









Fatores relacionados ao desfecho perineal após parto vaginal em primíparas: estudo transversal

Factors related to perineal outcome after vaginal delivery in primiparas: a cross-sectional study

Factores relacionados con el resultado perineal tras parto vaginal en primíparas: estudio transversal

Como citar este artigo:

Souza MRT, Farias LMVC, Ribeiro GL, Coelho TS, Costa CC, Damasceno AKC. Factors related to perineal outcome after vaginal delivery in primiparas: a cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03549. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018043503549>

-  Marcella Rocha Tavares de Souza¹
-  Laryssa Miranda Vidal Cavalcante Farias¹
-  Gabriela Lima Ribeiro¹
-  Tatiane da Silva Coelho¹
-  Camila Chaves da Costa²
-  Ana Kelve de Castro Damasceno³

¹ Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

² Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, CE, Brasil.

³ Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Identify the associations between perineal outcome in primiparas and interventions during labor and delivery, newborn weight and APGAR score. **Method:** Document-based, correlational, retrospective, quantitative study conducted in a tertiary maternity hospital in the state of Ceará, between July 2017 and January 2018. The independent variables were labor induction, amniotomy, non-pharmaceutical methods for relieving pain, forceps, episiotomy, Kristeller maneuver, position in the expulsion stage, shoulder dystocia, and newborn weight and APGAR score, and the dependent variable was perineal outcome. Pearson's chi-square test and Fisher's exact test were used. **Results:** A total of 226 normal-risk primiparas who had a vaginal delivery. An association was found between horizontal position in the expulsion stage and episiotomy, and between not performing an episiotomy and perineal tearing. The other variables (labor, delivery and neonatal) did not have any effect on perineal tearing. **Conclusion:** Interventions, with the exception of episiotomies, did not have an influence on the occurrence of perineal trauma, but they do need to be carefully assessed. Deliveries in a horizontal position were associated with a higher likelihood of performing an episiotomy.

DESCRIPTORS

Natural Childbirth; Lacerations; Perineum; Episiotomy; Obstetric Nursing.

Autor correspondente:

Marcella Rocha Tavares de Souza
Rua Visconde de Cairú, 551, Vicente Pinzón
CEP 60182-130 – Fortaleza, CE, Brasil
marcellarocha10@hotmail.com

Recebido: 10/10/2018
Aprovado: 30/04/2019

INTRODUÇÃO

As lacerações perineais são comuns em mulheres que tiveram parto vaginal, e sua ocorrência pode estar relacionada a diversos fatores, como características maternas gineco-obs-tétricas, intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto, e aspectos relacionados ao feto. Tais lesões podem causar aumento da perda sanguínea, necessidade de sutura e dor no pós-parto, e são caracterizadas por traumas em mucosa e/ou músculo do períneo durante o desprendimento do polo cefálico, como consequência de uma episiotomia ou de uma laceração espontânea⁽¹⁾.

A laceração perineal é classificada como de 1º grau quando envolve os frênuos dos pequenos lábios, a pele do períneo e a mucosa vaginal, incluindo-se, nessa classificação, as lacerações periuretrais, que podem sangrar profusamente. A laceração de 2º grau atinge, além disso, a fâscia e os músculos do corpo perineal, mas não o esfíncter anal. A laceração de 3º grau estende-se para envolver o esfíncter anal externo. E a laceração de 4º grau atravessa toda a mucosa retal com exposição da luz, implicando ruptura dos esfíncteres anais externo e interno⁽²⁾.

A episiotomia caracteriza-se por um corte na região perineal realizado durante o desprendimento da cabeça fetal para evitar lacerações vaginais extensas e envolve a incisão de músculos do corpo perineal, mucosa e pele. Contudo, pode acarretar lesões profundas e com maior grau de gravidade quando comparada às lacerações espontâneas⁽¹⁾. É considerado um procedimento controverso, por abordar aspectos que vão além do campo obstétrico, colocando em pauta direitos de escolha da mulher sobre seu corpo. Em uma revisão de literatura, encontrou-se que suas indicações estão associadas às características obstétricas e neonatais, como mulheres primigestas, macrosomia fetal, segundo período clínico do parto prolongado, parto fórceps e distocia de ombro⁽³⁾. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os valores sejam entre 10% e 30%⁽⁴⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) revela melhorias constantes nos resultados maternos e perinatais nos últimos 30 anos, porém a morbimortalidade ainda é elevada. Na prática clínica, diversas técnicas consideradas prejudiciais ao parto pelo Ministério da Saúde ainda são utilizadas rotineiramente, somadas às elevadas taxas de cesariana no Brasil e no mundo⁽⁴⁾. No entanto, as enfermeiras obstétricas mostram-se agentes importantes na substituição dessas práticas por cuidados que não interferem no desenvolvimento fisiológico do trabalho de parto e parto e que tornam a parturiente e seu acompanhante protagonistas desse processo⁽⁵⁾.

Tendo em vista os problemas que o trauma perineal pode acarretar a curto prazo, como perda sanguínea, necessidade de sutura e dor perineal, como também aqueles a longo prazo, a exemplo das disfunções sexuais, urinárias e intestinais, diversas vezes causados por intervenções obstétricas desnecessárias ou má prática obstétrica, faz-se necessário o estudo das associações entre as diversas causas das lacerações de períneo e os fatores maternos e fetais e as intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto.

Como na população de mulheres que vivenciaram o parto pela primeira vez se verifica maior tendência a intervenções durante o trabalho de parto e parto, surgiu, então, o interesse em estudar quais são os fatores relacionados ao desfecho perineal nesse grupo, ou seja, a presença ou não de laceração. O estudo tem relevância para a prática clínica, pois conhecer esses fatores é um meio de prestar assistência segura e pautada em evidências científicas e, dessa forma, desenvolver estratégias para garantir o desfecho perineal positivo para a mulher.

O estudo tem como objetivo identificar as associações entre o desfecho perineal em primíparas e as intervenções ocorridas durante o trabalho de parto, parto, peso e APGAR do recém-nascido (RN).

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de estudo transversal, de cunho documental, correlacional, retrospectivo, com abordagem quantitativa.

CENÁRIO

O estudo foi desenvolvido na Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará (UFC), de nível terciário e público, referência no estado do Ceará, localizada em Fortaleza (CE), que presta assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidades à mulher e ao RN.

POPULAÇÃO

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: mulheres primíparas que pariram por via vaginal, que tiveram gestação de risco habitual, com feto vivo, único e a termo entre 37 semanas e 42 semanas, em apresentação cefálica. Foram excluídos do estudo os prontuários com informações incompletas.

A amostra probabilística foi representativa, sendo determinada com base no cálculo de populações finitas, adotando-se coeficiente de confiança de 95%, prevalência de 36% para os casos de parto vaginal em primíparas e erro amostral máximo permitido de 5%, contabilizando um tamanho amostral de 226 primíparas.

COLETA DE DADOS

As variáveis independentes foram categorizadas em: dados sociodemográficos (idade materna, estado civil, ocupação, procedência e escolaridade); dados sobre o trabalho de parto (indução, tipo de indução, amniotomia, dilatação do colo uterino na amniotomia e utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor – MNFAD); características da assistência ao período expulsivo (instrumentado, episiotomia, manobra de Kristeller e posição assumida no período expulsivo); e dados do RN (peso e APGAR). A variável dependente foi o desfecho perineal (presença ou não de laceração perineal).

As informações foram coletadas dos indicadores de trabalho de parto e parto da Rede Cegonha, do Ministério da Saúde, localizados no arquivo do Centro Obstétrico da

referida maternidade. Esses indicadores são sempre preenchidos por enfermeira obstetra, independentemente do profissional que assistiu ao parto. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora no período de julho de 2017 a janeiro de 2018.

A operacionalização da coleta de dados ocorreu em duas fases: a primeira fase compreendeu identificação, no arquivo do Centro Obstétrico, dos indicadores de trabalho de parto e parto das primíparas que estavam dentro dos critérios de inclusão, observação e preenchimento do instrumento de coleta de dados em busca dos dados de trabalho de parto, período expulsivo, desfecho perineal e condições do neonato; e 2) na segunda fase foram solicitados os prontuários das primíparas elegíveis ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), com o objetivo de buscar informações sobre os dados socioeconômicos, por não estarem presentes nos indicadores anteriormente pesquisados.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram analisados utilizando-se o programa computacional *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. A seguir, foi feita a análise estatística dos dados, apresentados sob forma descritiva ou em tabelas, foram calculados o número absoluto, a média, o percentual e o desvio padrão (DP), assim como foram discutidos de acordo com a literatura pertinente. Os testes utilizados foram o Qui-quadrado de Pearson e o exato de Fisher.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand/UFC, com o número de parecer 2.310.885/17. A assinatura do Termo de Fiel Depositário garantiu o sigilo sobre todos os dados de identificação das mulheres, segundo as normas da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil⁽⁶⁾. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) não foi assinado por tratar-se de estudo documental em prontuários, cuja coleta de dados ocorreu somente por meio da análise de prontuários, não sendo realizadas entrevistas com as primíparas.

RESULTADOS

Participaram 226 primíparas de risco habitual que pariram por via vaginal. A média de idade das primíparas foi de 21,49 anos (DP = 5,33 anos), com idade mínima e máxima de 13 anos e 39 anos, respectivamente. Houve predomínio da faixa etária de 20 anos a 29 anos, o que correspondeu a 108 primíparas (47,8%). Enfatiza-se a elevada frequência de mulheres na fase da adolescência, de 10 anos a 19 anos, totalizando 97 adolescentes (42,9%).

Em relação à ocupação, a maioria não tinha trabalho remunerado, o que representou 158 primíparas (69,9%), sendo a maior frequência de donas de casa e estudantes. Sobre o estado civil, 105 mulheres (46,5%) referiram estar em união estável, enquanto 83 (36,7%) eram solteiras. A maioria procedeu de Fortaleza (85,4%). Verificou-se maior

porcentagem de mulheres que cursaram o ensino médio completo (41,6%).

Na análise das variáveis do trabalho de parto, 205 primíparas (90,7%) não utilizaram indução para o trabalho de parto, apenas 14 (6,2%) usaram misoprostol e 49 mulheres (21,7%) utilizaram ocitocina no momento da dilatação e/ou expulsão. Quanto à amniotomia, 55 primíparas (24,3%) foram submetidas a esse procedimento, sendo mais frequente nas dilatações cervicais em 9 cm e 10 cm (6,2% para ambas). MNFAD ao longo do trabalho de parto foram utilizados em 208 mulheres (92%), sendo o banho de chuveiro e 'outros', que incluem métodos como respiração consciente, deambulação, exercícios pélvicos e penumbra, os mais usados.

Em relação às lacerações perineais, nas 159 primíparas (70,4%) que sofreram traumas perineais foram mais frequentes as lacerações de 1º e 2º grau (32,7% em cada um dos graus), lacerações de 3º grau ocorreram em 11 mulheres (4,9%), e foram ausentes as de 4º grau. Das 23 mulheres submetidas a episiotomia, 1 (4,3%) teve laceração de 1º grau, em 2 (8,7%) primíparas houve lacerações de 2º grau, e nas 20 (87%) mulheres restantes não foram observadas lacerações que excederam o corte cirúrgico desse procedimento.

Não foi encontrada associação entre as variáveis do trabalho de parto e a laceração vaginal (Tabela 1), demonstrando que a indução do trabalho de parto, a realização de amniotomia e a utilização de MNFAD não influenciaram o desfecho perineal.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis do trabalho de parto em primíparas e associação com a laceração vaginal – Fortaleza, CE, Brasil, 2017/2018.

Variável	n (%)	Valor de P
Indução do trabalho de parto		
Não	205 (90,7)	0,37*
Sim	21 (9,3)	
Indução/condução		
Misoprostol	14 (6,2)	0,47+
Ocitocina	49 (21,7)	
Misoprostol e ocitocina	1 (0,4)	
Sem indução	162 (71,7)	
Amniotomia		
Não	171 (75,7)	0,91*
Sim	55 (24,3)	
Métodos não farmacológicos para alívio da dor		
Não	18 (8)	0,2*
Sim	208 (92)	

* Teste de Qui-quadrado de Pearson. + Teste exato de Fisher.

Entre as variáveis do parto, o fórceps foi utilizado em apenas 6 primíparas (2,7%), episiotomia foi verificada em 23 mulheres (10,2%), foi realizada manobra de Kristeller em 4 (1,8%) e houve 3 (1,3%) distocias de ombro. Não foi verificada associação entre laceração vaginal e as variáveis do parto, exceto com a episiotomia (P = 0,00) (Tabela 2). Assim, a não realização de episiotomia aumenta a probabilidade de haver lacerações vaginais.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis do parto em primíparas e associação com a laceração vaginal – Fortaleza, CE, Brasil, 2017/2018.

Variável	n (%)	Valor de P
Fórceps		
Não	220 (97,3)	1,0*
Sim	6 (2,7)	
Episiotomia		
Não	203 (89,8)	0,00+
Sim	23 (10,2)	
Manobra de Kristeller		
Não	222 (98,2)	0,07*
Sim	4 (1,8)	
Posição adotada em período expulsivo		
Horizontal	181 (80,1)	0,81+
Vertical	45 (19,9)	
Distícia de ombro		
Não	223 (98,7)	0,21*
Sim	3 (1,3)	
Laceração		
Não	67 (29,6)	-
Sim	159 (70,4)	
Grau da laceração		
1º grau	74 (32,7)	-
2º grau	74 (32,7)	
3º grau	11 (4,9)	

* Teste exato de Fisher. + Teste de Qui-quadrado de Pearson.

A posição mais frequente adotada no período expulsivo foi a semissentada (72,6%), e a segunda posição mais utilizada foi de cócoras (13,7%). Foi considerado parto horizontal quando a parturiente adotou as seguintes posições: semissentada, deitada (4,4%) e decúbito lateral esquerdo (3,1%). E parto vertical quando foram assumidas as posições de cócoras, em Gaskin (0,4%), uso da banqueta (3,1%) e outras (2,7%), que podem incluir posições em pé ou de joelhos. O parto horizontal foi o mais frequente deste estudo (80,1%). Não houve associação entre posições horizontal e vertical no segundo período clínico do parto e laceração vaginal, demonstrando que, independentemente da posição escolhida pela mulher para parir, não há maior probabilidade de lacerações perineais.

Na posição semissentada ocorreram mais lacerações de 1º grau (36,6%) e de 2º grau (30,5%), porém é importante ressaltar que 72,7% das lacerações de 3º grau foram nessa posição. Na posição de cócoras, a maioria das primíparas teve laceração de 2º grau (41,9%), assim como no parto em decúbito lateral esquerdo e com o uso da banqueta (71,4%). Em 50% das mulheres que pariram deitadas não houve laceração e em 40% ocorreu laceração de 1º grau. Somente uma primípara pariu em Gaskin, com laceração de 1º grau. Em outras posições, como em pé ou ajoelhada, 50% delas não tiveram trauma perineal e em 33,3% o trauma foi de 3º grau. Verificou-se associação ($P = 0,012$) entre a posição no período expulsivo do parto e a realização de episiotomia. Todas as mulheres submetidas a episiotomia estavam na posição horizontal, das quais 17,4% estavam na posição deitada e 82,6%, na posição semissentada. As mulheres que pariram na posição horizontal tiveram maior tendência à realização de episiotomia (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização da posição assumida em período expulsivo do parto com o grau da laceração e a realização de episiotomia – Fortaleza, CE, Brasil, 2017/2018.

Variável	Grau da laceração				Valor de P
	Ausente n (%)	1o n (%)	2o n (%)	3o n (%)	
Posição em período expulsivo					-
Semissentada	46 (28)	60 (36,6)	50 (30,5)	8 (4,9)	
Deitada	5 (50)	4 (40)	1 (10)	-	
Decúbito lateral esquerdo	2 (28,6)	-	5 (71,4)	-	
Cócoras	10 (32,3)	8 (25,8)	13 (41,9)	-	
Banqueta	1 (14,3)	-	5 (71,4)	1 (14,3)	
Gaskin	-	1 (100)	-	-	
Outra	3 (50)	1 (16,7)	-	2 (33,3)	
		Realização de episiotomia			0,012*
		Sim n (%)	Não n (%)		
Posição horizontal		23 (100)	158 (77,8)		
Posição vertical		-	45 (22,2)		

* Teste de Qui-quadrado de Pearson.

Sobre as variáveis do neonato, o peso mais observado foi da faixa de 3.001 g a 3.500 g (46,5%), em seguida da faixa de 2.501 g a 3.000 g (27,9%). Na análise do boletim de APGAR, o primeiro minuto entre 7-10 foi registrado

em 214 RNs (94,7%) e no quinto minuto entre 7-10 a porcentagem subiu para 99,1%. Não houve associação entre as variáveis de peso e APGAR do RN e laceração vaginal (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos dados das características dos neonatos e a associação com a laceração vaginal – Fortaleza, CE, Brasil, 2017/2018.

Variável	n (%)	Valor de P
Peso		0,27*
2.000 g-2.500 g	11 (4,9)	
2.501 g-3.000 g	63 (27,9)	
3.001 g-3.500 g	105 (46,5)	
3.501 g-4.000 g	45 (19,9)	
> 4.000 g	2 (0,9)	
APGAR 1o minuto		0,11+
< 6	12 (5,3)	
7-10	214 (94,7)	
APGAR 5o minuto		0,5*
< 6	2 (0,9)	
7-10	224 (99,1)	

* Teste exato de Fisher. + Teste de Qui-quadrado de Pearson.

DISCUSSÃO

Ao analisar a idade materna, estudo realizado em dois Centros de Parto Normal (CPNs) em São Paulo (SP) com 317 primíparas verificou que a média da idade foi de 21,5 anos (DP = 4,4 anos), com idade mínima de 15 anos e máxima de 37 anos⁽⁷⁾, corroborando os achados da presente pesquisa. Em outro estudo, verificou-se que 30,87% eram adolescentes, com menos de 20 anos de idade⁽⁵⁾, assemelhando-se a esta pesquisa, o que revela maior necessidade de um bom acompanhamento pré-natal e da presença do acompanhante em todo o ciclo gravídico-puerperal.

Em estudo realizado com primíparas em Itapeverica da Serra (SP), observou-se que a maioria delas cursou o ensino médio (75%), vivia com o companheiro (78,1%) e não exercia atividade remunerada (61,5%)⁽⁸⁾, dados semelhantes aos da presente pesquisa e aos encontrados em Belo Horizonte (MG)⁽⁹⁾.

No estudo nacional intitulado Nacer no Brasil, de base hospitalar, foi observado que todas as boas práticas foram mais frequentes em primíparas, exceto o uso do partograma. Entretanto, observou-se maior frequência de intervenções durante o trabalho de parto em primíparas, exceto amniotomia⁽¹⁰⁾. Sabe-se, segundo as evidências, que a amniotomia é uma prática recomendada diante de parada de progressão, sendo desestimulada em caso de prática indiscriminada e com o único objetivo de acelerar o trabalho de parto⁽¹¹⁾. Em pesquisa que compreendeu 11 maternidades de Belo Horizonte, observou-se taxa de 67,1% de amniotomia entre as parturientes⁽⁹⁾. Em estudo conduzido em CPN em São Paulo, abrangendo 1.079 nascimentos, a taxa observada foi de 53,4%⁽¹²⁾. Em maternidade do Rio de Janeiro (RJ), a taxa desse procedimento foi de 27,38%⁽⁵⁾, resultado semelhante ao achado nesta pesquisa. Em estudo com 3.034 puérperas que tiveram gestação a termo, em Ribeirão Preto (SP), verificou-se um achado curioso: a ruptura de membranas que ocorreu

entre 12 horas e 18 horas antes do parto reduziu o risco de lacerações perineais em quase 50%⁽¹³⁾, não ocorrendo essa associação nos dados aqui apresentados.

O uso de ocitocina neste estudo está relacionado a indução e/ou a condução do trabalho de parto e parto, visto que nos indicadores do centro obstétrico da instituição não foi definido para qual desses fins a ocitocina foi destinada. Nos estudos que analisaram as práticas de assistência ao parto, houve taxas de 41,7% e de 49,66% de infusão de ocitocina^(5,9). Em estudo realizado em São Paulo, as taxas observadas de infusão de ocitocina foram de 31% em período de dilatação e de 25,8% na fase expulsiva⁽¹²⁾. Em Ribeirão Preto, evidenciou-se que o uso de ocitocina na fase ativa do trabalho de parto não foi fator de risco para lacerações de 1º e 2º graus⁽¹³⁾. O uso desse medicamento nessa pesquisa revela a utilização racional de acordo com o protocolo da instituição, seguindo-se o recomendado para o alcance da dinâmica uterina ideal para cada gestante e sem repercussão negativa no desfecho perineal.

Quanto à manobra de Kristeller, no estudo Nacer no Brasil a frequência dessa manobra foi elevada (37,3%)⁽¹⁰⁾ e em Belo Horizonte a taxa encontrada foi menor (9,3%)⁽⁹⁾, embora, em ambos, acima do valor identificado na presente pesquisa. Essa manobra costuma ser usada em situações de sofrimento fetal, falta de progressão do parto e exaustão materna, oferecendo riscos potenciais que necessitam de atenção⁽¹⁴⁾. Esforços são constantes para eliminação dessa conduta, porém em diversas instituições ainda se perpetua com frequência, sendo necessária a capacitação de seus profissionais para reformulação e aprimoramento da assistência obstétrica, visto que não há evidências científicas que demonstrem seus benefícios.

O parto instrumentado é indicado para pacientes que apresentam período expulsivo prolongado e sofrimento fetal agudo, com dilatação completa, sendo mais frequente em nulíparas, com períneo pouco elástico e apresentação fetal em posição occipitoposterior⁽¹⁵⁾.

Em hospital secundário de São Paulo, o parto instrumentado apresentou 4,5 vezes maior risco de trauma perineal⁽¹³⁾. Em uma coorte de 1.035.253 primíparas do Serviço Nacional de Saúde inglês, entre os anos de 2000 e 2012, verificou-se maior risco de lacerações perineais de 3º e 4º graus associadas a idade materna superior a 25 anos, parto fórceps, especialmente sem episiotomia, etnia asiática, condição socioeconômica mais elevada, maior peso ao nascer e distocia de ombro⁽¹⁶⁾, não sendo encontrada essa associação no presente estudo.

O uso de tecnologias não invasivas de cuidado é uma importante estratégia no processo de humanização do parto e nascimento, gerando autonomia e alívio da dor e aumentando a satisfação com esse momento. Dentre elas, o banho de chuveiro foi o mais utilizado em CPN em São Paulo (84%)⁽¹²⁾. Outra pesquisa apontou que a utilização dos métodos durante o trabalho de parto foi de 74,2%, o que reforça o empenho dos profissionais no conforto e apoio das parturientes no enfrentamento da dor. A satisfação da mulher com o processo parturitivo não está relacionada somente à ausência de dor, mas ao modo de condução para

seu enfrentamento⁽⁹⁾. Em instituição de alta complexidade no Ceará, apenas 11,3% utilizaram essas práticas⁽¹⁷⁾. Nem todas as estratégias não farmacológicas são eficazes, mas podem diminuir o uso de analgésicos e a administração de ocitocina em mulheres em trabalho de parto, potenciais causadores de efeitos adversos para a mãe e para o feto⁽¹⁸⁾. Na atual pesquisa, a maioria das primíparas foi beneficiada com o uso dessas tecnologias, destacando-se a importância de estimular sua adoção e implementação pelos profissionais que atendem a mulher, a fim de aumentar a satisfação da parturiente quanto à parturição.

O uso excessivo de intervenções na assistência ao parto não encontra respaldo em estudos internacionais. Segundo os resultados do estudo *Nascer no Brasil*, a episiotomia foi observada em mais de 50% das mulheres e em quase 75% das primíparas⁽¹⁰⁾. Em hospital universitário da Espanha, esse procedimento foi observado em 70,3% das primíparas no ano de 2012, sendo uma tendência realizá-lo em primíparas e de não utilizá-lo em múltiparas⁽¹⁹⁾. A episiotomia visa a diminuir o trauma causado pela laceração perineal espontânea e a reduzir a possibilidade de injúrias ao trato uroginecológico e suas estruturas adjacentes, e pode também ser utilizada para resolução de distocia de ombro. Esse procedimento, porém, não está pautado em evidências científicas consistentes que abordem os benefícios e malefícios de sua utilização⁽¹⁰⁾. Em CPN em São Paulo, o procedimento foi realizado em 25,8% das primíparas⁽¹²⁾; no Rio de Janeiro, em 5,24%⁽²⁰⁾; e em 8,4% das mulheres em Belo Horizonte⁽⁹⁾. Em Fortaleza, das 421 primíparas e múltiparas, a taxa de episiotomia foi de 14,6%⁽²¹⁾. Nos resultados aqui apresentados, verificou-se prevalência menor em relação a esses dados, o que corresponde ao recomendado pela OMS, resultando em partos menos intervencionistas.

Não existe, até o momento, um consenso sobre a episiotomia ser um fator de risco ou protetor de laceração do esfínter anal. Estudo conduzido na Espanha demonstrou que a episiotomia se relacionou a risco elevado de trauma do esfínter anal em pacientes com partos eutócico e instrumentado⁽¹⁵⁾.

Em relação ao grau de laceração, em hospital do Rio de Janeiro, 87,25% foram de 1º grau, 12,46% foram de 2º grau e apenas 0,29% foi de 3º grau⁽⁵⁾. Em outro estudo, observou-se que 95,8% corresponderam a lacerações de 1º e 2º graus e 4,2%, a lacerações de 3º e 4º graus. A episiotomia médio-lateral apresentou efeito protetor em relação ao trauma perineal de graus leve e grave. Esse procedimento pode ser utilizado como manobra de proteção perineal no período expulsivo do parto⁽¹³⁾, porém não é recomendada sua utilização de rotina durante o parto vaginal espontâneo⁽⁴⁾.

Neste estudo, as mulheres que não foram submetidas a episiotomia tiveram mais lacerações vaginais espontâneas, em sua maioria de 1º e 2º graus, caracterizando-se como traumas perineais leves, sem repercussões negativas para a mãe. A incisão cirúrgica do procedimento só é considerada laceração perineal de 2º grau se houver extensão dessa laceração. A classificação do trauma perineal nos casos em que ocorreu episiotomia pode, portanto, ser considerada um viés da pesquisa.

Em estudo realizado com 568 nulíparas em hospital terciário de Saragoça, na Espanha, o grupo sem episiotomia apresentou aumento significativo de lacerações de 1º grau em relação às lacerações de 2º grau (55,6% e 15,7%, respectivamente), sem ocasionar riscos ao bem-estar fetal⁽²²⁾. Esses resultados assemelham-se aos deste estudo, representados por lacerações perineais leves, cuja sutura, se houver necessidade, poderá ser feita pelo enfermeiro obstetra, com desfecho perineal sem intercorrências clínicas.

A adoção de posições verticalizadas tem sido apontada como fator importante para a redução da episiotomia^(10,19). Estudo realizado em hospital universitário na Espanha concluiu que o risco relativo de episiotomia na posição de litotomia é de 6,4% em comparação a outras posições⁽¹⁹⁾, revelando uma tendência para adoção dessa posição. Em estudo de caso-controle realizado no Recife (PE), que incluiu gestantes submetidas a episiotomia (grupo caso) e gestantes nas quais o procedimento não foi realizado (grupo controle), não foi observada associação entre episiotomia e parto na posição supina ($P = 0,05$) ou macrosomia fetal ($P = 0,52$)⁽²³⁾. No entanto, o presente estudo verificou que as mulheres que pariram na posição horizontal tiveram maior propensão a ser submetidas a episiotomia.

Esse dado demonstra que a persistente utilização de práticas não recomendadas pelas evidências científicas, como imobilização no leito em todo o processo de parturição e posição litotômica no parto, pode levar a um maior número de intervenções desnecessárias e repercutir negativamente nos resultados maternos.

Em estudo realizado em hospital e maternidade situados em Pernambuco e Bahia, foram observados índices de trauma perineal após parto vaginal de 50,3%, considerado elevado, e de frequência de episiotomia de 23,1%⁽¹⁾. Estudo realizado no Reino Unido estimou que 70% das mulheres vão sofrer algum tipo de laceração perineal após parto vaginal⁽²⁴⁾. Em dois CPNs em São Paulo, verificou-se que 73,2% das parturientes tiveram laceração de 1º grau, 24,9% tiveram laceração de 2º grau e 1,9%, de 3º grau. Concluiu-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre o local de laceração perineal e a posição materna no parto⁽⁷⁾, dado que corrobora a atual pesquisa.

A posição semissentada foi a mais utilizada pelas primíparas, achado corroborado por outros estudos^(8,12). É importante que sejam esclarecidas as diversas posições para se dar à luz, para que a mulher escolha a que melhor lhe convier. Em relação ao grau da laceração na posição semissentada, pesquisa apontou que a maioria apresentou laceração de 1º grau (30,6%), seguida pela de 2º grau e por períneo íntegro (15,3% para ambos)⁽⁸⁾. Em CPN em São Paulo, mais de 70% das mulheres mantiveram períneo íntegro ou apresentaram laceração de 1º grau⁽¹²⁾. Apesar da realização de uma intervenção educativa com vídeo ilustrativo sobre sutura perineal, estudo conduzido em Macapá (AP) concluiu que não houve melhora dos índices de parto litotômico, o que está associado ao fato de essa posição facilitar ao profissional visualizar o canal de parto e realizar manobra para tracionar o neonato durante o período expulsivo⁽²⁵⁾.

É importante ressaltar que, neste estudo, a maioria das lacerações de 3º grau ocorreu na posição semissentada,

consideradas traumas perineais graves, que necessitam de correção de trajeto por médico obstetra e de maior acompanhamento no pós-parto. A relação entre lacerações perineais e posição no parto ainda é controversa e necessita de estudos bem delineados para melhor entendimento dessa associação.

Percebe-se que as primíparas desconhecem seus direitos e permanecem passivas em seu processo de parturição, apesar dos esforços institucionais e governamentais em mudar o modelo de assistência ao parto e nascimento.

Em relação ao peso de RNs de primíparas, em estudo realizado em dois CPNs em São Paulo verificou-se que 49,2% deles nasceram com peso entre 3.000 g e 3.500 g, não havendo associação entre local de laceração perineal e peso do RN ($P = 0,11$)⁽⁷⁾, achado compatível com os deste estudo. Revelou, ainda, que, quanto à vitalidade, 94,6% dos RNs no primeiro minuto de vida tiveram índice de APGAR ≥ 7 , que chegou a 97,8% no quinto minuto de vida, resultando em boa vitalidade na maioria dos RNs⁽⁷⁾. No quinto minuto de vida, aproximadamente 97,5% dos RNs tiveram APGAR > 7 em maternidades do Rio de Janeiro^(5,20). Em pesquisa que avaliou o trauma perineal após parto vaginal, o APGAR do primeiro e do quinto minutos de vida com pontuação < 7 não teve impacto significativo no grau da laceração⁽¹³⁾, dados que convergem com os do presente estudo.

Como limitações, destacam-se informações incompletas nos prontuários, principalmente no que se refere ao uso da ocitocina para indução e/ou condução do parto, como também de dados fidedignos sobre o desfecho perineal após a episiotomia. Neste estudo, a posição semissentada foi considerada horizontal, visto que não foram descritos em prontuário a inclinação ou o grau de elevação da cabeceira, o que pode gerar um viés na pesquisa.

RESUMO

Objetivo: Identificar as associações entre o desfecho perineal em primíparas e as intervenções ocorridas durante o trabalho de parto, parto, peso e APGAR do recém-nascido. **Método:** Estudo documental, correlacional, retrospectivo, quantitativo, realizado em uma maternidade terciária no estado do Ceará, entre julho de 2017 e janeiro de 2018. As variáveis independentes foram indução do parto, amniotomia, métodos não farmacológicos de alívio da dor, fórceps, episiotomia, manobra de Kristeller, posição no período expulsivo, distocia de ombro, peso e APGAR do recém-nascido, e a variável dependente foi o desfecho perineal. Foram utilizados o teste de Qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher. **Resultados:** Participaram 226 primíparas de risco habitual que pariram por via vaginal. Verificou-se associação entre posição horizontal no período expulsivo do parto e episiotomia, e entre a não realização de episiotomia e laceração perineal. As outras variáveis de trabalho de parto, parto e neonatal não interferiram na ocorrência de laceração perineal. **Conclusão:** Ações intervencionistas, com exceção da episiotomia, não influenciaram a ocorrência de trauma perineal, porém requerem avaliação criteriosa. O parto na posição horizontal relacionou-se a maior probabilidade de realização de episiotomia.

DESCRIPTORIOS

Parto Normal; Lacerações; Períneo; Episiotomia; Enfermagem Obstétrica.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las asociaciones entre el resultado perineal en primíparas y las intervenciones ocurridas durante el trabajo de parto, parto, peso y APGAR del recién nacido. **Método:** Estudio documental, correlacional, retrospectivo, cuantitativo, llevado a cabo en una maternidad terciaria en el estado de Ceará, entre julio de 2017 y enero de 2018. Las variables independientes fueron inducción del parto, amniotomía, métodos no farmacológicos de alivio del dolor, fórceps, episiotomía, maniobra de Kristeller, posición en el período expulsivo, distocia de hombro, peso y APGAR del recién nacido, y la variable dependiente fue el resultado perineal. Se emplearon las pruebas de Chi cuadrado de Pearson y la exacta de Fisher. **Resultados:** Participaron 226 primíparas de riesgo habitual que parieron por vía vaginal. Se verificó asociación entre la posición horizontal en el período expulsivo del parto y episiotomía, y entre la no realización de episiotomía y laceración perineal. Las otras variables de trabajo de parto, parto y neonatal no interfirieron en la ocurrencia de laceración perineal. **Conclusión:** Acciones intervencionistas, salvo la episiotomía, no influenciaron la ocurrencia de trauma perineal, sin embargo requieren evaluación juiciosa. El parto en la posición horizontal se relacionó con la mayor posibilidad de realización de episiotomía.

DESCRIPTORIOS

Parto Normal; Laceraciones; Períneo; Episiotomía; Enfermería Obstétrica.

Vale destacar que este estudo trouxe contribuições para o conhecimento obstétrico e de enfermagem, pois reforça que as orientações realizadas pelos enfermeiros em relação às posições não horizontais durante o parto são adequadas para o desfecho perineal positivo, visto que está associado a diminuição da taxa de episiotomia. Enfatiza-se também que a não realização de episiotomia está relacionada a menor dano perineal, ao contrário do que afirmam algumas literaturas obstétricas, que justificam o procedimento para evitar traumas perineais graves.

Diante dos resultados obtidos e como implicações práticas do estudo, para diminuir as taxas de episiotomia é necessário informar sobre posições não horizontais durante o parto, para que a mulher, assim, optar pela posição que desejar, escolha baseada em evidência científica e não na vontade do profissional que assiste ao parto.

CONCLUSÃO

Foi verificada associação entre posição horizontal no período expulsivo do parto e uso de episiotomia, relacionada às posições litotômica e semissentada, o que reforça a importância de informar a mulher sobre outras posições de parto para sentir-se mais segura nesse processo. Também houve relação entre a não realização de episiotomia e laceração perineal, porém foram lacerações leves de 1º e 2º graus na maioria dos casos.

Outras variáveis de trabalho de parto e parto, como uso de ocitocina, amniotomia, uso de MNFAD, fórceps, manobra de Kristeller, distocia de ombro e posição no período expulsivo, não interferiram na ocorrência de laceração vaginal, porém devem ser praticadas de forma criteriosa para um desfecho materno e neonatal favorável.

REFERÊNCIAS

1. Mathias AE, Pitangui AC, Vasconcelos AM, Silva SS, Rodrigues PS, Dias TG. Perineal pain measurement in the immediate vaginal postpartum period. *Rev Dor [Internet]*. 2015 [cited 2018 Aug 20];16(4):267-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n4/1806-0013-rdor-16-04-0267.pdf>
2. Cunningham FG. *Obstetrícia de Williams*. 24ª ed. Porto Alegre: AMGH; 2016.
3. Corrêa Junior MD, Passini Júnior R. Selective episiotomy: indications, technique, and association with severe perineal lacerations. *Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]*. 2016 June [cited 2018 Sep 15]; 38(6):301-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032016000600301&lng=en
4. Carvalho VF, Kerber NPC, Busanello J, Gonçalves BG, Rodrigues EF, Azambuja EP. How the workers of a birthing center justify using harmful practices in natural childbirth. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2012 [cited 2019 Apr 13];46(1):30-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100004&lng=pt&nrm=iso&lng=en
5. Reis CSC, Souza DOM, Nogueira MF, Progiante JM, Vargens OMC. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. *Rev Online Pesq Cuid Fundam [Internet]*. 2016 [citado 2018 ago. 20];8(4):4972-9. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505754107007.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2018 ago. 22]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
7. Caroci AS, Riesco MLG, Leite JS, Araújo NM, Scarabotto LB, Oliveira SMJV. Locus of perineal lacerations in vaginal birth among primiparous women. *Rev Enferm UERJ [Internet]*. 2014 [cited 2018 Aug 20];22(3):402-8. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5415/10510>
8. Mendes EPB, Oliveira SMJV, Caroci AS, Francisco AA, Oliveira SG, Silva RL. Pelvic floor muscle strength in primiparous women according to the delivery type: cross-sectional study. *Rev Latino Am Enfermagem [Internet]*. 2016 [cited 2018 Aug 20];24:e2758. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100381
9. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2016 [cited 2018 Aug 20];20(2):324-31. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/en_1414-8145-ean-20-02-0324.pdf
10. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2014 [cited 2018 Aug 22];30 Suppl 1:S17-S32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=en
11. Côrtes CT, Oliveira SMJV, Santos RCS, Francisco AA, Riesco MLG, Shimoda GT. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. *Rev Latino Am Enfermagem [Internet]*. 2018 [cited 2018 Aug 22]; 26:e2988. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692018000100304&lng=en
12. Silva FMB, Paixão TCR, Oliveira SMJV, Leite JS, Riesco MLG, Osava RH. Care in a birth center according to the recommendations of the World Health Organization. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2013 [cited 2018 Aug 22]; 47(5):1031-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501031&lng=en&lng=en
13. Oliveira LS, Brito LGO, Quintana SM, Duarte G, Marcolin AC. Perineal trauma after vaginal delivery in healthy pregnant women. *Sao Paulo Med J [Internet]*. 2014 [cited 2018 Sep 15]; 132(4):231-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802014000400231&lng=en
14. Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(4):CD006067
15. Pato-Mosquera M, García-Lavandera S, Liñayo-Chouza J. El desgarro intraparto del esfínter anal; Puede prevenirse? *Ginecol Obstet Mex*. 2017;85(1):13-20.
16. Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, Mahmood TA, Adams EJ, Richmond DH, et al. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. *BJOG*. 2013;120(12):1516-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12363>
17. Melo BM, Gomes LFS, Henriques ACPT, Lima SKM, Damasceno AKC. Implementation of good practice in assistance to labor at a reference maternity. *Rev Rene*. 2017;18(3):376-82. DOI: 10.15253/2175-6783.2017000300013
18. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2014 [cited 2018 Sep 15]; 18(2):262-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200262&lng=en
19. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Rev Latino Am Enfermagem [Internet]*. 2016 [cited 2018 Aug 22];24:e2793. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100327&lng=en
20. Vargens OMC, Silva ACV, Progiante JM. The contribution of nurse midwives to consolidating humanized childbirth in maternity hospitals in Rio de Janeiro-Brazil. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2017 [cited 2018 Aug 22];21(1):e20170015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100215&lng=en
21. Medeiros MQ, Feitosa FEL, Pinheiro AKB, Neto RHC, Firmiano MLV, Mesquita DB, et al. Characterization of obstetric assistance at labor and childbirth in low-risk women on a maternity of reference to maternal and child health. *Int Arch Med*. 2017;10(124). DOI: 10.3823/2394
22. Hernández Pérez J, Azón López E, Mir Ramos E, Peinado Berzosa R, Val Lechuz B, Mérida Donoso A. Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas. *Enferm Glob [Internet]*. 2014 [citado 2018 Oct 05];13(35):398-411. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300022&lng=es

23. Braga GC, Clementino STP, Luz PFN, Scavuzzi A, Neto CN, Amorim MMR. Risk factors for episiotomy: a case-control study. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2014 Oct [cited 2018 Sep 15]; 60(5):465-72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302014000500465&lng=en
24. Bick DE Kettle C, Macdonald S, Thomas PW, Hills RK, Ismail KM. Perineal Assessment and Repair Longitudinal Study (PEARLS): a matched-pair cluster randomized trial. *BMC Med.* [Internet]. 2013 [cited 2018 Sep 15]; 11:209. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3849411/>
25. Santos RCS, Riesco MLG. Implementation of care practices and repair perineal trauma in childbirth. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2018 Sep 15]; 37(spe):e68304. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500410&lng=en



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.