bebê prematuro de trinta e três semanas, e que era pequenininho, dois quilos. E eu lembro assim que... nossa, ficou muito inchada assim, e eu passei bastante gelo, eu fiz tudo igual o que eu fiz agora, a diferença é que era menor e que eu não tinha massagem. E ficou muito inchado assim né, a região ali vaginal e tal. E dessa vez não, nossa... nada assim, não parecia que eu tinha feito um parto e que tinha saído um bebê tão maior né, o dobro do peso quase do meu primeiro filho, e todo mundo falando na hora do parto ali, meu Deus ela é enorme, nossa que bebezão... os comentários assim do pediatra, da própria médica... Então, né, não senti nada inchado e dor também não assim, apesar de ter a laceração... (P4PnLp).

DISCUSSÃO

Os resultados apontam que a massagem perineal foi uma experiência positiva para as participantes do estudo, sendo enumerados diversos benefícios, como a maior consciência corporal, o empoderamento para o parto, a percepção da capacidade de distensão perineal, e a redução do trauma perineal no momento do nascimento. Interessante observar que mesmo as mulheres que necessitaram realizar uma cesareana por indicação médica, e que portanto, não conseguiram avaliar o efeito da massagem para a prevenção do trauma perineal, destacaram os benefícios em ter realizado a prática e afirmaram que realizariam em uma futura gestação.

Quando foi o companheiro quem realizou a massagem, a realização da prática ainda proporcionou uma maior intimidade entre o casal e um momento para o diálogo, onde ambos se encontravam focados no bebê e na preparação para o parto. O aumento da intimidade do casal durante o período gestacional também pode favorecer a adaptação dos mesmos às mudanças que ocorrem na dinâmica familiar com a chegada dos filhos. Quanto maior o diálogo e a ajuda mútua, mais facilmente os desafios relacionados aos cuidados com o bebê, amamentação, retorno da atividade sexual, entre outros aspectos, são superados.

As mulheres participantes do estudo precisaram vencer alguns desafios, como a escolha da melhor posição, a vergonha em permitir que o companheiro realizasse a massagem, e o desconforto sentido nos primeiros dias. Entretanto, todas essas dificuldades foram superadas gradativamente, na medida em que conseguiam relaxar para a realização da prática e que o corpo aceitava esta nova intervenção.

Observa-se que o companheiro também pode ser inserido na realização da massagem perineal sempre que a mulher desejar, facilitando consideravelmente a realização da prática, pois permite que a gestante assuma uma posição mais favorável e consiga relaxar. Esta inserção parece não ser uma prática frequente, visto que em apenas um (LABRECQUEA; EASONB; MARCOUXC, 2001) dos quatro ensaios clínicos randomizados incluídos na revisão sistemática sobre a massagem perineal digital pré-natal, esta foi realizada pelo acompanhante de escolha da mulher (BECKMANN; STOCK, 2015). Neste estudo, apesar de algumas mulheres também preferirem fazer a massagem e não envolver seus parceiros, para a maioria delas a participação do companheiro foi considerada positiva, devido à facilidade e relaxamento proporcionados. Além disso, o interesse e o encorajamento de seus parceiros foram relatados como fortes fatores motivadores (LABRECQUEA; EASONB; MARCOUXC, 2001).

Neste contexto, a realização da massagem perineal pelo companheiro de escolha da mulher durante a gestação vai ao encontro da estratégia “Pré-natal do parceiro”, lançada em 2016 pelo Ministério da Saúde (MS) para proporcionar um maior acesso e envolvimento do pai/parceiro durante toda a gestação e planejamento reprodutivo (BRASIL, 2016). Estudos apontam que a participação do acompanhante na atenção pré-natal ainda é incipiente, sendo concentrada nas consultas, e que muitas vezes os homens se sentem excluídos dos cuidados (FENWICK, BAYES, JOHANSSON, 2012; CARVALHO et al, 2015). Ao realizar a massagem, o companheiro participa ativamente e contribui na preparação da gestante para o momento do nascimento, o que pode favorecer a relação do casal e a paternidade desde o período gestacional.

A gestação provoca diversas alterações na imagem corporal das mulheres e estudos apontam alta prevalência de dificuldades sexuais durante este período, principalmente no terceiro trimestre de gestação. O comprometimento sexual está associado a fatores psicológicos, físicos, relacionais, socioculturais e religiosos, além de medos e mitos relacionados à sexualidade feminina neste período (ARAÚJO et al, 2012; RIBEIRO et al, 2011). Neste sentido, a consciência corporal e o aumento da intimidade e comunicação entre o casal, relatados pelas

mulheres como benefícios proporcionados pela massagem perineal, podem minimizar estas dificuldades, facilitar o relaxamento e ser um fator motivador para o prazer sexual das mulheres no final da gestação.

Em relação ao pós-parto, as mulheres experimentam mudanças profundas e íntimas em suas relações sexuais nos primeiros 18 meses após o parto. Coorte prospectiva desenvolvida na Austrália com 1239 mulheres demonstrou que, embora o sexo pareça ter melhorado ao longo desses meses pós-parto, em que elas foram acompanhadas, a satisfação emocional das mulheres está associada ao envolvimento dos parceiros nas tarefas domésticas (MCDONALD; WOOLHOUSE; BROWN, 2017). Nesse sentido, os casais podem beneficiar-se do tempo de realização da massagem para criar uma maior intimidade e devem ser estimulados pelos profissionais de saúde a conversar abertamente sobre as mudanças que costumam ocorrer no núcleo familiar após a chegada do primeiro filho e quais estratégias podem ser utilizadas para fortalecer o relacionamento.

A massagem perineal pode contribuir não somente para o retorno da atividade sexual, mas também para a qualidade de vida no puerpério e o sucesso da amamentação. Os principais fatores que afetam a retomada da atividade sexual satisfatória no pós-parto estão relacionados à recuperação do trauma perineal, o ressecamento vaginal associado à amamentação ou os efeitos do tratamento para a depressão pós-parto, bem como a necessidade de que a mulher descanse o mínimo necessário e tenha tempo e privacidade (LEEMAN; ROGERS, 2012).

As orientações para a realização da massagem perineal durante o pré-natal também podem contribuir para a redução das taxas de cesareana, na medida em que promovem o conhecimento feminino acerca das potencialidades do corpo e fortalecem o empoderamento para o parto normal. Estudo iraniano que buscou compreender os motivos que levam as primigrávidas de risco obstétrico habitual a solicitarem uma cesariana sem qualquer indicação médica, observou que dentre eles estão os relacionados ao medo do parto (dor no trabalho de parto, risco de lesão materna ou fetal) e das mudanças corporais no pós-parto (prolapso vaginal, incontinência urinária, disfunção sexual); à confiança nos obstetras e à falta de segurança no atendimento que receberá da equipe na maternidade (FAISAL et al., 2014).

A maioria das mulheres apresenta algum traumatismo perineal após o parto e, apesar do impacto negativo sobre as atividades diárias de uma mulher, muitas vezes os desconfortos provocados são negligenciados pelos profissionais de saúde e não são relatados por mulheres que consideram ser um resultado normal de parto

(FRANCISCO et al., 2011). Em uma sociedade sexista, patriarcal e heteronormativa, muitas vezes a condição de mãe, ou gestante, é vista como natural, implícita à condição de mulher. Como consequência, deixam-se passar diversas oportunidades de realizar educação em saúde, especialmente voltadas para a saúde sexual (FERREIRA et al., 2014). Neste sentido, os profissionais de saúde precisam garantir que todas as intervenções possíveis durante o trabalho de parto e o parto sejam informadas, apresentando evidências de riscos e benefícios, e superando as barreiras que impedem a implementação de práticas baseadas em evidências.

Considerando que o Ministério da Saúde preconiza que sejam realizadas no mínimo seis consultas médicas e de enfermagem intercaladas durante o pré-natal de risco obstétrico habitual, e que cada consulta é uma oportunidade para os profissionais de saúde investirem em estratégias de educação e cuidado em saúde, visando o bem-estar da mulher e da criança, assim como a inclusão do pai e/ou parceiro (quando houver) e família, desde que esse seja o desejo da mulher (BRASIL, 2016), não faltam oportunidades para que os benefícios da massagem perineal digital sejam apresentados às gestantes durante o pré-natal.

Ao falarmos de uma prática que já possui evidências descritas sobre seus potenciais benefícios, bem como ausência de danos, e que pode ser utilizada pelas mulheres independentemente de sua condição socioeconômica, enquanto profissionais temos o compromisso de ao menos oferecê-la às gestantes que estão sob os nossos cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo apontam que a experiência das mulheres acerca da realização da massagem perineal foi de maneira geral muito positiva. Para superar as dificuldades que emergiram durante sua realização, as mulheres utilizaram-se de diferentes estratégias, como o apoio do material educativo disponibilizado e, muitas vezes, a participação do companheiro. Além de perceber as mudanças gradativas que ocorreram na musculatura perineal, esta experiência proporcionou para as mulheres uma maior consciência corporal e empoderamento para o parto, na medida em que conseguiam realizar o toque diário em uma região tão íntima e muitas vezes cercada de tabus.

Destaca-se que, para as mulheres que desejam, o companheiro pode ser um participante ativo na realização da massagem, eliminando a dificuldade em encontrar uma posição possível devido ao tamanho da

barriga. Nestas situações, a tendência é que o momento de realização da massagem também se torne um ambiente terapêutico para o casal, onde podem conversar de forma íntima por alguns minutos, dedicando-se aos cuidados com a mulher e o bebê que está para chegar.

Recomenda-se outras investigações que avaliem a aceitação dos profissionais de saúde, especialmente enfermeiras e médicos, para inserir as orientações acerca da massagem perineal digital nas consultas de pré-natal. É imprescindível que as mulheres e casais tenham acesso às informações relacionadas à gestação, parto e pós-parto, baseadas nas melhores evidências disponíveis, e que se sintam apoiados pelos profissionais de saúde caso desejem realizar esta prática. Importante destacar que a massagem perineal digital é uma tecnologia não-invasiva de cuidado, de baixo custo, que pode ser realizada por todas as gestantes que desejarem, independente da condição socioeconômica.

REFERÊNCIAS

American College of Obstetricians-Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin. Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. **Obstet Gynecol.** n. 71, April 2006.

AMORIM, M. M. R.; MELO, F. O.; LEITE, D.; MAIA, S.; RADACI, L.; COUTINHO, L.; MELO, E. Humanization of childbirth in a public hospital of Brazil: maternal and neonatal outcomes. **International Journal of Gynecology & Obstetrics.** v. 107. p. 397-412, 2009.

AMORIM, M. M. R.; MAIA, S. B.; LEITE, D. F. B.; ARAÚJO, I. R. S.; MELO, F. O.; ALVES, J. N.; BARROS, E. S.; MEDEIROS, G. J. C. Assistência humanizada ao parto no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA): resultados maternos. **Saúde Ciência.** v. 1, p. 80-6, 2010.

AMORIM, M. M. R.; FRANCA, N.; ANTONIO H; KATZ, L.; COUTINHO, I.; MELO, I.; LEAL, N. V. Selective Episiotomy Compared With Implementation of a Nonepisiotomy Protocol. **Obstetrics and Gynecol.** (New York. 1953). v. 125, p. 41S-42S, 2015.

AASHEIM, V.; NILSEN, A. B. V.; LUKASSE, M.; REINAR, L. M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. **Cochrane Review,** 2011.

ARAÚJO, N. M.; SALIM, N. R.; GUALDA, D. M. R.; SILVA, L. C. F. P. Corpo e sexualidade na gravidez. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 3, 2012.

MCDONALD, E.; WOOLHOUSE, H; BROWN, S. J. Sexual pleasure and emotional satisfaction in the first 18 months after childbirth. **Midwifery**, v. 55, p. 60-66, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde** /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 55 p., 2016. Disponível em: < <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guiaPre>

_____. Ministério da Saúde. Brasil. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres/Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em 24 fev. 2018.

BECKMANN, M. M.; STOCK, O. M. Antenatal perineal massage for preventing perineal trauma. **Cochrane Review**. v. 7, 2015.

CARDOSO, J.E.; BARBOSA, R. H. S. O desencontro entre desejo e realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, 2012.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Review**, v. 9, n. 1, 2015.

CARVALHO, I. S.; JÚNIOR, P. B. C; OLIVEIRA, J. B. P.; BRITO, R. S. O pré-natal e o acompanhante no processo parturitivo: percepção de enfermeiros. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 17(2): 70-77, abr-jun, 2015.

COSTA, A. S. C.; RIESCO, M. L. G. A comparison of “hands off” versus “hands on” techniques for decreasing perineal lacerations during birth. **Journal of Midwifery & Women’s Health**. v. 51, n. 2, March/April 2006.

DINIZ, S. G.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; LANSKY, S. Equity and women's health services for contraception, abortion, and childbirth in Brazil. **Reproductive Health Matters**. p. 94-101. 2012.

FAISAL, I.; MATINNIA, N.; HEJAR, A.R.; KHODAKARAMI, Z. Why do primigravidae request caesarean section in a normal pregnancy? A qualitative study in Iran. **Midwifery**, v. 30, n. 2, p. 227-233, 2014.

FAN, Z.; DONG, W. X.; JING, L.; QIONG, H. G.; XIN, G. B. Hyaluronidase for reducing perineal trauma. **Cochrane Review**. v. 9, 2011.

FENWICK, J.; BAYES S.; JOHANSSON, M. A qualitative investigation into the pregnancy experiences and childbirth expectations of Australian fathers-to-be. *Sex Reprod Healthc.* [Internet]. 2012; 3(1):3-9 [acesso em 28 nov 2013]. Disponível em: URL: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575611000437>>.

FERREIRA, A. I. G.; SOARES, V.; NITSCHKE R. G.; THOLL, A. D.; MUÑOZ, M. A. G. C.; MICHELIN, S. R. O cotidiano de gestantes: a enfermagem promovendo o ser saudável. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n. 4, 2014.

FRANCISCO, A. A. ; OLIVEIRA, S. M. J. V.; SILVA, F. M. B.; BICK, D.; RIESCO, M. L. G. Women's experiences of perineal pain during the immediate postnatal period: A cross-sectional study in Brazil. **Midwifery**, v. 27, n. 6, p. e254-e259, 2011.

KOK, J.; TAN, K. H.; KOH, S.; CHENG, P. S.; LIM, W. Y.; YEW, M. L.; YEO, G. S.

H.; HIAN, K. T. K. Antenatal use of a novel vaginal birth training device by term primiparous women in Singapore. **Singapore Medical Journal**. V. 45, n.7, p. 318-323. 2004.

KOTTWITZ, F.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. **Escola Anna Nery: revista de enfermagem**. Vol. 22, n. 1 (2018), p. e20170013, 2018.

LABRECQUE, M.; EASON, E.; MARCOUX, S.; LEMIEUX, F.; PINAULT, J. J.; FELDMAN, P.; LAPERRIÈRE, L. Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. **Am J Obstet Gynecol.** v. 180, n. 3, p. 593-600. 1999.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; FILHA, M. M. T.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; BASTOS, M. H.; GAMA, S. G. N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30: suppl. 1, p. S17-S47, 2014.

LEEMAN, L. M.; ROGERS, R. G. Sex after childbirth: postpartum sexual function. **Obstetrics & Gynecology**, v. 119, n. 3, p. 647-655, 2012.

NUNES, A. C. F.; RAMOS, D. K. R.; MESQUITA, S. K. C. Preferência por cesarianas em gestantes nulíparas de um consultório particular de ginecologia e obstetrícia: um estudo de caso DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v12i2.1484>. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 2, p. 743-753, 2014.

RIBEIRO, M. C.; NAKAMURA, M. U.; ABDO, C. H. N.; TORLONI, M. R.; SCANAVINO, M. T.; MATTAR, R. Gravidez e Diabetes Gestacional: uma combinação prejudicial à função sexual feminina? **Rev Bras Ginecol Obstet.** 33(5):219-24, 2011.

RIESCO, M. L. G.; COSTA, A. S. C.; ALMEIDA, S. F. S.; BASILE, A. L. O.; OLIVEIRA, S. M. J. V. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro. v. 19, n. 1, p. 77-83. 2011.

RUCKHÄBERLE, E.; JUNDT, K.; BÄUERLE, M.; BRISCH, K.; ULM, K.; DANNECKER, C.; SCHNEIDER, K. T. M. Prospective randomised multicentre trial with the birth trainer EPI-NO® for the prevention of perineal trauma. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.** v. 49, p. 478-48. 2009.

STEINER, N.; WEINTRAUB, A. Y.; WIZNITZER, A.; SERGIENKO, R.; SHEINER, E. Episiotomy: the final cut? **Arch. Ginecol. Obstet.** v. 286, n. 6, p. 1369-73. 2012.

ZEITLIN, J.; MOHANGOO, A.; DELNORD, M. EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. 2013. Disponível em: http://www.europeristat.com/images/doc/ EPHR2010w_disclaimer.pdf. Acesso em 05 Jan. 2018.

5.4 MANUSCRITO 4 - MASSAGEM PERINEAL DURANTE A GESTAÇÃO: EXPERIÊNCIA DOS ACOMPANHANTES

Juliana Jacques da Costa Monguilhott
Odaléa Maria Brüggemann

RESUMO

Introdução: Pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, inserida no macroprojeto “Massagem perineal na gestação para prevenção do trauma perineal no parto: abordagem quantitativa e qualitativa”, de método misto. **Objetivo:** Compreender a experiência dos acompanhantes ao realizarem a massagem perineal em suas companheiras durante a gestação. **Método:** A coleta de dados foi realizada de abril de 2016 a abril de 2017, por meio de entrevistas semiestruturadas e notas descritivas, na residência ou local de trabalho dos participantes, Florianópolis/SC. Participaram da pesquisa 10 acompanhantes, escolhidos pelas mulheres que fizeram parte do ensaio clínico randomizado (ECR) e foram alocadas no grupo intervenção. A análise dos dados foi realizada utilizando-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, com auxílio do Programa Atlas.ti 8.0.

Resultados: As subcategorias que emergiram das análises das entrevistas foram agrupadas em 5 categorias que revelam a experiência dos acompanhantes: desafios apontados pelos acompanhantes para a realização da massagem perineal; contribuições da massagem perineal para a proteção do períneo; a massagem perineal favorece o envolvimento do acompanhante durante a gestação; estratégias para a realização da massagem perineal; recomendações dos acompanhantes a partir de suas experiências. **Conclusão:** Apesar das dificuldades encontradas, a realização da massagem perineal foi uma experiência positiva para a maioria dos acompanhantes, proporcionando a participação direta nos cuidados durante a gestação e o aumento do vínculo com a companheira e o bebê.

Palavras-chave: acompanhantes de pacientes; prática baseada em evidências; períneo; atenção pré-natal; obstetrícia.

INTRODUÇÃO

Embora a assistência obstétrica no Brasil seja caracterizada por uma epidemia de cesarianas e o uso abusivo de intervenções obstétricas desnecessárias no momento do nascimento (LEAL et al, 2014), diversas

políticas públicas e Protocolos Clínicos, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, vêm sendo publicados afim de garantir o melhor cuidado de saúde possível diante do contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2016).

Sabe-se que a mudança de um modelo assistencial geralmente ocorre de forma lenta e gradativa, pois envolve múltiplos personagens, interesses, crenças e valores. Apesar de a Organização Mundial de Saúde (OMS), há mais de duas décadas, sintetizar os efeitos de cada intervenção no parto e publicar um guia com as recomendações para a assistência ao parto normal (WHO, 1996), intervenções classificadas como práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado, como a episiotomia, continuam sendo realizadas em larga escala nas mulheres brasileiras (LEAL et al, 2014).

Quando o parto deixou de ser visto como um evento fisiológico e natural, no século XX, e passou a ser considerado um processo patológico e dependente de intervenções médicas para prevenir desfechos maternos e fetais negativos, a episiotomia introduzida no século XVIII por Sir Fielding Ould, obstetra irlandês, começou a ser utilizada em diversos países, dentre eles o Brasil (MYERS-HELFGOTT; HELFGOTT, 1999). Apesar de nunca ter existido evidências científicas confiáveis de sua efetividade e segurança, obstetras famosos começaram a recomendar e difundir o seu uso como uma prática indispensável para a proteção perineal, transcrevendo essa crença como uma verdade absoluta em diversos tratados de obstetrícia amplamente utilizados no Brasil. (DELEE, 1920; REZENDE, MONTENEGRO, 2011).

Infelizmente, no Brasil, a situação é crítica. Apesar do apoio das políticas nacionais à criação dos Centros de Parto Normal (CPN), com assistência direta das enfermeiras obstétricas e obstetrizes, a grande maioria dos partos ainda ocorrem nos hospitais de grande porte e são assistidos por médicos. Embora não existam dados precisos no sistema de informações do SUS quanto à utilização de episiotomia na atenção aos partos, trata-se de um dos procedimentos cirúrgicos mais utilizados e banalizados no sistema público de saúde (DINIZ; D'OLIVEIRA; LANSKY, 2012). Dados da Pesquisa Nascer no Brasil, estudo de base hospitalar realizado em 2011/2012 com 23.894 mulheres, demonstram que 74,6% das parturientes primíparas sofreram uma episiotomia (LEAL et al., 2014), fortalecendo um padrão ritualístico de assistência, característico do modelo tecnocrático (DAVIS-FLOYD, 2001).

Neste contexto, considerada uma mutilação genital

desnecessária, o fim da episiotomia de rotina tem sido uma reivindicação dos movimentos sociais que lutam por respeito no parto e pelo fim da violência, exigindo transformações profundas na assistência obstétrica (DINIZ; CHACAM, 2006). Atualmente há muitas evidências que apontam os benefícios do uso restritivo, e não rotineiro, de episiotomia (STEINER et al., 2012, CARROLI; MIGNINI, 2015). Estudo que comparou resultados maternos e perinatais em mulheres submetidas a um protocolo de não realização de episiotomia *versus* um protocolo de episiotomia seletiva concluiu que a não realização de episiotomia parece ser seguro para mãe e filho, sendo necessário investigar se existe, de fato, qualquer indicação para este procedimento (AMORIM et al., 2017).

Considerando as evidências cada vez mais robustas sobre a inexistência de motivos justificáveis para a realização de episiotomia, diferentes técnicas e intervenções estão sendo utilizadas por alguns profissionais, principalmente por enfermeiras obstétricas e obstetritz, para permitir que o períneo possa distender lentamente no parto vaginal, evitando a lesão perineal. No momento do nascimento, há evidências de que, estando a mulher com livre movimentação e na posição que ela escolher, talvez o melhor seja permitir a saída do bebê sem nenhuma interferência profissional, pois não há benefícios comprovados em utilizar óleos, compressas quentes ou geladas, ou realizar uma massagem intraparto (FAN et al., 2011; AASHEIM et al, 2017).

Em relação às práticas realizadas durante a gestação para favorecer a proteção perineal no parto, apesar de poucos estudos controlados randomizados, há evidências de que a massagem perineal digital pode aumentar a flexibilidade dos músculos do períneo e, portanto, diminuir a resistência muscular e o trauma perineal (BECKMANN; STOCK, 2015). Mesmo gerando um desconforto nas primeiras semanas de realização da massagem, a prática tem sido avaliada pelas gestantes de forma positiva, inclusive quando realizada pelos companheiros (LABRECQUE et al., 1994; LABRECQUE, EASON, MARCOUX, 2001; ISMAIL, EMERY, 2013).

No Brasil, a partir das evidências existentes, alguns profissionais costumam recomendar a realização da massagem perineal a partir da 34ª semana de gestação até o dia do parto. Em minha prática assistencial, percebi que as mulheres têm uma boa adesão à realização da massagem perineal, principalmente quando realizada pelo companheiro. Além de facilitar a realização da prática, devido à dificuldade de a gestante encontrar no final da gestação uma posição ideal para a automassagem, a participação do companheiro permite que

a mulher tenha algumas sensações semelhantes às que ela sentirá no momento do parto, sendo uma oportunidade para tentar relaxar, respirar e abrir-se para o novo, para receber uma nova vida. A maioria dos homens deseja e sente-se satisfeito em ajudar a mulher na realização da prática, contribuindo de forma ativa durante a gestação.

Destaca-se que a inclusão do homem no pré-natal é uma das políticas públicas brasileiras que busca romper e transformar as construções sociais de gênero que, em sua grande maioria, atribuem às mulheres todas as responsabilidades relacionadas à reprodução e aos cuidados das crianças, enquanto afastam os homens tanto dos compromissos e dos deveres, quanto dos prazeres e dos aprendizados que envolvem a paternidade. A estratégia “Pré-Natal do Parceiro”, proposta pelo Ministério da Saúde (MS) é uma ferramenta inovadora que busca ampliar o acesso e acolhimento dos homens, principalmente na Atenção Básica, e envolvê-los de forma consciente e ativa em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2016).

Neste contexto, considerando a ausência de pesquisas sobre o tema e a complexidade envolvida na implementação da massagem perineal como uma prática de cuidado às mulheres brasileiras no pré-natal, este estudo busca compreender a experiência dos acompanhantes ao realizarem a massagem perineal em suas companheiras durante a gestação.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, inserida no macroprojeto “Massagem perineal na gestação para prevenção do trauma perineal no parto: abordagem quantitativa e qualitativa”.

Participaram da pesquisa os acompanhantes, escolhidos pelas mulheres que fizeram parte do ensaio clínico randomizado (ECR) e foram alocadas no grupo intervenção (GI – realizaram a massagem perineal digital).

As mulheres alocadas no grupo intervenção, usuárias do SUS, que pretendiam parir em uma das maternidades públicas de Florianópolis, puderam convidar um acompanhante para realizar a massagem perineal, caso desejassem. Os acompanhantes que participaram da realização da massagem foram incluídos no ECR e orientados sobre a realização da massagem perineal, em um encontro presencial com a pesquisadora, com suporte do material educativo produzido para a pesquisa (folder e vídeo). Os critérios de inclusão para

os acompanhantes foram: ter disponibilidade para realizar a massagem digital perineal diariamente por 5 - 10 min; compreender, ler e falar em português; ter capacidade para compreender as instruções sobre a massagem.

Assim, os participantes do presente estudo foram convidados gradativamente, a partir da sua participação no ECR. A amostra foi estabelecida durante a coleta de dados pela saturação dos mesmos, ou seja, quando refletiram, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões do fenômeno estudado. Desta forma, as informações coletadas passaram a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo, de modo que as novas falas não apresentaram mais acréscimos significativos para os objetivos propostos pela pesquisa (FONTANELLA et al., 2011. MINAYO, 2017).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e notas descritivas, utilizando-se um roteiro com perguntas que abordaram assuntos importantes previamente selecionados pela pesquisadora, encorajando os participantes a falarem livremente sobre os tópicos listados. As notas foram feitas pela pesquisadora durante a entrevista, afim de registrar informações e facilitar a síntese e compreensão das narrativas.

As entrevistas foram realizadas de forma individual, preferencialmente nos primeiros 30 dias após o parto, em local escolhido por cada participante. Foram registradas através de gravação e posteriormente transcritas integralmente pela pesquisadora e por uma bolsista de iniciação científica. As gravações serão destruídas após o término da pesquisa.

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que possuem como objetivo a descrição do conteúdo das mensagens, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, sendo organizada em três polos cronológicos (BARDIN, 2011). A etapa de Pré-análise corresponde à fase organizacional, afim de sistematizar as primeiras ideias e formular um plano de análise flexível e preciso. Nesta etapa, após uma leitura “flutuante” do conteúdo textual, as transcrições foram inseridas no software ATLAS.ti 8.0 como *primary documents* (documentos primários), identificando-se os trechos dos depoimentos que responderam ao objetivo do estudo, denominados *quotations* (citações) (FRIESE, 2014).

Na etapa de **exploração do material**, realizou-se uma análise detalhada das entrevistas, elaborando-se os *codes* (códigos) e

posteriormente relacionando-os aos depoimentos que apresentavam o mesmo sentido (FRIESE, 2014).

Na última etapa, de **tratamento dos resultados obtidos e interpretação**, os resultados brutos tornam-se significativos e válidos, respondendo aos objetivos do estudo ou apresentando novas descobertas (BARDIN, 2011). As categorias e subcategorias foram estabelecidas com o auxílio da ferramenta *families* (famílias) do ATLAS. ti 8.0, sendo possível propor inferências e interpretar os resultados.

Os aspectos éticos do presente estudo estão de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que regulamenta as normas e diretrizes para pesquisas com seres humanos. O macroprojeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o protocolo nº 1.470.848 e CAAE 53239416.8.0000.0121. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Afim de respeitar o anonimato, os acompanhantes foram identificados pela letra “A” seguida por um numeral arábico, conforme a entrada na pesquisa. Quando o nome das gestantes aparece no texto, as mesmas foram identificadas por nomes de mulheres brasileiras que destacaram-se na história do Brasil: Ana Néri (pioneira da enfermagem no Brasil), Irmã Dulce (por seu trabalho de assistência aos pobres e aos necessitados), Leila Diniz (símbolo da mulher brasileira emancipada e independente), Dandara (lutou ao lado de Zumbi, seu esposo, pela libertação dos negros no período colonial), e Zilda Arns Neumann (reconhecida como uma das maiores humanitárias do Brasil, pediatra importantíssima para a redução da mortalidade infantil no país).

RESULTADOS

Participaram do estudo 10 acompanhantes que fizeram parte do ECR e, a partir da autorização de suas companheiras, realizaram a massagem perineal nas mesmas. Destas, 8 tiveram um parto normal (5 com períneo íntegro e 3 com laceração de segundo grau) e 2 realizaram uma cesareana por indicação médica. Nenhum dos acompanhantes tinha experiência anterior em acompanhar uma mulher durante as consultas de pré-natal, bem como durante o trabalho de parto e parto. Todos estavam realizando a massagem perineal pela primeira vez. O quadro abaixo apresenta as características dos acompanhantes.

Quadro 1 – Caracterização dos acompanhantes. Florianópolis, SC, 2016 – 2017

Acompanhante	Idade	Anos de estudo	Participação em consultas de pré-natal	Participação em palestra*	Nº dias MP**	Tempo médio (min) que realizou a MP
A1	39	30	9	Sim	5	7,0
A2	27	8	0	Sim	27	7,0
A3	30	14	0	Sim	24	9,0,
A4	19	11	8	Não	29	8,0
A5	33	19	5	Sim	2	7,0
A6	33	21	7	Sim	24	8,0
A7	36	12	0	Sim	36	8,0
A8	29	23	5	Sim	42	11,0
A9	38	21	8	Sim	36	10,0
A10	35	14	8	Sim	47	10,0

* Participação em alguma palestra sobre gestação/ parto

** Número de dias em que o acompanhante realizou a massagem perineal (MP)

As subcategorias resultantes da análise das entrevistas foram agrupadas em cinco categorias (Quadro2). Alguns trechos dos depoimentos dos acompanhantes serão utilizados para exemplificar as subcategorias.

Quadro 2 – Categorias e subcategorias sobre a experiência dos acompanhantes em realizar a massagem perineal em suas companheiras. Florianópolis/SC, 2017

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Desafios apontados pelos acompanhantes para a realização da massagem perineal	<ul style="list-style-type: none"> * Desconhecimento acerca do períneo * Preocupação com o desconforto sentido pela gestante * Acesso à uma boa preparação durante o pré-natal * A maior dificuldade foi o desconforto sentido nos dedos, mãos e braços * Dificuldades para incluir a massagem perineal na rotina diária
Contribuições da massagem perineal para a proteção do períneo	<ul style="list-style-type: none"> * Fatores que influenciam no resultado da massagem perineal * O acompanhante percebe o aumento da elasticidade perineal * A massagem perineal ajuda a prevenir a laceração
A massagem perineal favorece o envolvimento do acompanhante durante a gestação	<ul style="list-style-type: none"> * Comprometimento e disponibilidade na realização da massagem perineal * Comunicação entre o casal * A massagem perineal favorece a intimidade do casal * A massagem perineal estreita a relação entre o pai e o bebê
Estratégias para a realização da massagem perineal	<ul style="list-style-type: none"> * Utilização do material educativo * Encontrar o melhor horário para fazer a massagem * Adaptações para a realização da massagem * Posições para realização da massagem
Recomendações dos acompanhantes a partir de suas experiências	<ul style="list-style-type: none"> * Realização da MP em uma futura gestação * Os acompanhantes recomendam a massagem perineal para outros casais

Categoria I - Desafios apontados pelos acompanhantes para a realização da massagem perineal

Uma das dificuldades apresentadas pelos acompanhantes, principalmente no início da realização da massagem, foi o **desconhecimento acerca do períneo**, algo a ser descoberto, uma parte

do corpo feminino que nunca havia sido conhecida desta forma: *Então pra mim, era novidade. Nunca tinha ouvido falar na palavra períneo. Onde é esse períneo? Eu perguntei pra ela (...) Eu fiquei receoso nos primeiros momentos assim, de estar fazendo certo. Será que é nessa altura mesmo? Será que é nessa profundidade? [...] Aí eu sempre lembrava dos dois, três centímetros ali tal né (...) eu imaginava que era ali. Daí a Ana Néri, A7 eu acho que é aí mesmo (risos) (A7).*

Os participantes também demonstraram grande **preocupação com o desconforto sentido pela gestante** durante a realização da massagem perineal: *eu precisava introduzir um e depois de um pouco de massagem com um dedo, introduzia o outro. Porque ela sentia dor né (...) então tinha um limite ali onde a gente conversava pra que ela não sentisse dor né. Aí quando ela percebia que tava incomodando, ela falava pra eu diminuir a fricção, a pressão né. E daí eu tirava o dedo (A3); No começo foi mais delicado, porque não sabia, tinha medo de machucar, e fazer mal pra ela (A1). A preocupação também estava relacionada com a intimidade e com o bem-estar emocional da companheira: *Do ponto de vista psicológico, pra mulher existe uma grande dificuldade também... de aceitar. Pra mim não foi tão difícil aceitar, não sei se pra outros homens é, mas é de acordo a como a mulher tem de se abrir e se deixar totalmente levar por isso aí, eu acho que existe uma dificuldade psicológica sim. É muito doido, porque por mais que seja um relacionamento com a pessoa que você tem mais confiança né, igual é difícil (A9).**

A falta de acesso à uma boa preparação durante o pré-natal também foi um desafio relatado: *falta muita informação (...) Na verdade é um problema de saúde pública, na verdade teria que ser feito um trabalho do governo federal, estadual, municipal, pra fazer ter uma nova abordagem do parto. (...) você vê que a coisa tá melhorando, mas pros postos de saúde que dá o pré natal, que na verdade é quem dá a primeira atenção e tudo, vixi ainda falta coisa pros caras [...] A gente é os dois doutorando, então a gente sabe a importância da universidade. Mas a galera, no geral assim, falta muita informação. E esse negócio de períneo fica naquilo que te diz respeito aí diretamente, é fundamental fazer. Mas os médicos precisam ser melhor preparados, os médicos do serviço público. Porque eles tão muito por fora (A1). O acompanhamento profissional durante a realização da massagem foi uma sugestão apontada para trazer mais segurança sobre a realização da prática: *se tivesse uma experiência prévia, com você ou com alguém que pudesse de fato direcionar onde era o ponto a dilatar (alongar), quem**

sabe fosse muito mais fácil, porque tá ajudando a dilatar (alongar) o músculo que fosse verdadeiramente necessário (A9).

Apesar de vários desafios serem apontados, a maioria dos entrevistados destacou que durante a realização da massagem **a maior dificuldade foi o desconforto sentido nos dedos, mãos e braços**: *Eu sentia, porque eu precisava levar o dedo bem dentro da vagina, então eu acabava forçando os indicadores né. E aí, quase como se fosse uma câmbra começava a dar. Aí depois começava a sentir um cansaço acho, porque forçava né (...) Acho que é uma musculatura que não se costuma movimentar muito (A3); Manter durante todo aquele tempo, foi a maior dificuldade. Por causa da posição, eu ficava de frente pra ela e fazia com que forçava músculos que normalmente tu acaba não forçando. E acabava doendo mesmo assim, no final de dez minutos, é um período bem longo (A8); Ah e agora lembrei... pô, é bem incômodo fazer a massagem para o homem. [...] É como se você tivesse fazendo exercício numa academia com mais peso do que você pode controlar. Então, quem sabe aí, uma evolução com relação às posições, ou mesmo outras formas de fazer, possa beneficiar o conforto do homem que for fazer, porque de verdade dói bastante (A10).*

Destaca-se que, apesar de ter sido realizada em média por 7 a 10 minutos (Quadro1), quando é o companheiro quem faz a massagem, faz-se necessário estabelecer no dia a dia do casal o melhor momento para dedicar-se à essa prática. As **dificuldades para incluir a massagem perineal na rotina diária** também foram um desafio: *Criar uma rotina pra que possa ser feito a massagem é um pouquinho complicado. Não dá pra ser assim, Ah vamos parar agora e fazer. Parece que tem que ser uma coisa assim relaxada né. Não dá pra ser feito às pressas...(A3).* Esse foi um dos motivos que levaram alguns acompanhantes a não realizar a massagem todos os dias: *Na verdade assim ó, o meu dia é tão corrido que tinha dia que a gente acabava não fazendo, porque apesar de saber que tinha que ter uma rotina, chegava em casa e tipo era mais uma coisa pra fazer. Eu tinha que dar comida pros cachorros, eu tinha isso, tinha aquilo (...) (A5).*

Categoria II - Contribuições da massagem perineal para a proteção do períneo

A partir da possibilidade de realizar a massagem perineal durante a gestação e também acompanhar a mulher durante o trabalho de parto e parto, os acompanhantes perceberam que há diversos **fatores que influenciam no resultado da massagem perineal** e na ocorrência

do trauma perineal, como as intervenções obstétricas realizadas no momento do nascimento e a filosofia assistencial da instituição: *ela teve laceração de segundo grau (...) Então assim, fica muito difícil de definir. Eu acredito que a massagem teria ajudado, tá, teria ajudado se o parto tivesse sido feito com um pouco mais de tranquilidade. Porém não deu pra saber porque o hospital que a gente planejava ter o bebê de início, que tinha a filosofia né, assim de deixar o trabalho de parto evoluir, não deu certo, a gente teve que ir pra um outro que tinha uma filosofia diferente (A3)*. Por outro lado, práticas como a realização de atividade física e de exercícios de relaxamento, bem como uma alimentação saudável, também foram considerados fatores que contribuíram para um parto mais tranquilo e para a preservação do períneo: *não adianta tu só fazer uma massagem, não se alongar ou não tentar fazer algum tipo de exercício físico, ou caminhar, que seja, durante a gestação, que eu acho que isso ajuda e muito. Enfim, alimentação também, e ter disposição pra fazer tudo isso (A5)*; *Os exercícios de respiração que ela fez durante todo a gestação, ela colocou em prática daí na hora do parto, e ajudou muito. E as médicas dela, elas foram conversar com a Dulce pra saber onde é que ela tinha aprendido a fazer isso, com quem (A1)*; *talvez não só a questão da massagem do períneo. Porque de qualquer forma a Leila também foi atrás de uma série de coisas, de se preparar né, a questão do yoga, a questão dos cursos, acabam de alguma maneira preparando né, fazendo com que talvez a mulher conheça melhor o próprio corpo (...) pode ser que seja uma série de fatores (A6)*.

Gradativamente, com a realização da massagem diária, **o acompanhante percebe o aumento da elasticidade perineal** e pode ver a evolução do alongamento da musculatura: *Tu vê a mudança de que é a elasticidade né. O canal vai aumentando e tal, tu vê que tu consegue forçar mais (A5)*; *deu pra ver que no princípio era muito contraído assim, muito rígida aquela musculatura ali, e aí deu pra ver claramente que com o tempo ela ia relaxando assim, e dia a dia (...) dava pra ver nitidamente que tava mais relaxada aquela região ali, dava pra sentir isso, principalmente com o tato ali né, tocando ali antes tava bem duro e no próprio ato, quando você tá fazendo ele vai relaxando né, mas no outro dia quando você vai começar já não tava tão duro quanto no primeiro dia e ia relaxando... deu pra ver claramente isso aí, claramente (A10)*.

Observando a evolução do alongamento da musculatura perineal durante os dias de realização da massagem, bem como o período expansivo, os acompanhantes afirmaram que **a massagem**

perineal ajuda a prevenir a laceração: *Não tem como eu dizer que não ajudou né, porque reforçou o músculo ali. Então isso é inegável que ajudou, ajuda e muito (...) me parece óbvio, que não tem como não ajudar. Só ajuda. Se a pessoa tá querendo fazer um parto normal, tem que fazer a massagem do períneo... (A1); Eu acho que sim, porque ela teve uma criança de quase quatro quilos e não teve nenhum... cortezinho que eles falam né? Não precisou de nenhum corte nem rasgou (...) então deve ter ajudado pra alguma coisa né (A4). Mesmo com a ocorrência de laceração espontânea, os acompanhantes relatam as possíveis contribuições da massagem perineal e acreditam que se não tivessem realizado a prática, a gravidade do trauma perineal poderia ser maior: *Ajudou, ajudou, com tanto que se dilatou (o períneo) né, teve o rasguinho ali, o cortezinho... Foi pra um ponto, dois no máximo (...) foi só pro lado de fora (...) aquilo ali é a pele, no caso né. Mas no períneo, não teve a dilatação (laceração), como tem de muitas mulheres que não fazem essa massagem (A2); Eu acredito, de verdade, eu acredito que fez diferença. (...) Teve aquela pequena... eles chamaram de laceração, mas a gente até conversou lá no hospital aquele dia que na verdade foi um pequeno cortezinho na parte superior da vagina, por fora. Mas não teve laceração, tipo, não teve ponto, e o pós-parto foi muito rápido assim, não teve grandes incômodos (A6).**

Percebe-se que os acompanhantes se sentiram vitoriosos, participantes de todo o processo de preparação para o parto: *Poxa, foi fabuloso né. A gente se emocionou até quando viu o resultado né (...) a Ana Néri perguntou, e aí doutora qual foi o estrago? Aí ela assim, nada, nada de estrago. Daí poxa, eu e ela nos olhamos assim, pô vibramos, valeu muito a pena... (A7).*

Categoria III- A massagem perineal favorece o envolvimento do acompanhante durante a gestação

A partir dos relatos percebe-se que os acompanhantes apresentaram grande **comprometimento e disponibilidade na realização da massagem perineal**, mesmo enfrentando diversas dificuldades: *A gente comenta entre nós e a gente sempre acha engraçado isso. Mas, ao mesmo tempo, a gente levou muito a sério. Tanto é que o resultado veio né. Então, se eu não me engano, a gente ficou só um dia sem fazer a massagem. Teve dias assim que eu tava exausto, mas ao mesmo tempo a gente sabia que tava se aproximando. E aí eu continuava. Daí tinha vezes que a Ana Néri falava assim, ah amor, já deu oito minutos, quer parar? Tava cansado assim... Não, não,*

não, vamos continuar, vamos continuar. Tá, aí eu puxava assunto né, aí colocava música... e aí o tempo ia passando. Aí daqui a pouco, óh já deu doze minutos. (A7). O compromisso em fazer a massagem todos os dias foi assumido com seriedade e dedicação, fazendo o possível para cumprir a meta proposta: *Porque eu fiquei com receio de ter falhado. Poxa, será que não fazendo um dia... Aí o que que eu pensei mais pra frente né, vou ficar mais minutos pra compensar. Eu acho que deve ter dado resultado. Então, eu não continuei sempre com sete minutos ou oito minutos né. A gente começou a ficar cada vez mais tempo pra quem sabe compensar aquele dia que a gente faltou* (A7). Os acompanhantes inclusive questionaram sobre a idade gestacional para iniciar a realização da massagem, bem como o tempo de realização da prática: *Se pudesse ter começado mais cedo, eu teria começado mais cedo (...)* *Pena que isso não veio tão cedo como deveria de vir, né. Não só pra nós, mas pra muitas mulheres que já tiveram filho. É uma coisa que demora às vezes pra chegar pro brasileiro (...)* (A2); *quem sabe se desde o início a gente tivesse feito assim... quinze minutos, quem sabe teria dado um belo resultado também. Mas, eu acho que o que foi trabalhado desde o início lá, seis minutos, que a gente fez sem forçar. Ah, não, hoje a gente já tá na terceira, quarta semana de massagem... não, vamo então, vamo pra oito minutos então hoje. Vamo, vamo, bater uma meta (...)* *Foi bem trabalhado* (A7).

Para que o companheiro realize a massagem perineal, é necessário uma boa **comunicação entre o casal**, que permita o diálogo livremente. Desta forma, o homem pode esclarecer suas dúvidas e adequar a técnica, enquanto a mulher relata suas sensações, incômodos e necessidades: *Aí quando ela percebia que tava incomodando, ela falava pra eu diminuir a fricção, a pressão né (...)* *eu lembro também que quando ela inspirava, ela contraía um pouco, aí ela até pedia pra aliviar a tensão. E ela comentava que ela tinha dificuldade de fazer a massagem nela mesma, então...* (A3); *Ela reclamava de dor às vezes quando eu forçava um pouco mais pra lateral e pra baixo porque na verdade ela sentia que tava trabalhando o músculo né (...)* *aí eu falei assim, ah, posso continuar então? Ah, pode. Ela sentiu um pouco de desconforto, mas logo depois parece que adormecia. Então eu continuava (...)* *Então, eu acho que foram nas últimas três semanas que daí a gente conseguiu fazer sempre, acima de dez minutos* (A7).

Ao reservar um tempo para a realização da prática proposta, percebe-se que **a massagem perineal favorece a intimidade do casal**. Para alguns participantes esse foi o principal benefício: *Foi bom que deu pra gente ficar mais junto também e aproveitar mais o tempo junto né...*

que às vezes na fase da gravidez a gente não aproveita tanto o tempo junto (A5); o fato de ela ter trazido a proposta foi uma possibilidade que eu vi de conseguir me aproximar da minha parceira (...) Não do ponto de vista sexual, mas de me aproximar da gravidez, do ponto de vista de ajudar assim, de fazer alguma coisa que fosse além do clássico carinho, do tá ali. Foi uma possibilidade de fazer algo efetivo. Eu acho que isso que foi um dos grandes motivadores assim que me levou a tentar fazer (A6). Alguns casais conseguiam namorar e fazer da massagem momentos preliminares para a relação sexual: Não atrapalhou não, muito pelo contrário, ainda ajudava no caso né, porque não machucava tanto (...), ela ainda ajuda (na relação sexual), porque a mulher se sente mais... como é que eu posso te dizer? mais relaxada, mais tranquila né, porque daí não fica uma coisa ali muito pressionada. Então já vai mais com tranquilidade (A2); Assim, a nossa relação sempre foi boa né, então a massagem ela até serviu como preliminares em algum momento (A3).

Por outro lado, a falta de intimidade e abertura na relação parece trazer dificuldades, conforme relato de um dos participantes: no nosso caso foi um pouco estranho, porque a gente tem um relacionamento um pouco diferente. Acaba que a gente não tem tanta intimidade. E fazer a massagem foi uma coisa bem mais íntima do que normalmente a gente tá acostumado, por isso que foi tão estranho assim. Pelo fato de a Dandara ter mudado a forma que a gente tava fazendo a massagem, no caso utilizando a luva e o KY ao invés do óleo fez com que fosse mais distante ainda assim e tornou mais estranho ainda (...) nunca foi algo erótico nem nada do tipo assim, começou a ficar algo cansativo depois da primeira semana digamos assim (risos)... (A8)

Além de favorecer a aproximação da grande maioria dos casais, **a massagem perineal estreita a relação entre o pai e o bebê:** Mas era engraçado, eu fazia às vezes a massagem e o Joaquim correspondia. O Joaquim respondia lá (na barriga) (...) quando eu fazia massagem no períneo também, eu também conversava com ele (A7); Na verdade, vou dizer que eu me sentia, sentia que tava abrindo o túnel pra que a minha filha saísse (risos), assim que eu me sentia. Então, levava desse jeito e meio que ludificava a situação (A9); valeu muito a pena pra nós como casal, como família. Completou total né... e principalmente que deu resultado né. Mas, mesmo assim, mesmo assim, eu juro pra você, se tivesse ocorrido laceração assim ó a gente não teria pensado que não valeu a pena. Porque na verdade valeu como dedicação entre nós três. Eu, ela e o bebê (A7). Os participantes se sentiram valorizados, podendo

contribuir diretamente durante a gestação: *o homem tem muitas dificuldades que elas não são vistas pelo geral, quem carrega com todo o peso de ter uma criança é a mulher, mas o homem ele sofre muito então, por mais que pareça doido, eu me senti mais parte disso aí fazendo a massagem. (...) às vezes ficamos meio de lado com relação a ser a mulher quem carrega o bebê. Isso me fez sentir um pouquinho mais parte do processo final ali antes de que a bebê nascesse... (A9).*

Categoria IV- Estratégias para a realização da massagem perineal

Durante as semanas que antecederam o parto, os acompanhantes utilizaram várias estratégias para vencer as dificuldades e realizar a massagem perineal em suas companheiras. **A utilização do material educativo** confeccionado para a pesquisa, com informações acerca da massagem perineal, de forma ilustrativa, facilitou a realização da prática, destacando-se o vídeo: *A gente tava tentando fazer. Aí encontramos algumas dificuldades em alguma situação. E aí quando você veio você trouxe um vídeo que ficou muito mais claro pra mim como fazer... porque ela tinha me explicado como fazer, e aí ficou bem mais claro (A6); o vídeo foi mais explicativo que o folder, o vídeo que você me mostrou quando a gente conversou, e basicamente eu fiz lembrando do vídeo (...) eu confesso que não me apoiei muito no material que tava escrito, foi mais o vídeo e como você tinha me explicado tal, me apoiei nisso (A10)*

Cada casal realizou a massagem perineal no momento que julgou mais oportuno, a partir de suas possibilidades. Contudo, **encontrar o melhor horário para fazer a massagem**, inserindo esta prática na rotina diária, também favoreceu sua realização: *Às vezes eu chegava em casa e já fazia pra não ter problema de deixar pra fazer depois. Que se você deixa pra fazer depois, aí ela dorme né, dá sono. (...) Dá pra fazer antes do banho, como depois do banho. Mas, se for depois do banho é bem melhor do que antes do banho né, que daí já relaxa até mais o corpo (A2); entrou numa rotina. Era uma rotina, exatamente. Ah, filho (filho mais velho), a gente vai fazer massagem tá. Não, beleza pai, beleza. Aceitava normal assim (A7).*

Devido às dificuldades encontradas, percebe-se que os acompanhantes utilizaram algumas **adaptações para a realização da massagem**. Apesar de a maioria usar o óleo de amêndoas, fornecido pela pesquisadora, dois participantes relataram a necessidade de utilizar outro tipo de lubrificante: *Outra dificuldade que a gente teve foi com o óleo de amêndoas. No começo a gente começou a usar ele, mas parece*

que não ficava bem lubrificado, aí a gente começou a usar um produto similar ao KY né, que é um lubrificante, aí foi bem melhor, porque a Zilda sentia bastante desconforto na hora de fazer (...) Aí a partir do momento que a gente começou a usar o lubrificante, daí não teve mais dificuldade da parte dela (A3). O receio de machucar a companheira também fez com que em algumas situações o acompanhante preferisse aumentar a amplitude do movimento, utilizando apenas um dedo, a realizar a massagem com os dois dedos: *Eu não curti (fazer com os dois dedos), até por que parecia que abria demais ali né. Eu acho que daí no outro dia ela poderia tá machucada e eu não ia continuar (...) Eu não queria machucar ela né, até pra que no outro dia eu pudesse fazer de novo. Então eu ia devagarinho. Aí, eu acho que daí a gente ficou mais uma semana e meia nisso aí. E depois eu comecei a forçar um pouquinho mais. Abrir um pouquinho mais esse “U” né, fazer ele maiúsculo, maiúsculo e mais robusto assim né (A7).*

Outra adaptação utilizada foi pedir para a gestante realizar primeiro a massagem, para depois o companheiro iniciar, favorecendo primeiramente o autoconhecimento. Além disso, um revezamento para a realização da massagem também foi utilizado, principalmente por motivo de trabalho: *Chegou a conclusão, nós dois, que a melhor coisa que aconteceu finalmente foi ela fazer primeiro [...] Ela começou a fazer sozinha até ela se achar com o músculo, com o períneo e com a massagem (...) a gente viu que era mais simples, de ela achar o caminho, a gente viu lá aonde a gente errou também a primeira vez (...) Então acho que é importante que a mulher faça primeiro, de repente, ache o caminho, identifique bem o músculo, dá uma reforçada no músculo, daí vem o cara. Daí com o auxílio dela, acha ali o caminho, e faz né esse movimento e tal (A1); A gente revezava bastante, até mesmo porque eu trabalhava viajando. Então, não tava sempre aqui. Quando eu tava a gente tentava fazer, né (A5).*

As **posições para realização da massagem** foram gradativamente sendo escolhidas e adaptadas pelos acompanhantes, buscando o conforto do casal: *Ela deitava na cama e eu fazia junto na cama né, ajoelhado ali, ou de alguma forma sentado assim na posição de yoga. E teve dias que eu fiz ela em cima da cama e eu de joelhos na cabeceira da cama (A3). Na mesma altura fica ruim de fazer, porque daí eu tenho que ficar apoiado com o braço, então o braço cansa. E aí como você tem que ficar rodando o dedo e às vezes ficar com o dedo parado, também sente um pouco o dedo, é justamente pelo mesmo nível. Quando tem um desnível de altura, aí já não tem esse problema, aí é mais fácil. Ela ficava na cama, eu tenho um banquinho de plástico, eu*

botei no chão, me sentei nele pra poder ir fazer. Aí já deu um desnível diferente e foi mais fácil pra fazer, não teve mais aquela dificuldade, foi legal (A2).

Categoria V- Recomendações dos acompanhantes a partir de suas experiências

A realização da massagem perineal em uma futura gestação foi um desejo apresentado por quase todos os participantes, confiantes por já terem uma experiência prévia bem-sucedida: *E agora pros próximos aí, pros próximos bebês, a gente já tá bem mais esperto no que precisa ser feito (A1); Teve a experiência, de fazer isso né, de fazer a massagem, que eu repetiria no terceiro filho (...) Nossa, com certeza, aquilo dali foi muito fácil pra mim (A7).* Um dos acompanhantes, que relatou dificuldades em realizar a massagem perineal em sua parceira devido às características do relacionamento, afirmou que utilizaria outros dispositivos em uma futura gestação: *Eu insistiria em utilizar o... Epi-no. Na verdade, tudo indica que dá um resultado até melhor né, pela forma como ele faz o alargamento, e a forma que eu faço com os dedos (A8).*

A partir de suas experiências, **os acompanhantes recomendam a massagem perineal para outros casais:** *A experiência é legal. Indicaria pros outros fazer, com certeza. Inclusive já conversei com várias pessoas sobre isso assim né (...) (A5); Eu indico, tenho indicado bastante (...) Ah, eu me sinto à vontade, sem nenhuma dúvida. Indiquei recentemente pra um casal que veio comentar... eles não esperavam, já tão com uma certa idade, e aí eu comentei. Aí eu falei que fez diferença (...) Porque eu acho que foi bom em vários sentidos (A6); Mesmo não sendo conhecido a gente consegue indicar, com certeza. Muito bom! Meu Deus, é muito fácil aquilo ali né. A gente até, na verde, já indicou. Porque sem querer querendo a gente meio que já falou o que que a gente tinha feito. Aí tem muitos casais que (risos) acham graça nisso né. Ai, não acredito que vocês fizeram isso ou sério existe isso? (...) Podemos até dar palestras e explicar como que é a experiência desse sucesso. Que foi um sucesso pra gente! (A7); Tem que fazer. Tem que fazer porque ajuda. Como a gente tava falando, só ajuda. Não tem como atrapalhar, seja como for. Não é algo que vai interferir negativamente no parto. Não, é algo que só pode agir positivamente, só pode reforçar aquele músculo que é tão essencial ali na hora do parto. Então, eu acho que é fundamental (A1).*

DISCUSSÃO

Os resultados apontam que o acompanhante enfrentou alguns desafios para a realização da massagem perineal, uma vez que essa não é uma prática comumente adotada pelos profissionais durante o pré-natal e tão pouco orientada a gestante sobre seus potenciais benefícios. Dessa forma, para o acompanhante o acesso à essas informações é ainda mais limitado. Como qualquer intervenção preventiva, a massagem perineal requer motivação durante a gravidez, bem como informações adequadas e apoio dos profissionais (LABRECQUE; EASON; MARCOUX, 2001). Apesar disso, as categorias de análise (Quadro 2) apontam que as dificuldades foram superadas através de estratégias adotadas em comum acordo com a gestante, sendo que os resultados progressivos da massagem sobre a distensão perineal estimularam e reforçaram o comprometimento assumido.

Assim, a realização da massagem perineal pelos participantes do estudo proporcionou um envolvimento direto dos mesmos na preparação da gestante para o parto. O contato íntimo diário, com o objetivo de facilitar o nascimento do bebê e prevenir a lesão perineal, foi uma oportunidade de aproximação para a maioria dos casais, favorecendo o vínculo dos mesmos em uma fase da vida repleta de novidades e informações, e que geralmente é vivenciada na prática pela gestante, sem envolvimento direto do companheiro. A responsabilidade pelos cuidados com o corpo da mulher, realizados durante o pré-natal, passou a ser compartilhada entre o casal, dando aos homens um sentimento de pertencimento de todo o processo gestacional e favorecendo, inclusive, o contato com o bebê no ventre materno e o amadurecimento da paternidade. Observar a capacidade de distensão perineal e imaginar a passagem do bebê também fortaleceu o homem para a participação durante o trabalho de parto e parto, na medida em que se sentiu um personagem ativo e com potencial de contribuição desde a gestação.

Pelas falas dos participantes evidencia-se que as principais dificuldades na realização da massagem perineal estão relacionadas ao desconforto sentido nos dedos durante o tempo de alongamento da musculatura e a posição encontrada para realizar a massagem, exigindo dos mesmos esforço e perseverança. Essas dificuldades podem ser minimizadas a partir do compartilhamento de experiências entre os mesmos e da adequação da técnica, o que poderia ser feito com auxílio dos profissionais, em especial da enfermeira, durante as consultas de pré-natal.

A inserção direta do companheiro na preparação para o parto, atribuindo um papel específico, quando desejado pela mulher, não tem sido uma prática adotada no Brasil. Em outros países, em relação à massagem perineal a participação do acompanhante parece também ser insipiente. Dos quatro ECR incluídos na revisão Cochrane para avaliar o efeito da massagem perineal digital pré-natal sobre a incidência de trauma perineal no parto e posterior morbidade, em apenas um deles a massagem foi realizada pelo acompanhante de escolha da mulher. Apesar da boa adesão das mulheres à realização da massagem perineal pelo companheiro, o estudo não avaliou a percepção dos acompanhantes sobre a experiência de realizar a massagem (LABRECQUE; EASON; MARCOUX, 2001).

O presente estudo mostra que a orientação e o estímulo para a realização desta prática durante a gestação, podem ser utilizadas como ferramenta para favorecer a inserção do homem durante o pré-natal. Apesar de o Ministério da Saúde (MS) preconizar o fornecimento de espaço na consulta pré-natal para a inclusão do parceiro (BRASIL, 2012), o envolvimento paterno no período gestacional é baixo, apontando a necessidade de os profissionais de saúde realizarem ações educativas que visem a aproximação do homem/pai, bem como a promoção de estratégias que visem a ampliação nos horários de atendimento da Atenção Básica, favorecendo o acesso e acolhimento destes usuários nos serviços oferecidos pelo SUS (OLIVEIRA et al, 2009; HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017).

A maioria dos entrevistados participou das consultas pré-natal (Quadro 1), o que evidencia o interesse dos homens em vivenciar este processo. Em estudo recente, os enfermeiros destacaram a importância da participação paterna nas consultas de pré-natal, como oportunidade de preparação prévia à vivência do parto e nascimento. Os autores destacam a necessidade de trazer à luz os fatores que impedem essa participação, sejam eles estruturais, políticos ou profissionais, a fim de encontrar estratégias que propiciem a participação efetiva do companheiro em todo o ciclo gravídico-puerperal (CARVALHO et al, 2015).

Destaca-se que, apesar das mudanças ocorridas na sociedade, a participação do homem durante o pré-natal, parto, pós-parto e cuidados com o bebê, ainda é pouco incentivada tanto pelos familiares quanto pelos profissionais de saúde. Muitos homens ainda não compreendem a necessidade e importância de sua presença nesse período (CAIRES; VARGENS, 2012; MENDONÇA et al, 2017). Em estudos realizados no nordeste brasileiro, os motivos encontrados para a não inclusão do pai

na parturição envolvem diversos fatores, como a falta de tempo devido ao trabalho, falta de conhecimento, e falta de interesse (MENDONÇA et al, 2016; MENDONÇA et al, 2017).

Passados mais de 10 anos da lei 11.108/2005, que assegura às mulheres o direito ao acompanhante de sua livre escolha, durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005), em muitas regiões do Brasil, apesar da cobertura pré-natal, as mulheres e seus acompanhantes não estão sendo informadas deste direito, o que evidencia a falta de divulgação desta informação durante as consultas (FRUTUOSO; BRÜGGEMANN, 2013; SOUZA et al, 2016; DOS SANTOS, 2016; FERREIRA; MADEIRA, 2016). Além disso, destaca-se uma lacuna desta legislação, ao não incluir o direito do acompanhante/pai do bebê de participar do pré-natal. Sendo facultativo de cada gestor/patrão a liberação do homem para participar das consultas, a falta desta Lei representa um grande impedimento para a participação do homem, visto que a maioria das Unidades de Saúde realiza seus atendimentos em horário comercial.

Pesquisas demonstraram que, em algumas situações, há aspectos que oferecem obstáculos à presença paterna tanto no consultório de pré-natal como na maternidade. Estudo acerca da expectativa de pais australianos sobre a gravidez e o parto, apontou que os homens se sentiram marginalizados durante os cuidados pré-natais. Apesar de reconhecerem que o centro da atenção deveria ser a mulher, os homens relataram que se sentiram muitas vezes “marginalizados”, “ignorados” e “invisíveis”, demonstrando a ausência de acolhimento pelos profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado (FENWICK, BAYES, JOHANSSON, 2012; SOARES et al, 2010). A proposta do presente estudo, de estimular que o companheiro realize a massagem perineal, pode ser uma estratégia viável para que o profissional de saúde valorize o seu papel no pré-natal e no preparo para o parto. E conseqüentemente, poderia contribuir para que os sentimentos de exclusão sejam substituídos pelo de pertencimento e corresponsabilidade.

Os sentimentos relatados pelos participantes do estudo, como o orgulho e alegria em participar da preparação da mulher para o parto, vão ao encontro de outros estudos qualitativos sobre o tema. A participação do pai em todas as etapas do ciclo gravídico puerperal, quando desejado pela gestante, proporciona maior segurança, conforto e tranquilidade, sendo fundamental para a formação do vínculo pai-filho (PERDOMINI; BONILHA, 2011; SANTOS et al, 2012). A participação de um homem/pai nas consultas, demonstra seu compromisso com a

mãe e o futuro bebê, demonstrando consciência de sua parcela de responsabilidade (FIGUEIREDO; MARQUES, 2011).

Todos os participantes da pesquisa estavam presentes no momento do nascimento do filho e relataram que a massagem perineal favorece a intimidade do casal e estreita a relação entre o pai e o bebê. Em um outro estudo, os acompanhantes pontuaram que sua presença durante a internação proporciona maior união e fortalecimento dos laços afetivos, sendo um momento que fará parte da história daquela família (FERREIRA; MADEIRA, 2016).

Ouso sugerir que estamos contribuindo para a formação de uma nova geração de homens, mais amáveis e participativos. Sabe-se que a vivência paterna do processo gravídico junto à mulher, desde a concepção ao parto, faz com que o homem assuma uma postura menos autoritária, menos rígida e demonstre seus sentimentos (SILVEIRA et al, 2004).

Estimular a presença do pai durante o acompanhamento pré-natal, bem como sua participação na realização da massagem perineal e demais cuidados à gestante e ao bebê, também pode favorecer o uso das boas práticas e o respeito às vontades da gestante durante o trabalho de parto e parto. O acompanhante que possui informação sobre o processo parturitivo e sobre a assistência prestada pelos profissionais no atendimento ao parto consegue ter parâmetros para avaliar o atendimento, sabendo distinguir mais facilmente se as práticas realizadas foram as mais adequadas ou não (BATISTA et al, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo mostram que a experiência dos acompanhantes acerca da realização da massagem perineal em suas companheiras durante a gestação foi de maneira geral muito positiva, uma vez que eles criaram estratégias para as dificuldades encontradas durante sua realização, e contaram com apoio do material educativo disponibilizado. A percepção de que essa prática estava favorecendo gradativamente o aumento da elasticidade perineal, o fortalecimento da intimidade do casal durante a gestação, bem como o vínculo com o bebê, contribuiu para que os participantes afirmassem o desejo de realizar a massagem perineal em uma futura gestação e recomendar a prática para outros casais.

A realização da massagem perineal pelo acompanhante durante a gestação parece ser uma prática que contribuirá para a efetivação do pré-natal masculino, sendo uma proposta de cuidado que visa a contínua

presença do homem em atividades do pré-natal direcionadas à mulher e às fases que serão vivenciadas pelo casal.

Recomenda-se outras investigações que avaliem a experiência da mulher com a realização da massagem perineal realizada por acompanhante de sua escolha, bem como a aceitação dos profissionais de saúde para inserir as orientações para esta prática nas consultas de pré-natal. O apoio adequado da Equipe de Saúde auxiliará e passará confiança para os pais que desejarem realizar a massagem perineal.

Importante destacar que a massagem perineal digital é uma tecnologia não-invasiva de cuidado, de baixo custo, que já apresenta algumas evidências de sua efetividade. Cabe aos profissionais oferecer para as gestantes e casais este cuidado, dando autonomia para que os mesmos possam decidir pela sua realização ou não, sem julgamento prévio.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M.; COUTINHO, I. C.; MELO, I.; KATZ, L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. **Reproductive Health**, v. 14, p. 55, 2017.

AASHEIM, V, NILSEN, ABV, LUKASSE, M, AND REINAR, LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; DOI: 10.1002 / 14651858.CD006672.pub3.

BARDIN, Lawrence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Almedina Brasil, 2011.

BATISTA B. D.; BRUGGEMANN, O. M.; JUNGES, C. F.; VELHO, M. B.; COSTA, R.. Fatores associados à satisfação do acompanhante com o cuidado prestado à parturiente. **Cogitare Enferm**, v. 22, n. 3, p. e51355, 2017.

BECKMANN, M. M.; STOCK, O. M. Antenatal perineal massage for preventing perineal trauma. **Cochrane Review**. v. 7, 2015.

CAIRES, T. L. G.; VARGENS, O. M. C. A exclusão do pai da sala de parto: uma discussão de gênero e poder. **Rev Enf Ref**. [Internet]. 2012; sér. III (7):159-68 [acesso em 11 ago 2017]. Disponível em: URL: <<http://www>.

scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832012000200017&lng=pt>.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Review**, v. 9, n. 1, 2015.

CARVALHO, I. S.; JÚNIOR, P. B. C.; OLIVEIRA, J. B. P.; BRITO, R. S. O pré-natal e o acompanhante no processo parturitivo: percepção de enfermeiros. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 17(2): 70-77, abr-jun, 2015.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 288p.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. v. 75, Sup. n. 1, p. S5-S23, Nov. 2001.

DELEE, J. B. The prophylactic forceps operation. **Am J Obstet Gynecol**. 1920:254; discussion 255.

DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

DINIZ, S. G.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; LANSKY, S. Equity and women's health services for contraception, abortion, and childbirth in Brazil. **Reproductive Health Matters**. p. 94-101. 2012.

FAN, Z.; DONG, W. X.; JING, L.; QIONG, H. G.; XIN, G. B. Hyaluronidase for reducing perineal trauma. **Cochrane Review**. v. 9, 2011.

FENWICK, J.; BAYES S.; JOHANSSON, M. A qualitative investigation into the pregnancy experiences and childbirth expectations of Australian fathers-to-be. *Sex Reprod Healthc*. [Internet]. 2012; 3(1):3-9 [acesso em 28 nov 2013]. Disponível em: URL: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575611000437>>.

FERREIRA, K. A.; MADEIRA, L. M. O significado do acompanhante na assistência ao parto para a mulher e familiares [The meaning of the companion in the childbirth for woman and relatives]. **Enfermagem Obstétrica**, v. 3, p. e29, 2016.

FIGUEIREDO, M. G. A. V.; MARQUES, A. C. Pré-natal: experiências vivenciadas pelo pai. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 4, 2011.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2: 389-394, fev, 2011.

FRIESE, S. **Qualitative data analysis with ATLAS.ti**. Ed. 2. London: Sage, 2014.

FRUTUOSO, L. D.; BRÜGGEMANN, O. M. Conhecimento sobre a lei 11.108/2005 ea experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, 2013.

HENZ, G. S.; MEDEIROS, C. R. G.; SALVADORI, M. A inclusão paterna durante o pré-natal. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 6, n. 1, 2017.

ISMAIL, S. I.; EMERY, S. J. Patient awareness and acceptability of antenatal perineal massage. **J Obstet Gynaecol**. v. 33, n. 8, p. 839-43. 2013.

LABRECQUE, M.; MARCOW, S. LAROCHE, J. J. C.; MARTIN, S.. Prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy: a pilot study. **Birth**. v. 21, n. 1. 1994.

LABRECQUE, M.; EASON, E.; MARCOUX, S. Women's views on the practice of prenatal perineal massage. **Bjog**, 108, v. 5, p. 499-504, May. 2001.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; FILHA, M. M. T.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; BASTOS, M. H.; GAMA, S. G. N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30: suppl. 1, p. S17-S47, 2014.

MENDONÇA, F. A. C.; NATIONS, M. K.; SAMPAIO, L. R. L.; OLIVEIRA, M. E. F.; BENTO, M. C. C.; OLIVEIRA, S. L.; LEITE, E. M. R. PINHEIRO, C. P. O.; SOUSA, R. A.; JACOB, L. M. S. Percepção do pai acerca da escolha do tipo de parto. **CIAIQ2016**, v. 2, 2016.

MENDONÇA, F. A. C.; NATIONS, M. K.; SAMPAIO1, L. R. L.; MAIA, F. S.; PEREIRA, S. S. P.; BRASIL, B. M. B. L. Barreiras relatadas pelo pai acerca da participação do parto no Nordeste brasileiro. Investigação Qualitativa em Saúde/Investigación Cualitativa en Salud//Volume 2. **Atas CIAIQ**. 2017

MINAYO, M. C. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo (anexo) – ficha de qualificação dos indicadores. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: Brasília (DF), 13 jun. 2013, seção 1, p. 59.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde** /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 55 p., 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guiaPreNatal.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ações Programáticas

Estratégicas. Departamento de Gestão e incorporação de tecnologias em saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal nº2011: relatório de recomendação**. Brasília: 2016. Disponível em: < http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Relatorio_DiretrizesNacionais_PartoNormal_versao-final.pdf >. Acesso em: 19 nov. 2017.

SOUZA, T. A.; MATTOS, D. V.; MATÃO, M. E. L.; MARTINS, C. A. Sentimentos vivenciados por parturientes em razão da inserção do acompanhante no processo parturitivo. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 10, n. 6, p. 4735-4740, 2016.

MYERS-HELFGOTT, M. G.; HELFGOTT, A. W. Routine use of episiotomy in modern obstetrics. Should it be performed? **Obstet Gynecol Clin North Am.** v. 26, p. 305-25. 1999

MONTENEGRO, CAB; REZENDE FILHO, J. Rezende, *Obstetrícia Fundamental*. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

OLIVEIRA, S. C.; FERREIRA, J. G. SILVA, P. M. P.; FERREIRA, J. M.; SEABRA, R. A.; FERNANDO, V. C. N. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. **Cogitare Enferm.** 2009 Jan/Mar; 14(1):73-8

PERDOMINI, F. R. I.; BONILHA, A. L. L. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 445-52

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669p.

SANTOS, L. M.; CARNEIRO, C. S.; CARVALHO, E. S. S.; PAIVA, M. S. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 5, 2012..

SANTOS, E. C. P.; LIMA, M. R.; CONCEIÇÃO, L. L.; TAVARES, C. S.; GUIMARÃES, A. M. D. N. Conhecimento e aplicação do direito do acompanhante na gestação e parto. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 3/4, p. 61-65, 2017.

SILVEIRA, I. P. S.; CAMPOS, A. C. S.; MELLO, M. S.; FERNANDES, A. F. C. A percepção do pai frente ao nascimento do seu filho. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 23-27, jul./dez.2004

STEINER, N.; WEINTRAUB, A. Y.; WIZNITZER, A.; SERGIENKO, R.; SHEINER, E. Episiotomy: the final cut? **Arch. Ginecol. Obstet.** v. 286, n. 6, p. 1369-73. 2012.

SOARES R. K. C.; SILVA S. F.; LESSA P. R. A.; MOURA E. R. F.; PINHEIRO P. N. C.; DAMASCENO, A. K. C. Acompanhante da parturiente e sua relação com equipe de enfermagem: um estudo qualitativo. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2010; 9(1) [acesso em 10 nov 2013]. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2867/644>>.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit of the World Health Organization, **Care in Normal Birth: A practical guide**.Genebra: OMS; 1996.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliar a massagem perineal digital realizada na gestação é um tema estimulante, porém desafiador. Trata-se de uma intervenção comportamental que gera diferentes sentimentos em todos os envolvidos: mulher (gestante/parturiente/puérpera), acompanhante, profissionais de saúde responsáveis pela assistência e pesquisadora.

Na sociedade em que vivemos, ainda repleta de pré-conceitos, onde a mulher muitas vezes não é vista na sua integralidade, torna-se complexo inserir na rotina das mulheres uma prática que estimula e desenvolve seu contato com o próprio corpo, de forma íntima, promovendo o empoderamento para que esta conheça seu períneo, sua capacidade, seu “poder”, flexibilidade e disponibilidade para a passagem do bebê no momento do nascimento. Da mesma forma, inserir o acompanhante neste cuidado direto e íntimo, para aquelas mulheres que assim desejaram, constituiu-se em objeto de pesquisa que requereu uma abordagem diferenciada para que fosse possível uma aproximação das múltiplas facetas envolvidas.

Em meio à grande lacuna de conhecimento sobre o tema, particularmente no Brasil, identificada no primeiro artigo, a utilização das abordagens quantitativa e qualitativa nesta tese permitiu desvelar e aprofundar, concomitantemente, o conhecimento sobre o fenômeno investigado. Nestas considerações finais, pretende-se integrar as quatro etapas que constituíram esta tese, a fim de proporcionar ao leitor uma visão contextual dos passos da pesquisa e de que forma os vários resultados se relacionam.

Na revisão de literatura (primeiro manuscrito), identificou-se que a massagem perineal pré-natal tem sido avaliada por estudos com delineamento experimental e transversal, mas nenhum deles realizado no Brasil. Dos dez ensaios clínicos nos quais a intervenção foi a massagem perineal, a maioria incluiu apenas as mulheres primíparas. Os estudos eram semelhantes quanto à indicação do início da realização da massagem (34 – 35 semanas) e o uso de óleo ou gel lubrificante. Em apenas quatro estudos as mulheres foram orientadas sobre a possibilidade de a massagem ser realizada pelo parceiro. Foi possível verificar também a necessidade de estudos qualitativos sobre o tema, que dessem voz aos envolvidos para que pudessem compartilhar suas experiências.

O reconhecimento dos diferentes Países em que os estudos foram desenvolvidos, com suas características culturais e assistenciais,

bem como a forma como a intervenção foi proposta nesses estudos, foi fundamental para planejar as etapas da pesquisa (abordagem quantitativa e qualitativa) e interpretar os dados que emergiram das mesmas.

No estudo piloto de ECR, apresentado no segundo manuscrito, avaliou-se a adesão das mulheres e acompanhantes à realização da massagem perineal digital durante a gestação e sua efetividade na prevenção do trauma perineal no parto e na redução de morbidades associadas nos 45 dias e 90 dias pós-parto. A sua realização exigiu da pesquisadora a aproximação do campo assistencial em seus diferentes níveis, atenção primária e terciária, vencendo os obstáculos para aproximar o maior número possível de gestantes e captar as elegíveis que manifestassem interesse em participar.

Os resultados do estudo demonstraram uma boa adesão das mulheres e seus acompanhantes, uma vez que realizaram a prática da forma como foram orientados. Além disso, os resultados encontrados neste piloto oferecem parâmetros para a realização de um ECR sobre o tema, com uma amostra adequada que permita avaliar o efeito da massagem perineal digital pré-natal sobre o trauma perineal.

Na fase de coleta de dados para o ECR, observou-se resistência do setor de educação em saúde da Prefeitura de Florianópolis/SC em contribuir com a captação das gestantes, negando o fornecimento de seus contatos telefônicos para que as mesmas fossem convidadas para participar, considerando que seria uma violação da privacidade das mesmas. Desta forma, com a necessidade de o primeiro contato já ser presencial, foi inviável alcançar um número mais abrangente de gestantes. Por outro lado, observou-se um gradativo interesse dos profissionais que realizam a assistência às gestantes sobre o tema, principalmente dos enfermeiros, tanto os que realizam a assistência pré-natal na atenção primária, quanto os que realizam a assistência ao parto e abriram suas portas para que as gestantes fossem convidadas para a pesquisa no momento de visitação da maternidade.

Foi estimulante e, ao mesmo tempo, angustiante, ver que a grande maioria das gestantes tinha muito interesse em participar do grupo intervenção e conhecer uma nova prática que poderia auxiliá-las no momento do parto, desejando ser sorteada para o grupo intervenção. Por outro lado, observar que 41,7% das mulheres que desejavam um parto normal no momento da randomização, a ponto de aceitar participar de uma pesquisa experimental, receberam a indicação de cesareana, suscita uma enorme sensação de impotência e de que precisamos

caminhar muito para oferecer a assistência obstétrica adequada às mulheres.

A fase de coleta de dados qualitativos que resultou no terceiro manuscrito, construído ao mesmo tempo em que os dados do ensaio clínico também eram coletados, trouxe uma imensa satisfação. Dar voz às mulheres, em seu ambiente mais íntimo, 30 dias após passarem por um evento tão importante em suas vidas, como é a chegada do bebê, ampliou muito a visão da pesquisadora acerca dos reais benefícios da massagem perineal digital. Destaca-se o autoconhecimento proporcionado pelo contato íntimo com o próprio corpo, e as descobertas que cada uma teve em contato com seu períneo, relatado pelas participantes, inclusive por aquelas que desejavam um parto normal e necessitaram de uma cesareana. Ouvir que, apesar de terem recebido a indicação para o parto cirúrgico, a realização da massagem foi uma experiência positiva e que fariam novamente em uma futura gestação, foi extremamente reconfortante e aumenta ainda mais a admiração por cada mulher que aceitou participar desta investigação.

No quarto manuscrito foi a vez de dar voz aos acompanhantes que foram escolhidos por suas parceiras e aceitaram realizar a massagem perineal. Apesar das dificuldades relatadas, principalmente o desconforto durante o tempo de realização da prática, observa-se que estamos diante de uma nova geração de homens, mais conscientes do seu real papel durante a gestação e os cuidados com o bebê, dispostos a vencer seus próprios pré-conceitos para estar ao lado da parceira e contribuir da melhor forma possível.

No momento atual, em que buscamos reduzir as altas taxas de cesareana e de intervenções desnecessárias, que ainda caracterizam a assistência obstétrica brasileira, e implementar boas práticas de assistência ao parto, centradas nas melhores evidências científicas disponíveis, na fisiologia do nascimento, e no respeito à autonomia da mulher, os resultados desta tese podem contribuir para que a intervenção analisada seja amplamente conhecida no Brasil. Também pode contribuir para que os momentos de orientação acerca da massagem perineal sejam verdadeiras oportunidades para fortalecer a autonomia feminina para o parto, bem como ampliar o acesso e a participação dos homens no cuidado pré-natal.

Sugerimos a realização de outros estudos controlados, com amostras que permitam generalizar os achados, a fim de que se conheça realmente a efetividade da massagem perineal digital, realizada durante a gestação, para a prevenção do trauma perineal no momento do nascimento.

Os dados desta tese demonstram que a massagem perineal digital é bem aceita pelas mulheres e que sua implementação durante os cuidados pré-natais é exequível, uma vez que estamos falando de uma intervenção que não causa ônus para a instituição ou para a gestante, podendo ser realizada pela própria mulher ou companheiro, independente de sua situação socioeconômica, e que não traz nenhum malefício para a gestante ou para as rotinas institucionais. Entretanto, torna-se extremamente importante a realização de outros estudos qualitativos, principalmente com os profissionais que realizam o pré-natal, a fim de conhecer a disponibilidade e opinião destes profissionais sobre a implementação deste cuidado. Considerando que cada consulta pré-natal é uma oportunidade para realizar educação em saúde, parece ser este o melhor momento para oferecer e orientar as gestantes, que assim o quiserem, sobre esta prática.

Considerando que Florianópolis tem cobertura plena da atenção primária, sendo as consultas pré-natais realizadas de forma compartilhada, ou seja, intercalando as consultas médicas com as de enfermagem; e que a formação do profissional enfermeiro é voltada diretamente para o cuidado em saúde, destacamos a importância da(o) enfermeira(o) na implementação dessa prática. O material educativo construído para esta tese, poderá dar subsídios para as orientações realizadas por estas profissionais. Conhecendo como se realiza a massagem perineal, seus benefícios e principais dificuldades já vivenciadas durante a sua realização, e tendo suporte para esclarecer as possíveis dúvidas durante as consultas, cada mulher poderá decidir de forma autônoma se deseja ou não realizar esta prática durante a gestação.

REFERÊNCIAS

AASHEIM, V.; NILSEN, A. B. V.; LUKASSE, M.; REINAR, L. M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. **Cochrane Review**, 2011.

ALTMAN, D. G.; BLAND, J. M. How to randomise. **BMJ**. v. 319, p. 703-4, 1999.

American College of Obstetricians-Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin. Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. **Obstet Gynecol**. n. 71, April 2006.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice bulletin no. 165: prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. **Obstet Gynecol**. 2016; 128:e1-15.

AMORIM, M. M. R.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**. v. 36, p.47-54, 2008.

AMORIM, M. M. R.; MELO, F. O.; LEITE, D.; MAIA, S.; RADACI, L.; COUTINHO, L.; MELO, E. Humanization of childbirth in a public hospital of Brazil: maternal and neonatal outcomes. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**. v. 107. p. 397-412, 2009.

AMORIM, M. M. R.; MAIA, S. B.; LEITE, D. F. B.; ARAÚJO, I. R. S.; MELO, F. O.; ALVES, J. N.; BARROS, E. S.; MEDEIROS, G. J. C. Assistência humanizada ao parto no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA): resultados maternos. **Saúde Ciência**. v. 1, p. 80-6, 2010.

AMORIM, M. M. R.; FRANCA, N.; ANTONIO H; KATZ, L.; COUTINHO, I.; MELO, I.; LEAL, N. V. Selective Episiotomy Compared With Implementation of a Nonepisiotomy Protocol. **Obstetrics and Gynecology** (New York. 1953). v. 125, p. 41S-42S, 2015.

BARDIN, Lawrence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Almedina Brasil, 2011.

BECKMANN, M. M.; STOCK, O. M. Antenatal perineal massage for preventing perineal trauma. **Cochrane Review**. v. 7, 2015.

BERWANGER, O.; GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A.; PIEGAS, L. S. Os dez mandamentos do ensaio clínico randomizado – princípios para avaliação crítica da literatura médica. *Rev. Bras. Hipertens.* v.13(1), p. 65-70, 2006.

BALLESTEROS-MESEGUER, C.; GARCÍA, C. C.; MESEGUER-DE-PEDRO, M.; CANTERAS-JORDANA, M.; MARTÍNEZ-ROCHE, M. E. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, 2016.

BOUTRON I.; ALTMAN D. G.; MOHER D.; SCHULZ K. F.; RAVAUD P. CONSORT Statement for Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatments: A 2017 Update and a CONSORT Extension for Nonpharmacologic Trial Abstracts. **Ann Intern Med.** 2017; 167:40–47. doi: 10.7326/M17-0046.

_____. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal - CONITEC, Brasília, 2017. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/Diretrizes_PartNormal_VersaoReduzida_FINAL.pdf>. Acesso em 29 Jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União: Brasília (DF)*, 13 jun. 2013b, seção 1, p. 59.

CAROCI, A. S.; Riesco, M. L. G.; Leite, J. S.; Araújo, N. M.; Scarabotto, L. B.; Oliveira, S. M. J. V. Localização das lacerações

perineais no parto normal em mulheres primíparas. **Rev. enferm. UERJ**, v. 22, n. 3, p. 402-408, 2014.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Review**, v. 9, n. 1, 2015.

COSTA, A. S. C.; RIESCO, M. L. G. A comparison of “hands off” versus “hands on” techniques for decreasing perineal lacerations during birth. **Journal of Midwifery & Women’s Health**. v. 51, n. 2, March/April 2006.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 288p.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DAVIDSON, K.; JACOBY, S.; BROWN, M. S. Prenatal perineal massage: preventing lacerations during delivery. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**. v. 29, n. 5, p. 474-9, 2000.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. v. 75, Sup. n. 1, p. S5-S23, Nov. 2001.

DAVIS-FLOYD, R. **Birth as an American Rite of Passage**. University of California Press. 1993.

DESLANDES, S. F. Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas. In: MARCOS A. B. **Humanização da Assistência ao Parto no Serviço Público: reflexões sobre os desafios**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 351p.

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

DINIZ, S. G.; CHACAM, A. “The Cute above” and “The Cut Below”: the abuse of cesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. **Reprod. Health Matters**. v. 12, n. 23, p. 100-10, 2004.

DINIZ, S. G.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; LANSKY, S. Equity and women's health services for contraception, abortion, and childbirth in Brazil. **Reproductive Health Matters**. p. 94-101. 2012.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública**. v. 22, n. 12, p. 2647-55, Dez. 2006.

D'ORSI, E.; CHOR, D.; GIFFIN, K.; ANGULO-TUESTA, A.; BARBOSA, G. P.; GAMA, A. S., REIS, A. C.; HARTZ, Z. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**. v. 39, n. 4, p. 645-54, 2005.

FAN, Z.; DONG, W. X.; JING, L.; QIONG, H. G.; XIN, G. B. Hyaluronidase for reducing perineal trauma. **Cochrane Review**. v. 9, 2011.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clínica**: elementos essenciais. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1996.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=home&menu=0>. Acesso em: 06 de maio de 2015.

FOGAÇA, V. D.; SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G. Intervenções obstétricas no trabalho de parto em mulheres submetidas á cesareana. **Cogitare Enferm**. v. 12, n. 3, p. 296-305, Jul/Set. 2007.

Folha de São Paulo. **Mulheres fazem marcha pelo parto em casa e contra violência obstétrica**. Publicado em 05.08.2012. Acesso em: 20 Jan. 2015. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1132284-mulheres-fazem-marcha-pelo-parto-em-casa-e-contra-violencia-obs-tetricia.shtml>

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública**, n. 24, v. 1, p.17- 27, 2008.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2: 389-394, fev, 2011.

FRANCISCO, A. A.; Oliveira, S. M. J. V.; Santos, J. O.; , Silva, F. M. B. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 1, p. 94-100, 2011.

FRIESE, S. Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti. 2014. Disponível em: http://www.amazon.com/Qualitative-Analysis-ATLAS-ti-Susanne-Friese/dp/144628204X/ref=asap_bc?ie=UTF8. Acesso em: 20 out. 2015.

GAMA, S. G. N.; VIELLAS, E. F.; TORRES, J. A.; BASTOS, M. H.; BRÜGGEMANN, O. M.; FILHA, M. M. T.; SCHILITZH, A. O. C.; LEAL, M. C. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. **Reproductive health**, v. 13, n. 3, p. 123, 2016.

GARRETT, C. A.; OSELAME, G. B.; NEVES, E. B. O uso da episiotomia no Sistema Único de Saúde Brasileiro: a percepção das parturientes. **Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 453-459, 2017.

GRIMES, D. A.; SCHULZ, K. F. An overview of clinical research: the lay of the land. **The Lancet**. 359 (9300). p.57-6. 2002.

GUPTA, J. K.; HOFMEYR, G. J.; SHEHMAR, M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **The Cochrane Library**, 2012.

HARTMANN, K.; VISWANATHAN, M.; PALMIERI, R.; GARTLEHNER, G.; THORP, J.; LOHR, K. N. Outcomes of Routine Episiotomy - A Systematic Review. **JAMA**. 2005.

HODNETT, E. D.; GATES, S.; HOFMAYER, G. J.; SAKALA, G.; WESTON, J. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 2, n. 2, 2011.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica**. 4 ed. Porto alegre: Artmed, 2015. 386p.

HU/UFSC, ESTATÍSTICA. Informatização dos dados do parto e nascimento - maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Universidade Federal de Santa Catarina. 2015.

ISMAIL, S. I.; EMERY, S. J. Patient awareness and acceptability of antenatal perineal massage. **J Obstet Gynaecol**. v. 33, n. 8, p. 839-43. 2013.

JIANG, H.; QIAN, X.; CARROLI, G.; GARNER, P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017. Issue 2. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub3.

KELSEY, J. L.; WHITTEMORE, A. S.; EVANS, A. S.; THOMPSON, W. D. **Methods in Observational Epidemiology**. Oxford University Press, 1996.

KOK, J.; TAN, K. H.; KOH, S.; CHENG, P. S.; LIM, W. Y.; YEW, M. L.; YEO, G. S.

H.; HIAN, K. T. K. Antenatal use of a novel vaginal birth training device by term primiparous women in Singapore. **Singapore Medical Journal**. V. 45, n.7, p. 318-323. 2004.

KUDISH, B.; BLACKWELL, S.; MCNEELEY, S. G.; BUJOLD, E.; KRUGER, M.; HENDRIX, S. L.; SOKOL, R. Operative vaginal delivery and midline episiotomy: a bad combination for the perineum. **Am J Obstet Gynecol**. v. 195:749-54. 2006.

LABRECQUE, M.; MARCOW, S. LAROCHE, J. J. C.; MARTIN, S.. Prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy: a pilot study. **Birth**. v. 21, n. 1. 1994.

LABRECQUE, M.; EASON, E.; MARCOUX, S.; LEMIEUX, F.; PINAULT, J. J.; FELDMAN, P.; LAPERRIÈRE, L. Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage

during pregnancy. **Am J Obstet Gynecol.** v. 180, n. 3, p. 593-600. 1999.

LABRECQUE, M.; EASON, E.; MARCOUX, S. Women's views on the practice of prenatal perineal massage. **Bjog**, 108, v. 5, p. 499-504, May. 2001.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; FILHA, M. M. T.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; BASTOS, M. H.; GAMA, S. G. N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30: suppl. 1, p. S17-S47, 2014.

LEITE J. S. Caracterização das lacerações perineais espontâneas no parto normal [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.

LEIFER, G. Enfermagem obstétrica. Tradução GEOVANINI, T.; CABRAL, C. A.; OSORIO, C. 11 ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 480p. p. 100.

LEON-LARIOS, F. Corrales-Gutierrez, I.; Casado-Mejía, R.; Suarez-Serrano, C. Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. **Midwifery**, v. 50, p. 72-77, 2017.

MARTINS, A. P. V. **Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ , Coleção História e Saúde. 2004.

MAYERHOFER, K.; BODNER-ADLER, B.; BODNER, K.; RABL, M.; KAIDER, A.; WAGENBICHLER, P.; JOURA, E. A.; HUSSLEIN, P. Traditional care of the perineum during birth. **J Reprod Med.** v. 47, p.477–82. 2002.

MCCANDLISH, R.; BOWLER, U.; VAN ASTEN, H.; BERRIDGE, G.; WINTER, C.; SAMES, L.; GARCIA, J.; RENFREW, M.; ELBOURNE, D. A randomised controlled trial of care the perineal during second stage of normal labor. **Br J Obstet Gynaecol.** v. 105, p.1262–72.1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MELO, V. H. Evolução Histórica da Obstetrícia. **A marginalidade social das parteiras e da mulher** [dissertação]. UFMG. 1983.

MONGUILHOTT, J. J. C.; Brüggemann, O. M.; Freitas, P. F.; d'Orsi, E. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 1, 2018.

MYERS-HELFGOTT, M. G.; HELFGOTT, A. W. Routine use of episiotomy in modern obstetrics. Should it be performed? **Obstet Gynecol Clin North Am**. v. 26, p. 305-25. 1999.

NUGENT, F. B. The primiparous perineum after forceps delivery. **Am J Obstet Gynecol**. v. 30, n. 2, p. 249-256. 1935.

OLIVEIRA, M. I. C.; DIAS, M. A. B.; CUNHA, C. B; LEAL, M. C. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999 - 2001. **Rev. Saúde Pública**. v. 42, n. 5, p. 895-902, 2008.

OTT, J.; GRITSCH, E.; PILS, S.; KRATSCHMAR,S.; PROMBERGER, R.; SEEMANN, R.; FÜRST, S.; BANCHER-TODESCA, D.; HAUSER-AUZINGER, C. A retrospective study on perineal lacerations in vaginal delivery and the individual performance of experienced midwives. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 15, n. 1, p. 270, 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669p.

POSNER, G. D.; DY, J.; BLACK, A. Y.; JONES, G. D. Trabalho de parto e parto de Oxorn e Foote. 6 ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

RIESCO, M. L. G.; COSTA, A. S. C ; OLIVEIRA, S. M. J. V SCHNECK, C. A.; COLACIOPPO, P. M. Laceração perineal no manejo ativo versus manejo expectante do feto durante o nascimento. **Revista**

Paulista de Enfermagem. v. 26, p. 17-24, 2007.

RIESCO, M. L. G.; COSTA, A. S. C.; ALMEIDA, S. F. S.; BASILE, A. L. O.; OLIVEIRA, S. M. J. V. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro. v. 19, n. 1, p. 77-83. 2011.

RUCKHÄBERLE, E.; JUNDT, K.; BÄUERLE, M.; BRISCH, K.; ULM, K.; DANNECKER, C.; SCHNEIDER, K. T. M. Prospective randomised multicentre trial with the birth trainer EPI-NO® for the prevention of perineal trauma. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.** v. 49, p. 478–48. 2009.

DOS SANTOS, R. C. S.; DOS SANTOS, R. G. Fatores relacionados com a prática da episiotomia no Brasil: revisão de literatura. **Estação Científica (UNIFAP)**, v. 6, n. 2, p. 43-52, 2016.

SANTOS, A. H. L.; Nicácio, M. C.; Pereira, A. L. F.; Oliveira, T. C. M.; Progianti, J. M. Práticas de assistência ao parto normal: formação na modalidade de residência. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1-9, 2017.

SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G. Intervenções no Parto de Mulheres Atendidas em um Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar. **REME Rev. Min. Enferm.** v. 10, n. 3, p. 240-6, jul. /set. 2006.

SLEEP, J.; GRANT, A.; GARCIA, J.; ELBOURNE, D.; SPENCER, J.; CHALMERS, L. West Berkshire perineal management trial. **Br Med J (Clin Res Ed).** V. 289, p. 587-90.

SOUSA, A. M. M.; SOUZA, K. V.; REZENDE, E. M.; MARTINS, E. F.; CAMPOS, D.; LANSKY, S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2016.

STEINER, N.; WEINTRAUB, A. Y.; WIZNITZER, A.; SERGIENKO, R.; SHEINER, E. Episiotomy: the final cut? **Arch. Ginecol. Obstet.** v. 286, n. 6, p. 1369-73. 2012.

THACKER, S. B.; BANTA, H. D. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. **Obstet Gynecol Surv.** v. 38, p.322-38. 1983.

WAGNER, M. Episiotomy: a form of genital mutilation. **Lancet.** v. 353, p.1977-8. 1999.

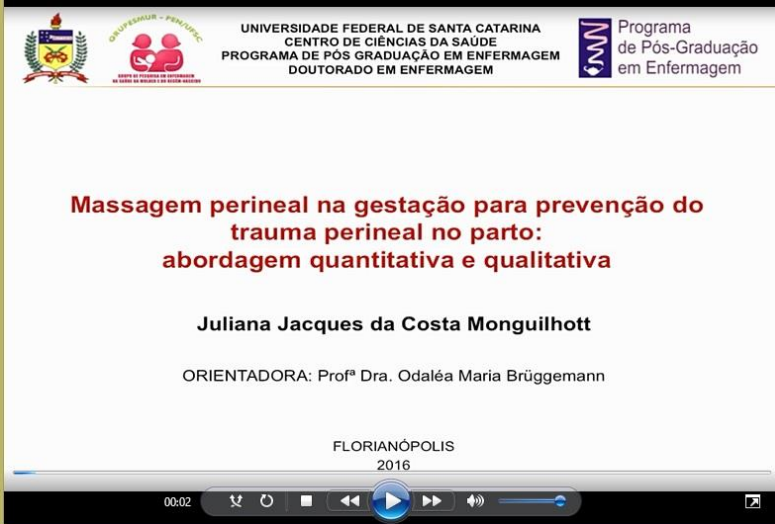
WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit of the World Health Organization, **Care in Normal Birth: A practical guide.**Genebra: OMS; 1996.

VOGT, S. E. ; DINIZ, S. G.; TAVARES, C. M.; SANTOS, N. C. P.; SCHNECK, C. A.; ZORZAM, B.; VIEIRA, D.A.; SILVA, K. S.; DIAS, M. A. B. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 27, p. 1789-1800, 2011.

ZANETTI, M. R. D.; PETRICELLI, C. D.; ALEXANDRE, S. M.; TORLONI, M. R.; NAKAMURA, M. U.; SASS, N. Episiotomia: revendo conceitos. **FEMINA.** v. 37. Julho, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – VÍDEO EXPLICATIVO: MASSAGEM PERINEAL DIGITAL



The image shows a video player interface with a title slide. At the top, there are logos for the University of Santa Catarina and the Postgraduate Program in Nursing. The main text on the slide is in red and black, detailing the topic of perineal massage for preventing trauma during childbirth. The presenter's name and supervisor are listed below. The video title and year are also displayed at the bottom of the slide area.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOCTORADO EM ENFERMAGEM

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Massagem perineal na gestação para prevenção do trauma perineal no parto: abordagem quantitativa e qualitativa

Juliana Jacques da Costa Monguilhott

ORIENTADORA: Prof^ª Dra. Odaléa Maria Brüggemann

FLORIANÓPOLIS
2016

00:02

APÊNDICE B – FOLDER DE ORIENTAÇÕES PARA O GRUPO INTERVENÇÃO - MASSAGEM PERINEAL DIGITAL

MASSAGEM PERINEAL

Vários estudos apontam que a realização da massagem perineal nas últimas semanas de gestação pode reduzir as lacerações no momento do nascimento, ou seja, reduzir as chances de o músculo rasgar durante a saída do bebê, ou de realização de uma episiotomia (corte feito pelo profissional de saúde). Esta massagem, usando dois dedos para esticar o músculo perineal, é realizada por você ou por companheiro de sua escolha, em sua casa, diariamente, a partir de 34 semanas de gestação até o dia do parto. Muitas mulheres acham mais fácil quando o companheiro realiza a massagem.

Trata-se de uma prática gratuita, simples de fazer, que é bem aceita pela maioria das mulheres, e que não apresenta nenhum risco conhecido à sua saúde ou à saúde do bebê. Caso você perceba qualquer saída de líquido de dentro da vagina, informe o profissional de saúde antes de realizar a técnica. Caso a bolsa das águas tenha rompido, interrompa a realização da massagem e prepare-se, pois a chegada de seu bebê pode estar próxima.

Organizamos este folheto com as principais orientações acerca da realização da massagem perineal. Boa leitura!

INSTRUÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA MASSAGEM PERINEAL DURANTE A GESTAÇÃO

- Algumas pesquisas mostram que a massagem perineal aumenta a elasticidade do músculo perineal nesta área;
- Você pode ter uma menor chance de laceração ou de realização de um corte na vagina (episiotomia);
- Quando você estiver realizando a massagem, respire fundo e tente relaxar os músculos em seu períneo. Isso pode ajudá-la a se preparar para a saída do bebê, pois o relaxamento nesta área durante o parto ajuda a evitar a laceração.

Inicie a massagem a partir de 34 semanas de gestação e siga as instruções abaixo:

- Lave bem as mãos, e mantenha as unhas curtas;

- Relaxe em um lugar que você tenha privacidade, com os joelhos dobrados. Algumas mulheres preferem inclinar-se sobre almofadas para ficar mais confortável (Figura 1). Também é possível ficar em posição de cócoras (Figura 2) ou em pé com uma das pernas apoiadas (Figura 3) em um banquinho ou no vaso sanitário;

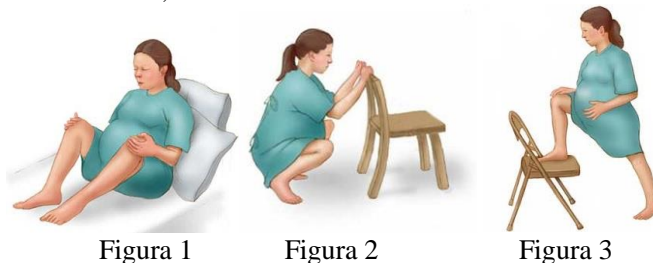


Figura 1

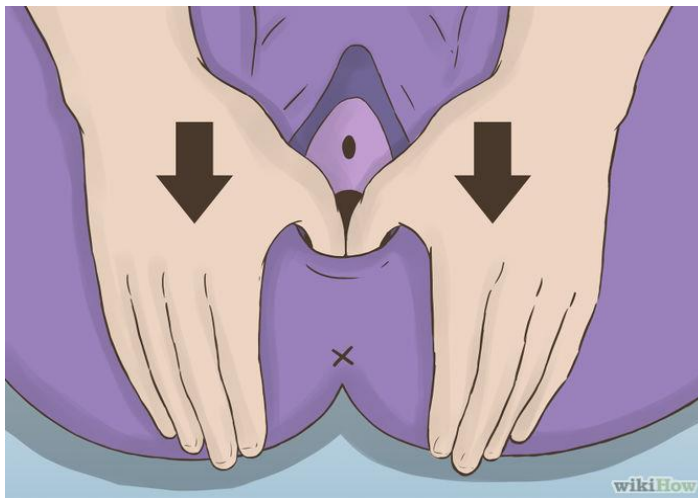
Figura 2

Figura 3

Fonte das imagens:

https://www.google.com.br/search?q=massagem+perineal&espv=2&biw=1242&bih=619&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0CAcQ_AUoAmoVChMIz_vXi4vivyAIVC5SQCh3z7gUt#tbm=isch&q=posi%C3%A7%C3%B5es+para+o+parto

- Lubrifique seus polegares e os tecidos perineais com o óleo que você recebeu. Não use nenhum outro, mesmo que seja óleo de bebê, óleo mineral, ou qualquer outro que tenha cheiro. Se preferir realizar a massagem antes do banho, não é necessário o uso de óleo, pois sua vagina já possui uma lubrificação natural;
- Introduza seus polegares cerca 3cm. dentro de sua vagina e “descanse” os outros dedos no bumbum (Figura 4). Pressione para baixo (na direção do ânus), mantendo por cerca de 2 minutos, e depois para os lados (Figura 5) até sentir um leve ardor, uma sensação de alongamento, mantendo também por cerca de 2 minutos;

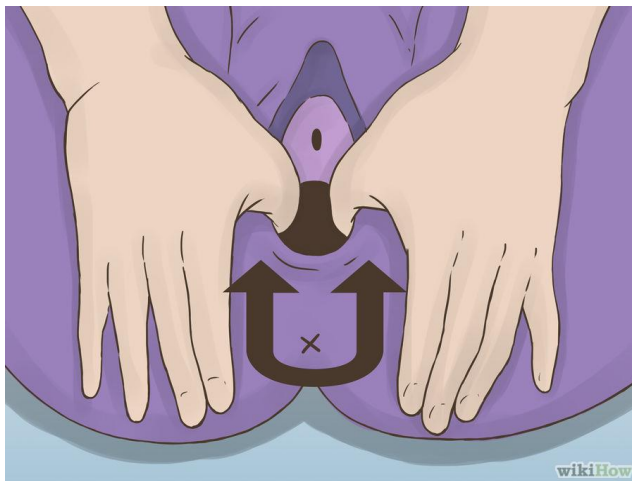


Fonte: <http://pt.wikihow.com/Fazer-uma-Massagem-Perineal>

Figura 4

Com os polegares, você estará massageando lentamente a metade inferior da vagina, como se estivesse fazendo um "U" em forma de movimento (Figura 5). Concentre-se e tente relaxar os músculos. Este é um bom momento para praticar a respiração lenta e profunda que ajudará você durante todo o trabalho de parto;

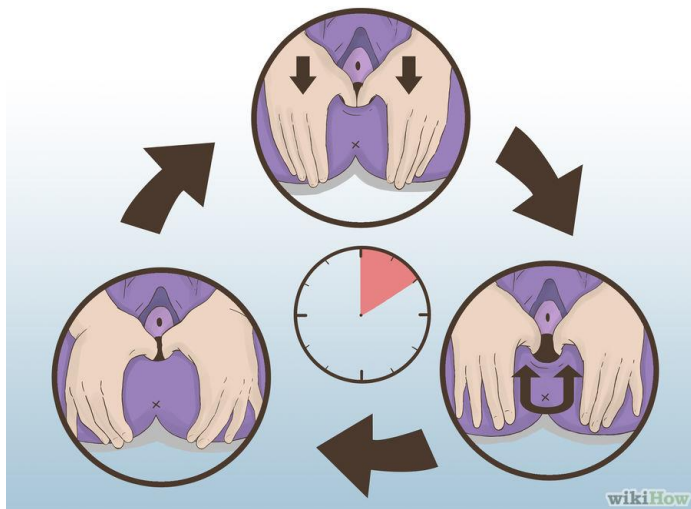
-



Fonte: <http://pt.wikihow.com/Fazer-uma-Massagem-Perineal>

Figura 5

- Realize a massagem perineal lentamente por 10 minutos todos os dias (Figura6). Após 1 a 2 semanas, você deve observar um maior alongamento da musculatura e menos queimação no períneo;



Fonte: <http://pt.wikihow.com/Fazer-uma-Massagem-Perineal>

Figura 6

- Caso não consiga realizar por 10 minutos nos primeiros dias, fique tranquila! Faça o maior tempo que conseguir e em breve estará conseguindo realizar a massagem completa. Também é comum iniciar apenas com um dos dedos, realizando a técnica com os dois a partir do dia em que perceber um maior conforto (geralmente uma semana).

Massagem feita pelo companheiro:

Se o seu parceiro está fazendo a massagem perineal, ele deve seguir as mesmas instruções acima. No entanto, ele deve usar os dedos indicadores para fazer a massagem (em vez dos polegares), realizando o movimento em “U” e depois para lado-a-lado (Figura 7). Uma boa comunicação é importante - não deixe de falar ao seu parceiro se você estiver sentindo muita dor ou ardência, para que ele possa fazer a massagem com menos pressão!



Fonte: <http://pt.wikihow.com/Fazer-uma-Massagem-Perineal>

Figura 6

- Não esqueça de fazer o registro no seu diário;
- Em caso de dúvidas, entre em contato com a pesquisadora:
E-mail: jujdacosta@gmail.com
Telefones: (48)8407-0746/ (48)9971-6303/ (48)3365-6236

APÊNDICE C - CHECK LIST

Instruções: A parturiente poderá fazer parte do estudo somente se todas as respostas forem assinaladas na coluna “Aceita”

Crítérios de inclusão	Aceita	Rejeita
1. A idade gestacional é menor ou igual a 34 semanas	()	()
2. A gestação é única, de feto vivo, e de risco obstétrico habitual	()	()
3. A gestante não está realizando nenhum exercício ou técnica para prevenção do trauma perineal no parto	()	()
4. A gestante refere disponibilidade para realizar a massagem digital perineal diariamente, por 5 – 10 minutos	()	()
5. A gestante deseja ter um parto vaginal	()	()
6. A gestante deseja ter o seu parto no HU, MCD ou HRSJ	()	()
7. A gestante compreende, lê e fala em português	()	()
8. A gestante apresenta capacidade para compreender as instruções sobre a intervenção	()	()

APÊNDICE D – FOLDER DE ORIENTAÇÕES PARA AS GESTANTES

Obs: estas informações serão lidas pelas gestantes juntamente com a pesquisadora, dando a possibilidade para o esclarecimento de possíveis dúvidas

A HORA DO NASCIMENTO: O QUE É IMPORTANTE SABER

Preparamos algumas orientações para que você possa vivenciar o momento do parto/ nascimento da forma mais natural e tranquila possível:

1. O perineo compreende um conjunto de músculos e aponeuroses (que funcionam como tendões) e nas mulheres localiza-se em uma região que inicia na vulva e estende-se até o ânus (Figura 1). Trata-se de uma área em forma de diamante localizada na superfície inferior do tronco, que inclui o ânus e a vagina (Figura 2);

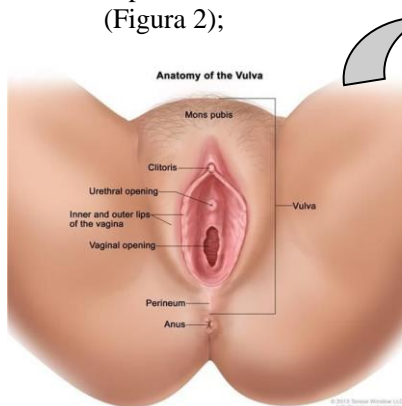


Figura 1



Figura 2

Fonte: <http://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=321384>

Fonte: <http://www.perineo.net/conteudo/descubra-seu-perineo.php>

2. No final do Trabalho de parto, quando a cabecinha do bebê já estiver aparecendo na sua vagina, o ideal é deixar que a

contração empurre o bebê para que ele saia lentamente. Apesar da vontade de empurrar, sentida pela maioria das mulheres, tente não fazer muita força neste momento;

3. Enquanto o bebê estiver passando pela vagina (Figura3), abrir a sua boca, relaxar a língua, cantarolar e emitir alguns sons ajudam a relaxar o perineo e a controlar a vontade de empurrar, permitindo que o bebê passe mais lentamente;

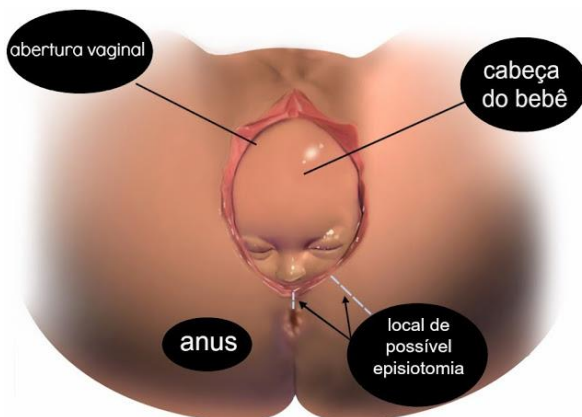


Figura 3

Fonte: <http://gravidadicas.com.br/importancia-perineo-antes-durante-apos-gestacao/>

4. É importante relaxar o períneo para reduzir a chance de realização de uma episiotomia (corte realizado pelo profissional) ou laceração espontânea, que é o rompimento dos tecidos que formam a região. Alguns estudos atuais estão demonstrando que, mesmo que seu períneo “rasgue” naturalmente durante a passagem do bebê, a cicatrização será melhor e você sentirá menos dor quando comparado à episiotomia.

APÊNDICE E – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA:
 CARACTERIZAÇÃO DOS ACOMPANHANTES

Número da gestante: _____

GI – Grupo intervenção Data: _____
 [_____]_____]_____] Número da
 GC – Grupo controle randomização: _____

1. Quantos anos você tem? ____ anos
2. Em relação a sua situação de trabalho, você:
 - [_1_] trabalha com carteira assinada
 - [_2_] trabalha sem carteira assinada
 - [_3_] servidor (a) público (municipal, estadual, federal ou militar)
 - [_4_] empregador (a)
 - [_5_] autônomo (a)
 - [_6_] não exerce atividade que ganhe dinheiro
 - [_7_] outro. Qual? _____
3. Qual foi o último grau de escolaridade que você cursou?
 - [_1_] Ensino Fundamental (1º grau) Incompleto
 - [_2_] Ensino Fundamental (1º grau)
 - [_3_] Ensino Médio (2º grau) Incompleto
 - [_4_] Ensino Médio (2º grau)
 - [_5_] Ensino Superior (3º grau) Incompleto
 - [_6_] Ensino Superior (3º grau)
4. Quantos anos de estudos completos você tem? ____ anos
5. Você participou de algum curso sobre a gestação/parto?
 - [_1_] sim (pelo menos 3 encontros) [_2_] não
6. Você assistiu alguma palestra sobre a gestação/parto?
 - [_1_] sim [_2_] não
7. Você está acompanhando a mulher nas consultas de pré-natal?
 - [_1_] sim [_2_] não - PASSE PARA A 9
8. Quantas consultas de pré-natal vocês acompanhou? [__] consultas
9. Você possui experiência anterior em acompanhar alguma mulher durante as consultas pré-natal?
 - [_1_] sim [_2_] não
10. Você já acompanhou, anteriormente, alguma gestante durante o pré-natal?
 - [_1_] sim [_2_] não

11. Você possui experiência anterior em acompanhar alguma mulher durante o trabalho de parto (na hora de nascer mesmo)?
[_1_] sim [_2_] não
12. Você possui experiência anterior em acompanhar alguma mulher durante o parto normal (na hora de nascer mesmo)?
[_1_] Não
[_2_] Sim, acompanhante no parto normal
[_3_] Sim, acompanhante na cesariana
13. Você possui alguma experiência em realizar massagem perineal?
[_1_] Sim [_2_] Não

APÊNDICE F – MODELO DE DIÁRIO

Orientação: prezada gestante, este instrumento deverá ser preenchido diariamente com as informações acerca da realização da massagem perineal, a partir do primeiro dia de realização da massagem até o dia do parto. No campo intercorrência escreva a data e especifique o que ocorreu.

Semana 01 **Idade Gestacional DUM:** _____
sem. USG: _____ **sem.**

	REALIZOU A MASSAGEM?	QUEM REALIZOU?	DURAÇÃO (minutos)	USOU O ÓLEO
DOMINGO	() Sim () Não	() Gestante () Companheiro	_____ Min.	() Sim () Não
SEGUNDA	() Sim () Não	() Gestante () Companheiro	_____ Min.	() Sim () Não
TERÇA	() Sim () Não	() Gestante () Companheiro	_____ Min.	() Sim () Não
QUARTA	() Sim () Não	() Gestante () Companheiro	_____ Min.	() Sim () Não
QUINTA	() Sim () Não	() Gestante () Companheiro	_____ Min.	() Sim () Não
SEXTA	() Sim () Não	() Gestante () Companheiro	_____ Min.	() Sim () Não
SÁBADO	() Sim () Não	() Gestante () Companheiro	_____ Min.	() Sim () Não
Intercorrência: _____				

Semana 02

	REALIZOU A MASSAGEM?	QUEM REALIZOU?	DURAÇÃO (minutos)	USOU O ÓLEO
DOMINGO	() Sim () Não	() Gestante () Companheiro	_____ Min.	() Sim () Não
SEGUNDA	() Sim () Não	() Gestante () Companheiro	_____ Mi.	() Sim () Não
TERÇA	() Sim () Não	() Gestante () Companheiro	_____ Min.	() Sim () Não
QUARTA	() Sim () Não	() Gestante () Companheiro	_____ Min.	() Sim () Não
QUINTA	() Sim () Não	() Gestante () Companheiro	_____ Min.	() Sim () Não
SEXTA	() Sim () Não	() Gestante () Companheiro	_____ Min.	() Sim () Não
SÁBADO	() Sim () Não	() Gestante () Companheiro	_____ Min.	() Sim () Não
Intercorrência:				

APÊNDICE G – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA:
PUÉRPERAS E ACOMPANHANTES 24 - 48 HORAS PÓS-PARTO

Número: _____

Grupo: GI – Grupo intervenção Data:
[____]____]____]

GC – Grupo controle Número da
randomização: _____

DUM: ____/____/____

DPP: Pela DUM: ____/____/____ Pelo USG: ____/____/____

Idade gestacional (na randomização): DUM: ____ semanas ____ dias

USG: ____ semanas ____ dias

Local de captação:

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| (1) CS Abraão | (14) CS Centro | (27) CS Lagoa da Conceição | (40) CS Saco dos Limões |
| (2) CS Agrônômica | (15) CS Coloninha | (28) CS Monte Cristo | (41) CS Saco Grande |
| (3) CS Alto Ribeirão | (16) CS Coqueiros | (29) CS Monte Serrat | (42) CS Santinho |
| (4) CS Armação Grande | (17) CS Córrego Grande | (30) CS Morro das Pedras | (43) CS Santo Antônio de Lisboa |
| (5) CS Balneário | (18) CS Costa da Lagoa | (31) CS Novo Continente | (44) CS Sapé |
| (6) CS Barra da Lagoa | (19) CS Costeira do Pirajubaé | (32) CS Pantanal | (45) CS Tapera |
| (7) CS Cachorira do Bom Jesus | (20) CS Estreito | (33) CS Pântano do Sul | (46) CS Trindade |
| (8) CS Caeira da Barra do Sul | (21) CS Fazenda Rio Tavares | (34) CS Ponta das Canas | (47) CS Vila Aparecida |
| (9) CS Campeche | (22) CS Ingleses | (35) CS Prainha | (48) CS Vargem Pequena |
| (10) CS Canasvieiras | (23) CS Itacorubi | (36) CS Ratonés | (49) CS Vargem Grande |
| (11) CS Canto da Lagoa | (24) CS Jardim Atlântico | (37) CS Ribeirão da Ilha | (50) Grupo de gestantes do HU |
| (12) CS Capoeiras | (25) CS João Paulo | (38) CS Rio Tavares | (51) Visita ao HU |
| (13) CS Carianos | (26) CS Jurerê | (39) CS Rio Vermelho | |

SEÇÃO 1 – DO PRÉ-NATAL

1.1 Onde realiza o pré-natal:

No serviço público No serviço privado

1.2 Em qual tipo de serviço foi realizada a maioria das consultas do pré-natal (ler as opções)

No serviço público Nos dois

No serviço particular ou de plano de saúde Não soube informar

1.3 Qual o profissional que acompanhou o seu pré-natal?

Médico(a)

Enfermeiro(a)

Médico(a) e enfermeiro(a)

1.4 Você teve acompanhante nas consultas de pré-natal?

Sim. Quem? _____ Não

Nome completo: _____

Endereço completo: _____

Telefone fixo: _____ Celular: _____ Familiar: _____

E-mail: _____ Número do prontuário (maternidade): _____

SEÇÃO 2 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

2.1 Quantos anos completos você tem? _____ anos

2.2 Qual o seu estado civil?

Solteira

Viúva

Casada

Separada

Divorciada

União consensual

2.3 Qual a sua escolaridade?

Ensino Fundamental (1º grau) Incompleto Ensino Médio (2º grau) completo

Ensino Fundamental (1º grau) completo Ensino Superior (3º grau) Incompleto

Ensino Médio (2º grau) Incompleto Ensino Superior (3º grau) completo ou mais

2.4 Quantos anos de estudos completos você tem? _____ anos

2.5 Qual a sua ocupação?

Estudante

Vendedora

Do lar

Funcionária pública

Doméstica

Outra: _____

2.6 Qual a cor da sua pele?

Branca

Negra

Parda

Amarela

SEÇÃO 3 – DADOS OBSTÉTRICOS

3.1 Você já teve algum parto normal anterior à esse?

[_1_] Não (*Passe para questão 3.5*) [_3_] Sim, dois
 [_2_] Sim, um [_4_] Sim, três ou mais

3.2 Teve episiotomia (corte) na vagina?

[_1_] Sim [_2_] Não [_3_] Não soube informar

3.3 Teve laceração espontânea (rasgou) e precisou de pontos?

[_1_] Sim [_2_] Não [_3_] Não soube informar

3.4 Teve laceração espontânea (rasgou) e não precisou de pontos?

[_1_] Sim [_2_] Não [_3_] Não soube informar

3.5 Você já realizou alguma cesareana?

[_1_] Não [_3_] Sim, duas

[_2_] Sim, uma [_4_] Sim, três ou mais

SEÇÃO 4 – DADOS DO PARTO

4.1 Maternidade:

[_1_] Hospital Universitário [_2_] Carmela Dutra

4.2 Intervalo entre o parto e a entrevista: ____ horas

4.3 O parto foi induzido?

[_1_] _____ Sim. [_2_] Não [_3_] Não soube
 Motivo: _____ informar

4.4 Quando iniciaram as contrações? Data: [____][____][____] Hora:
 [____][____]

Dia / Mês / Ano

Hora / min

4.5 Quantas horas depois do início das contrações você foi internada? _____ horas

4.6 Foi colocado ocitocina na sua veia para aumentar as contrações?

[_1_] Sim [_2_] Não [_3_] Não soube informar

4.7 Foi colocado algum comprimido na vagina para induzir as contrações?
 (miso)

[_1_] Sim [_2_] Não [_3_] Não soube informar

4.8 Empurraram ou fizeram pressão na sua barriga na hora do bebê nascer?
 (manobra de Kristeller)

[_1_] Sim [_2_] Não [_3_] Não soube informar

4.9 Romperam a bolsa depois que você chegou na maternidade?

[_1_] Não, rompeu antes da internação

Não, rompeu sozinha durante a internação

Sim

4.10 Qual era a cor do líquido?

Claro

Esverdeado/ amarronzado

Com sangue

Amarelo purulento

Não soube informar

4.11 Você permaneceu na mesma sala antes do parto, durante o parto e a após o parto (Sala PPP)?

Sim

Não

4.12 Qual foi o tipo de parto?

Vaginal Vácuo-extrator

espontâneo

Fórceps

Cesárea,

indicação: _____

Finalizar o questionário nesta questão

4.13 Você foi levada para outra sala na hora de ter o bebê?

Sim

Não

Não soube informar

4.14 Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê?

Deitada de costas com as Genupeitoral

pernas levantadas

Deitada de lado

De cócoras

Sentada/ reclinada

De pé

Na banheira

Outra: _____

De quatro apoios

4.15 Quem atendeu o seu parto?

Médico(a)

O profissional de saúde não se apresentou

Enfermeiro(a)

Pariu sozinha

Estudante

Outro: _____

4.16 O profissional realizou algum procedimento em seu períneo durante o nascimento do bebê? (ler as opções)

Nenhum

Fez uma massagem no períneo

Aplicou óleo

Segurou (conteve) com compressas

Aplicou calor local

Outro: _____

4.17 Você sabe como ficou o seu períneo logo depois do parto? (ler as opções)

Não cortou, não rompeu e não deu pontos

Rompeu e deram pontos

Rompeu um pouco, mas não precisou de pontos

Cortaram e deram pontos

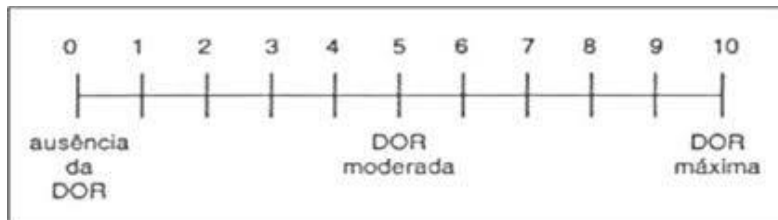
Não levei pontos, mas não sei se rompeu

Levei pontos, mas não sei se rompeu ou se o médico cortou

4.18 Mandaram você empurrar ou fazer “força comprida” para o bebê nascer?

Sim Não Não soube informar

4.19 Em uma escala de 0 a 10, utilizando esta régua, qual a nota que você dá para a dor no períneo logo após o parto? Nota: _____



4. 20 Em uma escala de 0 a 10 (utilizando a régua acima) qual a nota que você dá para a dor que está sentindo no períneo neste momento? Nota: _____

4.21 (*Somente para o grupo controle*) Você usou algum produto ou técnica durante a gestação para prevenir que o períneo rasgasse (laceração) no momento do nascimento?

Sim. Não.

Qual? _____

4.22 Você teve acompanhante durante sua internação?

Sim (*Vá para a questão 4.16*) Não

4.23 Se não, por quê?

Não permitia homens Não tinha quem ficasse comigo

Eu não sabia que podia Só podia acompanhante na sala de parto

Eu não queria Outro: _____

4.24 Seu acompanhante ficou com você:

4.25 Durante o atendimento na admissão?

Sim Não

4.26 Todo o tempo de trabalho de parto (antes de nascer) na maternidade?

Sim Não

4.27 Durante o parto (na hora de nascer mesmo)?

Sim Não

4.28 No pós-parto imediato (recuperação)?

Sim Não

4.29 Durante a internação (após o parto)?

Sim Não

4.30 Quem foi seu acompanhante?

Companheiro ou pai da Irmã
criança

Mãe Doula

- [_3_] Amiga [_6_] Outra pessoa: _____
- 4.31 O seu bebê ficou em contato pele a pele com você na sala de parto, logo após o nascimento?
- [_1_] Sim Tempo [_____]_____
- Hora/ min
- [_2_] Não. Por quê? _____

SEÇÃO 5 - SOBRE A MASSAGEM PERINEAL

(Apenas para o grupo intervenção)

- 5.1 Você conseguiu realizar a massagem perineal da forma como foi orientada?
- [_1_] Sim [_2_] Não. Por quê? _____
- 5.2 Você teve alguma dificuldade para fazer a massagem perineal?
- [_1_] Sim, falta de tempo
- [_2_] Sim, desconforto nos primeiros dias
- [_3_] Sim, sentia dor
- [_4_] Sim, outra: _____
- [_5_] Não
- 5.3 Você faria a massagem perineal novamente em uma futura gestação?
- [_1_] Sim [_2_] Não. Por quê? _____
- 5.4 Você recomendaria a realização da massagem perineal para uma amiga/familiar?
- [_1_] Sim [_2_] Não. Por quê? _____
- 5.5 Diário entregue:
- [_1_] Sim [_2_] Não. Por quê? _____
- 5.6 Você usou algum produto ou outra técnica (além da massagem perineal) durante a gestação para prevenir que o períneo rasgasse (laceração) durante o nascimento?
- [_1_] Sim. [_2_] Não.
- Qual? _____

INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA - ACOMPANHANTE 24 - 48 HORAS PÓS-PARTO

(Apenas para grupo intervenção)

1. Você conseguiu realizar a massagem perineal na sua companheira da forma como foi orientado?
- [_1_] Sim [_2_] Não. Por quê? _____
2. Você teve alguma dificuldade para fazer a massagem perineal?
- [_1_] Sim, falta de tempo
- [_2_] Sim, desconforto referido pela gestante nos primeiros dias
- [_3_] Sim, dor referida pela gestante nos primeiros dias

[_4_] Sim, outro: _____
[_5_] Não

3. Você faria a massagem perineal novamente em uma futura gestação?

[_1_] Sim [_2_] Não. Por quê? _____

4. Você recomendaria a realização da massagem perineal para um casal de amigos/ familiar?

[_1_] Sim [_2_] Não. Por quê? _____

APÊNDICE H – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO E DO CARTÃO PRÉ-NATAL

Do pré-natal

6.1 Gesta: [_____] Para: [_____] Cesárea: [_____] Aborto: [_____]

6.2 Idade gestacional que iniciou o pré-natal: [_____] semanas de gestação

6.3 Número de consultas de pré-natal: [_____] consultas

Dados da internação:

6.4 Data: [____] [____] [____] Hora: [____] [____]
Dia / Mês / Ano Hora / min

6.5 Idade gestacional: [____] [____] (DUM) [____] [____] (USG com
_____ em ____/____/____)
Sem. Dias Sem. Dias

6.6 Dilatação do colo uterino: [_____] cm

6.7 Dinâmica uterina: [____] contrações/ 10 minutos

Dados do trabalho de parto:

6.8 Término (dilatação total): Data: [____] [____] [____] Hora: [____] [____]
Dia / Mês / Ano Hora / min

6.9 Tempo transcorrido entre a internação e o parto [____] horas [____] min

6.10 Uso de ocitocina:

[_1_] Sim [_2_] Não

6.11 Dilatação do colo uterino no momento de indicação da ocitocina: _____ cm.

6.12 Rotura das membranas:

[_1_] Espontânea: horário: [____] [____] dilatação do colo: [____] cm
Hora / min

[_2_] Artificial: horário: [____] [____] dilatação do colo: [____] cm
Hora / min

[_3_] Não

6.13 Aspecto do líquido:

[_1_] Claro

[_2_] Meconial

[_3_] Outro: _____

6.14 Uso de analgesia:

[_1_] Sim. horário: [_____] [_____] dilatação do colo: [_____] cm

Hora / min

[_2_] Não

Dados do parto:

6.15 Permanência em sala PPP:

[_1_] Sim

[_2_] Não

6.16 Uso de ocitocina:

[_1_] No trabalho de parto

[_2_] No período expulsivo

[_3_] No trabalho de parto e no período expulsivo

[_4_] Não

6.17 Tempo transcorrido entre a instalação de ocitocina e o parto: Hora:

[_____] [_____] Hora/min

6.18 Nascimento: Data: [_____] [_____] [_____] Hora: [_____] [_____]

Dia / Mês / Ano Hora / min

6.19 Tipo de parto:

[_1_] Vaginal espontâneo

[_2_] Fórceps

[_3_] Vácuo-extrator

[_4_] Cesárea, indicação: _____ *Não realizar as próximas perguntas*

6.20 Condições do períneo:

[_1_] Períneo íntegro [_5_] Laceração de 3º grau

[_2_] Laceração de 1º grau sem sutura [_6_] Laceração de 4º grau

[_3_] Laceração de 1º grau com sutura [_7_] Episiotomia

[_4_] Laceração de 2º grau

6.21 Laceração em outro local (diferente do períneo)

[_1_] Não

[_2_] Sim, _____, sem sutura

[_3_] Sim, _____, com sutura

6.22 Posição do parto:

[_1_] Parto horizontal

[_2_] Parto vertical

[_3_] Genupeitoral

[_4_] Posição lateral

[_5_] Posição cócoras (banquinho ou agachada)

6.23 Profissional que assistiu o parto:

[_1_] Médico(a)

[_2_] Enfermeiro(a)

[_3_] Outro: _____

6.24 Uso de analgesia:

[_1_] Não

[_3_] Peridural

[_2_] Raquidiana

[_4_] Combinada

6.25 Peso do bebê ao nascer: : [__]__[__]__[__]__ gramas

6.26 Apgar do RN no 1º min: [____]

6.27 Apgar do RN no 5º min: [____]

6.28 RN internado em UTI neonatal:

[_1_] Sim

[_2_] Não

APÊNDICE I – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA POR TELEFONE: 45 DIAS PÓS-PARTO

1. Quantos dias após o parto você retornou a atividade sexual: [_____] dias
2. Você teve alguma infecção no perineo nos primeiros 10 dias após o parto?
 Sim Não
3. Você apresentou algum dos seguintes sintomas no perineo (vagina) nos primeiros 10 dias após o parto:

- Dor Hematoma
 Vermelhidão Edema (inchaço)

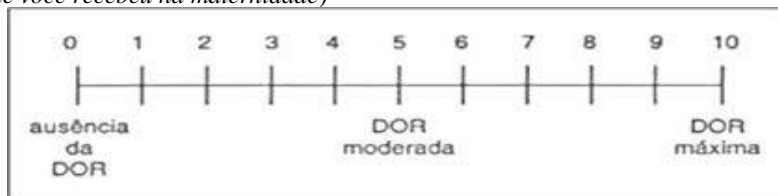
4. Dor em região perineal:

Em uma escala de 0 (zero) à 10 (dez), onde 0 significa sem dor, 5 dor moderada e 10 pior dor, qual a intensidade da dor em seu períneo neste momento? (*utilize a régua que você recebeu na maternidade*)



5. Dispareunia:

Em uma escala de 0 (zero) à 10 (dez), onde 0 significa sem dor, 5 dor moderada e 10 pior dor, qual a intensidade da sua dor durante a relação sexual? (*utilize a régua que você recebeu na maternidade*)



6. Em relação à satisfação sexual após o parto, você se considera:

<input type="checkbox"/> Muito insatisfeita	<input type="checkbox"/> Bem satisfeita
<input type="checkbox"/> Insatisfeita	<input type="checkbox"/> Muito satisfeita
<input type="checkbox"/> Satisfeita	<input type="checkbox"/> Não está tendo relações sexuais
7. Após o parto, você teve perda involuntária da urina:

<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> Menos de uma vez por dia
<input type="checkbox"/> Uma vez por dia ou mais
8. Após o parto, você teve perda involuntária das fezes:

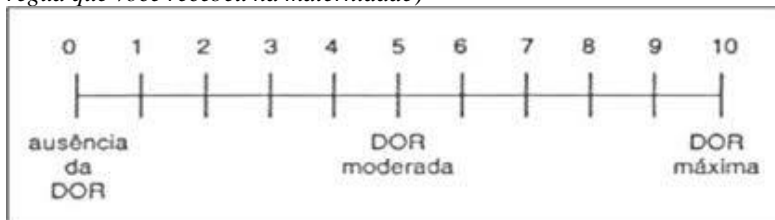
<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> Menos de uma vez por dia

- [3] Uma vez por dia ou mais
9. Após o parto, você teve perda involuntária de gases:
- [1] Nunca
- [2] Menos de uma vez por dia
- [3] Uma vez por dia ou mais

APÊNDICE J – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA POR TELEFONE: 90 DIAS PÓS-PARTO

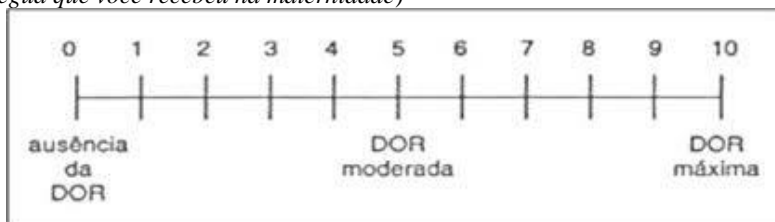
1. Dor em região perineal:

Em uma escala de 0 (zero) à 10 (dez), onde 0 significa sem dor, 5 dor moderada e 10 pior dor, qual a intensidade da dor em seu períneo neste momento? *(utilize a régua que você recebeu na maternidade)*



2. Dispareunia:

Em uma escala de 0 (zero) à 10 (dez), onde 0 significa sem dor, 5 dor moderada e 10 pior dor, qual a intensidade da sua dor durante a relação sexual? *(utilize a régua que você recebeu na maternidade)*



3. Em relação à satisfação sexual, nos últimos dois meses você se considera:

[1_] Muito insatisfeita

[4_] Bem satisfeita

[2_] Insatisfeita

[5_] Muito satisfeita

[3_] Satisfeita

[6_] Não está tendo relações sexuais

4. Nos últimos dois meses, você teve perda involuntária da urina?

[1_] Nunca

[2_] Menos de uma vez por dia

[3_] Uma vez por dia ou mais

5. Nos últimos dois meses, você teve perda involuntária das fezes?

[1_] Nunca

[2_] Menos de uma vez por dia

[3_] Uma vez por dia ou mais

6. Nos últimos dois meses, você teve perda involuntária de gases?

[1_] Nunca

[2_] Menos de uma vez por dia

[3_] Uma vez por dia ou mais

APÊNDICE K: GUIA DE TÓPICOS PARA ENTREVISTA:
PUÉRPERA

Número de registro no ECR: _____

1. Descreva como foi para você a experiência de realizar a massagem perineal.
2. Como você se sentiu? Quais foram os pontos positivos? Quais foram as facilidades?
3. Você teve alguma dificuldade? Fale sobre isso.
4. Você considera que as orientações, o vídeo, e o folheto explicativo foram suficientes? Você teve alguma dúvida no início? Qual?
5. Como foi receber a massagem perineal realizada pelo companheiro? (Caso o acompanhante tenha realizado a massagem alguma vez).
6. Você acha que a massagem perineal ajudou ou não no preparo do períneo para o parto? Por quê?
7. E como foi a massagem para o seu pós-parto? (durante a conversa...)
8. Você faria a massagem perineal novamente em uma futura gestação?
9. Você recomendaria a massagem perineal para suas amigas?
10. Você gostaria de falar mais alguma coisa sobre essa experiência?

APÊNDICE L: GUIA DE TÓPICOS PARA ENTREVISTA:
ACOMPANHANTE

1. Descreva como foi para você a experiência e realizar a massagem perineal em sua companheira.
2. Quantas vezes você realizou a massagem perineal?
3. Como você se sentiu ao realizar a massagem perineal? Quais as principais facilidades e dificuldades encontradas?
4. Você acha que a massagem perineal ajudou ou não no preparo do períneo da sua companheira para o parto?
5. Você faria a massagem perineal novamente em uma futura gestação da sua companheira?
6. Você gostaria de falar mais alguma coisa sobre essa experiência?

APÊNDICE M: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO: GESTANTE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
GESTANTE**

Eu, Prof.^a. Dr.^a. Odaléa Maria Brüggemann (pesquisadora responsável), juntamente com a pesquisadora Juliana Jacques da Costa Monguilhott, doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “Massagem perineal na gestação para prevenção do trauma perineal no parto: abordagem quantitativa e qualitativa”.

Este projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humano da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC) para aprovação. O objetivo desta pesquisa é avaliar se a massagem digital perineal, realizada pela gestante e/ou acompanhante durante a gestação, influencia a ocorrência do trauma perineal no parto e os sintomas relacionados ao períneo (dor perineal, retorno das relações sexuais, dor durante a relação sexual, satisfação sexual, satisfação sexual do parceiro, incontinência urinária, e incontinência fecal) 45 dias e 3 meses após o parto. O trauma perineal pode ocorrer quando a musculatura do períneo (conjunto de músculos que sustenta os órgãos abdominais) “rasga” naturalmente devido à pressão feita pelo bebê quando ele nasce, ou quando o profissional faz uma episiotomia, que é o corte na vagina para facilitar a saída do bebê.

Esta pesquisa também quer saber o que as mulheres acham sobre a experiência de realizar a massagem perineal a partir de 34 semanas de gestação, bem como o que os acompanhantes que realizaram a massagem acham dessa experiência. Além disso, os médicos e enfermeiros que realizam o acompanhamento pré-natal nas Unidades

Locais de Saúde serão entrevistados para que possam dizer o que acham sobre a implementação das orientações sobre a massagem perineal durante as consultas de pré-natal.

Gostaríamos de convidá-la a participar do referido estudo por meio deste termo de consentimento. Caso aceite, você participará de um sorteio, que decidirá se você fará parte do grupo de mulheres que realizarão a massagem perineal (grupo de intervenção) ou do grupo de mulheres que receberão os cuidados habituais (grupo controle), ou seja, receberá as orientações e cuidados de rotina que todas as mulheres não participantes do estudo recebem durante o pré-natal e também na assistência ao parto.

Após o sorteio, caso você faça parte do **grupo de intervenção**, sua participação ocorrerá por meio de realização da massagem perineal diária, por 5 a 10 minutos, a partir de 34 semanas de gestação até o dia do parto, com óleo de amêndoas que será fornecido pela pesquisadora. Em ambos os grupos, você será entrevistada aproximadamente 24 horas após o parto, por meio de um questionário que será áudio gravado, para saber como foi o trabalho de parto e o parto, e como está se sentindo. Caso você deseje, poderá escolher alguém de sua rede social (acompanhante) para realizar a massagem. Nesta situação, ele também receberá orientações sobre como realizar a massagem perineal em você. Para seu acompanhamento, a pesquisadora irá realizar contatos telefônicos durante a gestação para obter informações e esclarecer possíveis dúvidas sobre a realização da massagem. Você ainda poderá ser selecionada para ser entrevistada, no local de sua escolha, para falar sobre como foi a experiência de realizar a massagem perineal. Posteriormente as entrevistas serão transcritas, sem que você seja identificada em qualquer tempo do estudo. Após cinco anos da finalização do estudo, as gravações serão destruídas.

Independente do grupo que você fará parte, grupo de intervenção ou grupo controle, após o nascimento do seu bebê serão coletados dados no seu prontuário e você será entrevistada, ainda na maternidade, nas primeiras 48 horas após o parto. Além disso, você receberá duas ligações durante o pós-parto, 45 dias e 3 meses após o parto, e serão feitas algumas perguntas relacionadas à sua recuperação.

Todos os dados que forem coletados sobre você (no prontuário, durante a entrevista pessoal, durante a entrevista por telefone), poderão ser consultados sempre que você desejar, mediante solicitação. Os dados serão utilizados exclusivamente em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos. É garantido o sigilo das informações, assim como o seu nome será

mantido em segredo. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei.

Não é rotina do pré-natal a orientação de práticas para a prevenção da laceração ou episiotomia. Desta forma, se você participar do grupo controle, não terá nenhum prejuízo na assistência que você receberá durante o pré-natal e na maternidade. No entanto, ao participar do estudo, você estará ajudando para que se conheça melhor as vantagens ou desvantagens de realizar a massagem perineal durante a gestação. Essa pesquisa poderá não lhe trazer benefícios diretos, porém terá o benefício de contribuir para a conscientização da importância da realização da massagem perineal durante a gestação e para a construção do conhecimento científico.

Caso você faça parte do **grupo de intervenção**, nos primeiros dias de realização da massagem, você poderá sentir um pouco de ardência no períneo durante a realização da técnica. Este estudo não lhe oferece outros riscos de natureza física, porém, independente do grupo que você faça parte (intervenção ou controle), pode oferecer riscos emocionais, mesmo que involuntários e não intencionais, e de ordem reflexiva uma vez que durante as entrevistas você poderá reviver a experiência e os aspectos negativos poderão aflorar. Contudo, as pesquisadoras farão os devidos encaminhamentos para o suporte emocional, caso seja necessário. Caso você não se sinta confortável, você tem o direito de não responder a qualquer pergunta que não deseje e em qualquer momento pode desistir de participar da pesquisa, sem que isto prejudique o seu atendimento pré-natal ou na maternidade.

De acordo com a legislação brasileira, não é prevista nenhuma despesa pessoal para você, bem como remuneração ou gratificação para participar da pesquisa. As pesquisadoras comprometem-se, formalmente, a indenizá-la por eventuais danos decorrentes da pesquisa, desde que devidamente comprovado sua relação com a mesma. Da mesma forma, as pesquisadoras comprometem-se a realizar o ressarcimento de possíveis despesas, ainda que não previstas, decorrentes da participação na pesquisa. Duas vias estão sendo assinadas e rubricadas por você e pelas pesquisadoras, guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do

estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos às pesquisas com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Para qualquer esclarecimento, poderá a qualquer momento procurar a Dra. Odaléa Maria Brüggemann no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), pelo telefone (48) 37219480, das 9 às 18 horas, pelo e-mail odalea.ufsc@gmail.com, ou a doutoranda Juliana Jacques da Costa Monguilhott pelo telefone (48) 84070746, pelo e-mail jujdacosta@gmail.com, ou pessoalmente, no endereço: Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 4° andar, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900. E ainda contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina pelo telefone (48) 3721-6094 das 7 às 19 horas, ou pessoalmente no Prédio Reitoria II, Rua: Desembargador Vitor Lima, n° 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040- 400.

Odaléa Maria Brüggemann
Pesquisadora responsável

Juliana Jacques da Costa Monguilhott
Pesquisadora colaboradora

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecida sobre a natureza e objetivo do estudo proposto estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, garantido o anonimato.

Nome do participante: _____

RG: _____ CPF: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____ Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE N: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO – ACOMPANHANTE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
ACOMPANHANTE**

Eu, Prof.^a Dr.^a Odaléa Maria Brüggemann (pesquisadora responsável), juntamente com a pesquisadora Juliana Jacques da Costa Monguilhott, doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “Massagem perineal na gestação para prevenção do trauma perineal no parto: abordagem quantitativa e qualitativa”.

Este projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humano da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC) para aprovação. O objetivo desta pesquisa é avaliar se a massagem digital perineal, realizada pela gestante e/ou companheiro durante a gestação, influencia a ocorrência do trauma perineal no parto e os sintomas relacionados ao períneo (dor perineal, retorno das relações sexuais, dor durante a relação sexual, satisfação sexual, satisfação sexual do parceiro, incontinência urinária, e incontinência fecal) 45 dias e 3 meses após o parto. O trauma perineal pode ocorrer quando a musculatura do períneo (conjunto de músculos que sustenta os órgãos abdominais) “rasga” naturalmente devido à pressão feita pelo bebê quando ele nasce, ou quando o profissional faz uma episiotomia, que é o corte na vagina para facilitar a saída do bebê.

Esta pesquisa também quer saber o que as mulheres acham sobre a experiência de realizar a massagem perineal a partir de 34 semanas de gestação, bem como o que os acompanhantes que realizaram a massagem acham dessa experiência. Além disso, os médicos e enfermeiros que realizam o acompanhamento pré-natal nas Unidades Locais de Saúde serão entrevistados para que possam dizer o que acham

sobre a implementação das orientações sobre a massagem perineal durante as consultas de pré-natal.

Gostaríamos de convidá-lo a participar do referido estudo por meio deste termo de consentimento. Caso aceite, sua participação está condicionada à autorização da gestante que você está acompanhando, para que você seja o provedor da massagem perineal. Sua participação consiste em realizar a massagem perineal na gestante, sempre que ela desejar e autorizar, a partir de 34 semanas de gestação, até o dia do parto. Além disso, você será entrevistado para que fale sobre como se sentiu com a experiência de realizar a massagem perineal na sua companheira. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas, sem que você seja identificado em qualquer tempo do estudo. Após cinco anos da finalização do estudo, as gravações serão destruídas.

O material coletado durante a entrevista poderá ser consultado sempre que você desejar, mediante solicitação. Os dados serão utilizados exclusivamente em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos. É garantido o sigilo das informações, assim como o seu nome será mantido em segredo. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei.

Este estudo não lhe oferece riscos de natureza física, porém pode oferecer riscos emocionais, mesmo que involuntários e não intencionais, e de ordem reflexiva uma vez que durante as entrevistas você poderá reviver a experiência e os aspectos negativos poderão aflorar. Contudo, as pesquisadoras farão os devidos encaminhamentos para o suporte emocional, caso seja necessário. Caso você não se sinta confortável, você tem o direito de não responder a qualquer pergunta que não deseje e em qualquer momento pode desistir de participar da pesquisa, sem qualquer tipo de prejuízo.

De acordo com a legislação brasileira, não é prevista nenhuma despesa pessoal para você, bem como remuneração ou gratificação para participar da pesquisa. As pesquisadoras comprometem-se, formalmente, a indenizá-la por eventuais danos decorrentes da pesquisa, desde que devidamente comprovado sua relação com a mesma. Da mesma forma, as pesquisadoras comprometem-se a realizar o ressarcimento de possíveis despesas, ainda que não previstas, decorrentes da participação na pesquisa. Duas vias estão sendo assinadas e rubricadas por você e pelas pesquisadoras, guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes

informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos às pesquisas com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Para qualquer esclarecimento, poderá a qualquer momento procurar a Dra. Odaléa Maria Brüggemann no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), pelo telefone (48) 37219480, das 9 às 18 horas, pelo e-mail odalea.ufsc@gmail.com, ou a doutoranda Juliana Jacques da Costa Monguilhott pelo telefone (48) 84070746, pelo e-mail jujdacosta@gmail.com, ou pessoalmente, no endereço: Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 4° andar, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900. E ainda contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina pelo telefone (48) 3721-6094 das 7 às 19 horas, ou pessoalmente no Prédio Reitoria II, Rua: Desembargador Vitor Lima, n° 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040- 400.

Odaléa Maria Brüggemann
Pesquisadora responsável

Juliana Jacques da Costa Monguilhott
Pesquisadora colaboradora

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecida sobre a natureza e objetivo do estudo proposto estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, garantido o anonimato.

Nome do participante: _____

RG: _____ CPF: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____ Data: ____ / ____ / ____