

## **DESFECHOS E CUIDADOS PERINEAIS EM CENTRO DE PARTO NORMAL**

Gisele Almeida Lopes<sup>1</sup> 

Nathalie Leister<sup>2</sup>

Maria Luiza Gonzalez Riesco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Pós-Graduação em Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup>University of London, School of Health Sciences, Centre for Maternal & Child Health Research, British Academy Newton International Research Fellow. London, England.

### **RESUMO**

**Objetivo:** analisar os desfechos perineais no parto e o cuidado perineal pós-parto em um Centro de Parto peri-hospitalar.

**Método:** estudo transversal, com coleta de dados nos prontuários das mulheres que deram à luz no Centro de Parto peri-hospitalar Casa Angela, em São Paulo, Brasil, em 2016-2017 (n=415). Foram analisados: ocorrência e grau da laceração perineal e variáveis maternas, neonatais e assistenciais relacionadas; prevalência de reparo perineal; complicações na cicatrização e métodos naturais de cuidado perineal. Os dados foram analisados por estatística descritiva e inferencial, com análise bivariada e múltipla.

**Resultados:** o períneo manteve-se íntegro em 11,8% das mulheres, 61,9% tiveram lacerações de primeiro grau e 26,3% de segundo grau. As variáveis relacionadas à ocorrência e maior grau das lacerações foram idade materna e período expulsivo do parto >2 horas. Os fatores protetores contra a ocorrência e o maior grau das lacerações foram número de partos vaginais anteriores e posição materna diferente da vertical durante o parto. O reparo perineal foi realizado em 16% e 70,6% das mulheres com lacerações de primeiro e segundo graus, respectivamente. As complicações perineais predominantes foram edema (53,6%) e dor (29,4%) e o reparo aumentou a chance dessas complicações (OR=2,5; 95%IC 1,5-4,3). A compressa de gelo no períneo foi usada em 53,8% das mulheres no pós-parto.

**Conclusão:** fatores maternos e assistenciais associaram-se à prevalência e grau da laceração perineal. Houve predomínio das lacerações de primeiro grau, reparadas em um número reduzido de mulheres. Quando o reparo perineal foi realizado, houve mais complicações no processo de cicatrização, independentemente do grau da laceração. O número de métodos naturais no cuidado perineal após o parto foi superior ao uso de medicamentos.

**DESCRIPTORIOS:** Parto. Períneo. Lacerações. Centro de assistência à gravidez e ao parto. Enfermagem obstétrica.

**COMO CITAR:** Lopes GA, Leister N, Riesco MLG. Desfechos e cuidados perineais em centro de parto normal. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019 [acesso MÊS ANO DIA]; 28:e20180168. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0168>

# PERINEAL CARE AND OUTCOMES IN A BIRTH CENTER

## ABSTRACT

**Objective:** to analyse the perineal outcomes in childbirth and post-partum perineal care in a freestanding birth centre.

**Method:** a cross-sectional study, with data collection performed in the women's birth records forms from Casa Angela, a freestanding birth centre, São Paulo, Brazil, in 2016-2017 (n=415). The following data was analysed: occurrence and perineal tear degree; maternal, neonatal and birth care-related variables; perineal suture prevalence; complications in wound healing and natural methods on perineal care. Data were subjected to descriptive, inferential and multiple analyses.

**Results:** in 11.8% of women, the perineum was kept intact, 61.9% had spontaneous first-degree tear and 26.3% had second-degree tear. The variables related to the occurrence and higher spontaneous degree tears were maternal age and second period of childbirth >2 hours. The protective factors against the occurrence and higher degree tears were number of previous vaginal childbirths and maternal position different from vertical during childbirth. Perineal suture was performed in 16.0% and 70.6% of women with spontaneous first- and second-degree tears, respectively. The main perineal complications after birth were edema (53.6%) and pain (29.4%); and the perineal suture increased the chance for these complications (OR=2.5; 95%CI 1.5-4.3). Perineum icepack compress was used in 53.8% of women during post-partum period.

**Conclusion:** maternal and health-care related factors were associated to the prevalence and degree of spontaneous perineal tear. First-degree spontaneous perineal tears were prevalent and sutured in a low number of women. There were more complications in the wound healing process when the perineal suture was performed, regardless the tear degree. The number of natural methods in post-partum perineal care was higher than the use of medicines.

**DESCRIPTORS:** Childbirth. Perineum. Lacerations. Birthing centres. Obstetric nursing.

## RESULTADOS Y CUIDADOS PERINEALES EN UN CENTRO DE PARTO NORMAL

### RESUMEN

**Objetivo:** analizar los resultados perineales en el parto y el cuidado perineal post-parto en un Centro de parto peri-hospitalario.

**Método:** estudio transversal con recolección de datos en los registros de parto de las mujeres que dieron a luz en el Centro de Parto Casa Angela, que atiende al parto peri-hospitalario, en São Paulo, Brasil, en 2016-2017 (n=415). Se analizaron: ocurrencia y grado de los desgarros perineales y variables maternas, neonatales y asistenciales relacionadas; prevalencia de reparación perineal; complicaciones en la cicatrización; métodos naturales del cuidado perineal. Los datos se analizaron por estadística descriptiva e inferencial, con análisis bivariado y múltiple.

**Resultados:** el perineo se mantuvo intacto en el 11,8% de las mujeres, el 61,9% tuvieron desgarros de primer grado, y el 26,3% de segundo grado. Las variables relacionadas con la ocurrencia y el mayor grado de los desgarros fueron la edad de la madre y el período expulsivo del parto >2 horas. Los factores protectores contra la ocurrencia y el mayor grado de los desgarros fueron el número de partos vaginales anteriores y la posición materna diferente de la vertical durante el parto. La reparación perineal se realizó en el 16% y el 70,6% de las mujeres con desgarros de primer y segundo grado, respectivamente. Las complicaciones perineales predominantes fueron edema (53,6%) y dolor (29,4%) y la reparación aumentó la probabilidad de estas complicaciones (OR=2,5; 95%IC 1,5-4,3). La compresa de hielo en el perineo se utilizó en el 53,8% de las mujeres en el período post-parto.

**Conclusión:** los factores maternos y asistenciales se asociaron con la prevalencia y el grado del desgarro perineal. Hubo predominio de desgarros de primer grado, reparados en un pequeño número de mujeres. Cuando se realizó la reparación perineal, hubo más complicaciones en el proceso de cicatrización, independientemente del grado del desgarro. La cantidad de métodos naturales en el cuidado perineal después del parto fue superior al uso de medicamentos.

**DESCRIPTORES:** Parto. Perineo. Laceraciones. Centros de asistencia al embarazo y al parto. Enfermería obstétrica.



## INTRODUÇÃO

Estima-se que mais de 85% das mulheres sofrem algum tipo de trauma perineal no parto, ocasionado pela episiotomia ou em decorrência de rotura espontânea dos tecidos durante a passagem do bebê pela vagina.<sup>1</sup>

O trauma espontâneo é classificado em graus, de acordo com os planos teciduais atingidos. As lacerações de primeiro grau atingem apenas a pele e a mucosa, as de segundo grau atingem também a musculatura do períneo, as de terceiro grau avançam até o esfíncter anal e as de quarto grau são as lacerações que lesionam a mucosa retal.<sup>2</sup>

As complicações associadas ao trauma perineal podem prejudicar a saúde da mulher tanto no pós-parto imediato como em longo prazo, interferindo em sua mobilidade, eliminação vesical e intestinal, cuidados gerais ao recém-nascido (RN) e outras atividades diárias.<sup>3</sup>

Quando à laceração é de menor grau, o reparo e os cuidados após o parto são realizados de forma adequada, há menor chance de complicações perineais.<sup>1-4</sup> A episiotomia, por sua vez, pode causar prejuízos mais graves ao assoalho pélvico, assim como as lacerações de terceiro e quarto graus.<sup>4</sup>

Algumas características maternas e do RN podem estar relacionadas com a maior ocorrência de lacerações perineais e com a sua profundidade.<sup>5</sup> O local do parto, os profissionais que prestam assistência e as práticas adotadas também influenciam no grau das lacerações perineais e nos cuidados com o períneo após o parto.<sup>6</sup>

Nesse sentido, os centros de parto normal (CPN) foram criados como uma estratégia de mudar o ambiente hospitalar em que o parto acontece, reduzindo o uso de intervenções desnecessárias. São classificados como intra-hospitalar (CPNi), localizado nas dependências internas do hospital, ou peri-hospitalar (CPNp), alocado nas imediações do hospital de referência.<sup>7</sup>

No CPN são adotadas medidas para humanizar o parto e o nascimento, respeitando sua fisiologia e a autonomia da mulher. O uso criterioso de intervenções contribui para desfechos favoráveis no parto e para redução de traumas perineais graves.<sup>7-8</sup>

Assim, este estudo teve como objetivo geral analisar os desfechos perineais e o cuidado perineal pós-parto em um CPNp.

## MÉTODO

Estudo transversal e retrospectivo, realizado no CPNp Casa Angela, localizado em São Paulo, SP. A Casa Angela presta atendimento no pré-natal, parto e pós-parto e, desde 2016, mantém contrato com a Prefeitura do Município de São Paulo e recebe recursos financeiros do Sistema Único de Saúde.

A população foi composta pelos prontuários de todas as mulheres admitidas para o parto na Casa Angela. Caracterizando um total de 467 mulheres admitidas no período de janeiro de 2016 a junho de 2017 dos quais compuseram amostra de 415 prontuários.

A coleta dos dados ocorreu no período de julho a dezembro de 2017 e deu-se através da análise dos prontuários das mulheres e dos livros de partos, transferências maternas e neonatais da instituição. O instrumento de coleta de dados foi um formulário composto por itens relacionados às características maternas, neonatais e de assistência ao trabalho de parto e parto, bem como dados sobre o pós-parto durante a internação e após a alta.

Para os desfechos “ocorrência” e “grau da laceração perineal”, foram consideradas como exposição as seguintes variáveis: idade materna, cor da pele, partos vaginais anteriores, uso de ocitocina, compressa morna no períneo, posição no parto, duração do período expulsivo, parto na água, distocia de ombro, peso e perímetro cefálico do RN. Para o desfecho “reparo perineal”, a exposição considerada foi o grau da laceração. Para o desfecho “complicações perineais”, foram considerados o reparo e o grau da laceração perineal.

Os dados foram analisados utilizando a média e o desvio padrão (dp) para as variáveis contínuas e a frequências absoluta e relativa para as variáveis categóricas. Para análise bivariada da associação entre as variáveis de exposição e os desfechos, foram utilizados os testes qui-quadrado, exato de Fisher, Kruskal-Wallis e análise de variância (ANOVA). Na análise da relação entre as complicações perineais após o parto, o reparo perineal e o grau de laceração, foi utilizado o teste qui-quadrado e calculado o *odds ratio* (OR) e o respectivo intervalo de confiança de 95% (95%IC). As variáveis cuja análise bivariada apresentou valor- $p < 0,20$  foram inseridas em um modelo de regressão logística binária (integridade perineal e laceração) ou ordinal (grau da laceração perineal). O erro tipo I adotado foi de 5%.

## RESULTADOS

Entre janeiro de 2016 e junho de 2017, 467 mulheres foram internadas em trabalho de parto na Casa Angela. Destas, 52 (11,1%) foram transferidas intraparto para o hospital. Portanto, a amostra final do estudo foi de 415 mulheres. Todas eram de risco habitual, sem nenhuma morbidade ou fator de risco e foram admitidas entre 37 e 42 semanas de gestação.

A média de idade das mulheres foi de 27,8 anos (dp=5,3), com predomínio da faixa etária de 20 a 30 anos (n=243;58,6%), 75,6% (n=302) naturais do estado de São Paulo, 62,9% (n=249) se autodeclararam de cor branca e 21,5% (n=85) de cor parda, 49,6% (n=205) tinham ensino superior completo e 44,6% (n=184) ensino médio completo, 65,5% (n=269) exerciam trabalho remunerado e 72% (n=296) tinham união estável.

A maioria era primigesta (n=268;64,6%), com média de 1,5 gestações por mulher (dp=0,7); a média de partos vaginais anteriores foi 1,2 (dp=0,6) e apenas 2,6% (n=3) tinham cesariana anterior.

A média de dilatação do colo uterino na admissão foi 5,6 cm (dp=2,4). Intervenções como amniotomia e administração de ocitocina foram usadas excepcionalmente, ocorrendo em 6,5% (n=27) e 6,3% (n=26) dos casos, respectivamente. O acompanhante de escolha da mulher esteve presente em 99,5% (n=412) dos partos, com média 1,6 (dp=0,6) por mulher. O período expulsivo, na maioria das vezes, durou até 1h (n=319;76,9%). Quanto à posição no parto, quase um terço das mulheres pariu na posição semi-sentada (n=127;30,8%), seguida das posições de cócoras (n=82;19,9%), sentada (n=75;18,2%) e quatro apoios (n=70;16,9%). O parto na água (banheira) aconteceu 32,4% (n=134) dos casos; entretanto, os partos ocorreram em diversos lugares do quarto (cama de parto, colchonete ou lençol sobre o piso, banqueta de parto, chuveiro).

A distocia de ombro aconteceu apenas uma vez (0,2%), o Apgar dos RN em 3,4% (n=14) dos casos foi menor do que 7 no primeiro minuto, não houve índice de Apgar menor do que 7 no quinto minuto. O peso dos RN variou de 2.310 g a 4.180 g, com média de 3.240,1 g (dp=372,0) e o perímetro cefálico variou de 31 cm a 38 cm, com média de 34,3 cm (dp=1,3).

Em relação aos desfechos perineais, o períneo manteve-se íntegro em 11,8% (n=49) das mulheres. A prevalência foi de 61,9% (n=257) de mulheres com laceração de primeiro grau, seguida de 26,3% (n=109) com lacerações de segundo grau. Nos casos de laceração múltipla, foi considerada unicamente a laceração de maior grau. Não houve casos de lacerações de terceiro ou quarto graus, assim como de episiotomia. Dado que houve mulheres com lacerações múltiplas, registraram-se 448 lacerações, distribuídas conforme sua localização na região perineal: 37,5% (n=168) ocorreram nos lábios internos, 36,2% (n=162) no corpo perineal ou parede vaginal posterior, 16,7% (n=75) no vestíbulo e 9,6% (n=43) na parede vaginal anterior.

A análise bivariada mostrou que a integridade perineal foi mais frequente quando a duração do segundo período do parto foi de até 1 hora e a laceração de segundo grau foi mais frequente quando esse período superou as 2 horas ( $p < 0,001$ ). Por sua vez, as seguintes variáveis categóricas não mostraram associação estatisticamente significativa com o desfecho perineal (integridade e laceração de primeiro ou segundo grau): cor da pele ( $p=0,222$ ), uso de ocitocina ( $p=0,955$ ), compressa morna no período expulsivo ( $p=0,691$ ), posição materna no parto ( $p=0,052$ ) e parto na água (0,196) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Distribuição das mulheres, segundo o desfecho perineal e as variáveis categóricas. São Paulo, SP, Brasil, 2016-2017

Variável	Íntegro	Laceração de 1º grau	Laceração de 2º grau	Valor-p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Cor da pele (n=396)				
Branca	34 (13,7)	149 (59,8)	66 (26,5)	0,222†
Parda	10 (11,8)	57 (67,0)	18 (21,2)	
Negra	1 (2,3)	26 (60,5)	16 (37,2)	
Amarela ou indígena	1 (5,3)	11 (57,9)	7 (36,8)	
Uso de ocitocina (n=415)				
Sim	3 (11,5)	17 (65,4)	6 (23,1)	0,955†
Não	46 (11,8)	240 (61,7)	103 (26,5)	
Compressa morna no período expulsivo (n=415)				
Sim	1 (5,3)	12 (63,1)	6 (31,6)	0,691†
Não	48 (12,1)	245 (61,9)	103 (26,0)	
Duração do período expulsivo (horas) (n=415)				
≤ 1	48 (15,0)	197 (61,8)	74 (23,2)	<0,001†
> 1 a ≤ 2	1 (1,4)	47 (65,3)	24 (33,3)	
> 2	-	13 (54,2)	11 (45,8)	
Posição materna no parto (n=412)				
Vertical*	7 (6,9)	55 (54,5)	39 (38,6)	0,052‡
Semi-sentada	15 (11,8)	84 (66,2)	28 (22,0)	
Sentada	9 (12,0)	46 (61,3)	20 (26,7)	
Quatro apoios	11 (15,7)	42 (60,0)	17 (24,3)	
Lateral	7 (17,9)	27 (69,3)	5 (12,8)	
Parto na água (n=415)				
Sim	21 (15,7)	82 (61,2)	31 (23,1)	0,196†
Não	28 (10,0)	175 (62,2)	78 (27,8)	

\*Inclui as posições de cócoras, em pé e de joelhos; †Teste exato de Fisher; ‡Teste qui-quadrado.

As variáveis contínuas que não mostraram associação foram: idade materna ( $p=0,190$ ), número de partos vaginais anteriores ( $p=0,173$ ), peso do RN ( $p=0,591$ ) e perímetro cefálico do RN ( $p=0,439$ ) (Tabela 2).

Na análise múltipla do desfecho perineal (ocorrência ou não de laceração perineal) e do grau da laceração perineal, foram incluídas no modelo inicial todas as variáveis com valor- $p < 0,20$  na análise bivariada, conforme referido no Método.

Quanto à idade materna, cada ano aumenta em 4% a chance de ocorrer laceração perineal. Em relação à duração do período expulsivo do parto, quando esta foi superior a 2 horas tiveram, as mulheres tiveram 2,8 vezes mais chance de terem laceração perineal. Em ambas as situações, aumentou não apenas a chance de ocorrerem lacerações, mas a chance de estas serem de segundo grau (Tabela 3).

Por sua vez, o parto vaginal é fator protetor para laceração perineal, pois cada parto vaginal anterior diminui em 56% a chance de laceração perineal. Em relação à posição no período expulsivo, as mulheres que deram à luz em posições não verticalizadas tiveram menos chance de ter laceração

perineal do que aquelas que deram à luz nas posições de cócoras, em pé ou de joelhos. Na posição lateral, a chance de ter laceração foi 67% menor, na posição de quatro apoios foi 56% menor e nas posições sentada e semi-sentada foi 51% menor. Em todas as situações acima, diminuiu não apenas a chance de ocorrerem lacerações, mas também de estas serem de segundo grau (Tabela 3).

**Tabela 2** - Distribuição das mulheres, segundo o desfecho perineal e as variáveis contínuas. São Paulo, SP, Brasil, 2016-2017

Variável	Íntegro		Laceração de 1º grau		Laceração de 2º grau		Valor-p
	n	Média (dp)	n	Média (dp)	n	Média (dp)	
Idade materna (anos)	49	27,5 (5,6)	257	27,6 (5,3)	109	28,7 (5,2)	0,190*
Nº de partos vaginais anteriores	30	1,3 (0,7)	69	1,2 (0,6)	16	1,0 (0,0)	0,173†
Peso do recém-nascido (g)	49	3204,0(399,7)	257	3235,7(373,4)	109	3266,7(357,3)	0,591*
Perímetro cefálico do recém-nascido (cm)	49	34,1 (1,2)	257	34,3 (1,3)	109	34,4 (1,1)	0,439*

\*ANOVA; †Teste Kruskal-Wallis.

**Tabela 3** - Modelo inicial e final da análise multivariada da relação entre a ocorrência de laceração e as variáveis maternas e assistenciais. São Paulo, SP, Brasil, 2016-2017

Variável	Modelo inicial		Modelo final		Valor-p*
	Valor-p*	OR	95% IC		
Idade materna (anos)	0,190	1,04	1,00-1,08		0,047
Nº de partos vaginais anteriores	0,173	0,44	0,31-0,63		<0,001
Duração do período expulsivo	<0,001				0,039
≤ 1 hora		1	-		
> 1 ≤ 2 horas		1,58	0,90-2,76		
> 2 horas		2,77	1,16-6,72		
Posição materna no parto	0,052				0,019
Vertical		1	-		
Sentada		0,49	0,26-0,91		
Semi-sentada		0,49	0,28-0,85		
Quatro apoios		0,44	0,23-0,83		
Lateral		0,33	0,15-0,73		
Parto na água	0,196				
Sim		1,14	0,71-1,85		
Não		1	-		

\*Teste de Wald.

Em relação ao reparo perineal após o parto, a maioria das lacerações de primeiro grau não foram suturadas (n=216;84,0%). O contrário aconteceu com as lacerações de segundo grau, em que a maioria foi suturada (n=77;70,6%) (p<0,001).

Mais da metade das lacerações de primeiro grau, quando reparadas, resultaram em complicações (n=24;58,5%), assim como as lacerações de segundo grau (n=54;70,1%), aumentando 2,5 vezes a chance de complicações no processo de cicatrização quando o reparo perineal foi realizado (OR=2,5; 95%IC 1,5-4,3; p<0,001).

Em relação às complicações, a dor e o edema foram as mais recorrentes, referidas por 53,6% (n=144) e 29,4% (n=79) das mulheres, respectivamente. A chance de a mulher sentir dor foi maior quando à laceração foi reparada, independentemente do grau da laceração (OR=2,1; 95%IC 1,1-3,9; p=0,029). A chance de ocorrer edema perineal foi também maior nos casos de reparo perineal das lacerações, tanto de primeiro como de segundo grau (OR=2,5; 95%IC 1,4-4,2; p=0,002).

Os métodos naturais no cuidado perineal após o parto foram usados em 51,8% (n=215) das mulheres. Ainda que as mulheres tenham utilizado um ou mais métodos (n=259), a aplicação local de gelo foi o prevalente (n=139;53,8%), seguido da compressa de calêndula com ou sem gelo (n=95;36,6%). Já os medicamentos após o parto foram usados em apenas 24,1% (n=100) das mulheres, sendo eles escopolamina, paracetamol ou diclofenaco sódico.

## DISCUSSÃO

No presente estudo, a idade materna esteve associada à laceração perineal, sendo que cada ano aumentou a chance de ocorrer laceração perineal, assim como mostra a literatura, em que o aumento da idade materna está associado a lacerações de segundo grau.<sup>9-12</sup>

A multiparidade é apresentada em vários estudos como fator protetor para lacerações perineais e maior incidência de períneo íntegro.<sup>13-15</sup> A população deste estudo foi majoritariamente de primigestas, porém após análise múltipla, foi observado que a chance de laceração perineal diminuiu para cada parto vaginal anterior.

O período expulsivo prolongado está claramente exposto na literatura como fator associado à ocorrência de lacerações perineais. É descrito que quanto mais prolongado o período expulsivo, maior a chance de lacerações espontâneas graves, com acometimento do esfíncter anal.<sup>13-15</sup>

No presente estudo, a relação entre a duração do período expulsivo e os desfechos perineais também corroboram com a literatura. A taxa de períneo íntegro diminuiu quando o tempo do período expulsivo aumentou. O mesmo aconteceu com as lacerações de primeiro e segundo graus: quanto maior a duração do período expulsivo mais frequente foi a ocorrência de lacerações perineais e de maior grau.

Vale destacar que no local de estudo, as mulheres têm liberdade para adotar diversas posições durante o parto; assim, houve diversidade nas posições e locais escolhidos pelas mulheres para o momento do parto, sendo elas: cócoras, sentada, quatro apoios, lateral, em pé e de joelhos e apenas uma mulher deu à luz em posição supina.

A posição supina pode estar associada a anormalidades nos batimentos cardio-fetais, maiores taxas de episiotomia e menor prevalência de parto vaginal espontâneo. A posição vertical, por sua vez, pode diminuir as taxas de episiotomia, o tempo de período expulsivo e a ocorrência de parto instrumental. Contudo, quando a mulher adota esta posição durante o período expulsivo, pode haver um aumento de lacerações de segundo grau, sem influência comprovada na ocorrência de lacerações mais graves, de terceiro e quarto graus.<sup>16-18</sup>

Assim como demonstrado na literatura, no presente estudo, a posição vertical aumentou a chance de laceração perineal de segundo grau e reduziu a taxa de períneo íntegro.

No que diz respeito à posição lateral, a mesma pode aumentar as taxas de integridade perineal, diminuir a ocorrência de episiotomia, de lacerações dos lábios vulvares e do edema local; além disso, quando comparada a outras posições, contribui para diminuir a ocorrência de lacerações

de segundo grau.<sup>16</sup> O mesmo resultado foi mostrado em estudo randomizado controlado em relação à posição quatro apoios.<sup>18</sup>

Igualmente, no presente estudo, houve maior taxa de períneo íntegro nas posições lateral e quatro apoios. Além destas, as posições sentada e semi-sentada foram protetoras para lacerações perineais quando comparadas à posição vertical.

O modelo de assistência à mulher durante a gestação e, principalmente, durante o parto, pode produzir um impacto no desfecho perineal. O cuidado contínuo de enfermeiras obstetras e obstetras realizado em CPN favorece uma considerável redução nas taxas de episiotomia, pois favorece que o parto ocorra de maneira fisiológica, com uso criterioso de intervenções e melhores desfechos maternos e neonatais.<sup>19</sup>

Como exposto na literatura, em ambientes de CPN há melhores desfechos perineais, com maiores taxas de períneo íntegro ou lacerações de primeiro grau e menores proporções de episiotomia.<sup>7,20</sup> No presente estudo, as lacerações foram majoritariamente de primeiro grau e, mais da metade delas, sem necessidade de reparo.

Na ocorrência de lacerações de primeiro e segundo graus, a recomendação do Ministério da Saúde brasileiro e do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), do Reino Unido, é de que todas as lacerações de segundo grau e aquelas de primeiro grau com as bordas não apostas sejam suturadas, a fim de uma melhor cicatrização.<sup>2,21</sup>

É possível supor, a partir do modelo de assistência ao parto adotado no local de estudo, que as profissionais usam as intervenções de maneira parcimoniosa. A realização do reparo perineal é um indício, já que em 67,7% das vezes as lacerações não foram suturadas.

Há indícios na literatura que deixar a pele por suturar pode reduzir a dor perineal e a dispareunia, porém não há estudos em longo prazo de que esta conduta não causará prejuízos em relação à cicatrização nos meses ou anos seguintes. Além disso, não há evidência de alta qualidade envolvendo a não-sutura de lacerações de primeiro e segundo graus para confirmar que esta prática é segura.<sup>1</sup>

Neste estudo, a realização ou não do reparo também foi analisada relacionando as complicações perineais mais comuns, sendo elas dor, edema, equimose e outras descritas no prontuário. Em geral, houve maior proporção de complicações nas lacerações que foram suturadas: 58,2% das lacerações de primeiro grau com sutura e 70,1% das lacerações de segundo grau.

Assim, como a literatura aponta um aumento na sensação de dor no grupo de mulheres que foram suturadas,<sup>1-3</sup> a população deste estudo mostrou maior frequência de dor, tanto entre mulheres com lacerações de primeiro como de segundo grau que sofreram reparo perineal. A ocorrência de edema também foi maior nessas mulheres.

Após o parto, é possível reduzir os desconfortos decorrentes do trauma perineal com técnicas farmacológicas e não farmacológicas. Métodos farmacológicos como anti-inflamatórios e analgésicos são prescritos pelos profissionais de saúde para alívio da dor, porém o uso destes medicamentos está associado a efeitos adversos, tais como, alterações gastrointestinais, hemorragias e reações alérgicas.<sup>22</sup> No entanto, mesmo que possam ocorrer tais efeitos adversos, as terapias medicamentosas são predominantes para alívio da dor.<sup>23</sup>

Por outro lado, o uso exacerbado de fármacos pode ser controlado pela prática de métodos não farmacológicos para alívio da dor.<sup>3</sup> No presente estudo, os métodos naturais de cuidado perineal foram utilizados em pouco mais da metade das mulheres. A compressa de gelo local foi a prática mais utilizada, sendo um dos métodos demonstrados como eficaz para o alívio da dor perineal.<sup>24</sup> Os outros métodos que foram utilizados, como compressa de tintura de calêndula e de chá de camomila, aparecem na literatura como capazes aumentar consideravelmente a velocidade da cicatrização de feridas perineais.<sup>25</sup>

Os resultados deste estudo trazem contribuições para o conhecimento a respeito dos fatores maternos e de assistência ao parto que podem influenciar a ocorrência de lacerações perineais, além de trazer informações sobre o manejo perineal após o parto. Bem como subsídios para mudanças nas práticas dos profissionais de saúde, que prestam assistência ao parto tanto em CPN como em ambiente hospitalar, as quais podem resultar em melhores desfechos perineais.

Dado que a literatura não é conclusiva quanto às evidências sobre vantagens e desvantagens do reparo das lacerações de primeiro e segundo grau, em relação ao processo de cicatrização e às complicações perineais, se fazem necessárias mais pesquisas a respeito da segurança da não realização da sutura, tendo em vista seus possíveis benefícios.

As limitações do presente estudo referem-se especialmente à coleta de dados de prontuários e ao delineamento transversal. As informações obtidas foram aquelas registradas pelas profissionais da Casa Angela, dependendo exclusivamente de sua qualidade e detalhamento.

Além disso, a análise dos métodos de cuidado perineal, uso de medicamentos e complicações perineais no pós-parto foi global (sem discriminação do momento de sua ocorrência), ou seja, não foi realizada a análise longitudinal dessas variáveis.

## CONCLUSÃO

Em relação aos desfechos perineais, houve prevalência de lacerações de primeiro grau, as quais atingiram mais da metade das mulheres e as de segundo grau afetaram mais de um quarto delas. Nenhuma mulher sofreu episiotomia.

As variáveis relacionadas com ocorrência e o maior grau das lacerações perineais foram o aumento da idade materna, o número menor de partos vaginais anteriores, a duração do período expulsivo acima de 2 horas e a posição vertical no parto. As posições lateral, quatro apoios, sentada e semi-sentada mostraram-se protetoras contra a ocorrência do trauma perineal.

O reparo perineal das lacerações de primeiro grau foi realizado em número reduzido de mulheres, ao passo que nem todas aquelas com laceração de segundo grau foram suturadas. Por sua vez, as complicações perineais no pós-parto (dor e edema) foram mais frequentes quando o reparo foi realizado, independentemente do grau da laceração.

Os métodos naturais de cuidado perineal após o parto foram usados em pouco mais da metade das mulheres, sendo a compressa de gelo e a compressa de tintura de calêndula, com ou sem gelo, os prevalentes.

## REFERÊNCIAS

1. Frohlich J, Kettle C. Perineal care. *BMJ Clin Evid* [Internet]. 2015 Mar [acesso 2018 Abr 25]; 3:1401. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4356152/>
2. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies; London(UK): NICE; 2014. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
3. Leeman L, Rogers R, Borders N, Teaf D, Qualls C. The effect of perineal lacerations on pelvic floor function and anatomy at 6 months postpartum in a prospective cohort of nulliparous women. *Birth* [Internet]. 2016 Dez [acesso 2018 Abr 25]; 43(4):293-302. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/birt.12258>
4. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Fev [acesso 2018 Abr 25]; 2:CD000081. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>

5. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2013 Mar [acesso 2018 Abr 25]; 13:59. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-13-59>
6. Leite JS. Caracterização das lacerações perineais espontâneas no parto normal [dissertação]. São Paulo (BR): Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2012.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria n 11 de 07 janeiro de 2015: Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente parto e nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília (BR): MS; 2015.
8. Alliman J, Phillippi JC. Maternal outcomes in birth centers: an integrative review of the literature. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2016 Jan-Fev [acesso 2018 Abr 25]; 61(1):21-51. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/jmwh.12356>
9. Omih EE, Lindow S. Impact of maternal age on delivery outcomes following spontaneous labour at term. *J Perinat Med* [Internet]. 2016 Out [acesso 2018 Abr 25]; 44(7):773-7. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1515/jpm-2015-0128>
10. Laganà AS, Terzic M, Dotlic J, Sturlese E, Palmara V, Retto G, et al. The role of episiotomy in prevention of genital lacerations during vaginal deliveries-results from two European centers. *Ginekol Pol* [Internet]. 2015 Mar [acesso 2018 Abr 25]; 86(3):168-75. Disponível em: [https://journals.viamedica.pl/ginekologia\\_polska/article/view/45752](https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/45752)
11. Wu LC, Malhotra R, Allen Jr JC, Lie D, Tan TC, Østbye T. Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2013 Dez [acesso 2018 Abr 25]; 288(6):1249-56. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1007/s00404-013-2897-6>
12. Hauck L, Lewis L, Nathan E, White C, Doherty D. Risk factors for severe perineal trauma during vaginal childbirth: a Western Australian retrospective cohort study. *Women Birth* [Internet]. 2015 Mar [acesso 2018 Abr 25]; 28(1):16-20. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2014.10.007>
13. Simic M, Cnattingius S, Petersson G, Sandström A, Stephansson O. Duration of second stage of labor and instrumental delivery as risk factors for severe perineal lacerations: population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2017 Fev [acesso 2018 Abr 25]; 17(1):72. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/s12884-017-1251-6>
14. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2013 Mar [acesso 2018 Abr 25]; 13:59. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-13-59>
15. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Mai [acesso 2018 Abr 25]; 5:CD002006. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>
16. Serati M, Di Dedda MC, Bogani G, Sorice P, Cromi A, Uccella S, et al. Position in the second stage of labour and de novo onset of post-partum urinary incontinence. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2016 Fev [acesso 2018 Abr 25]; 27(2):281-6. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1007/s00192-015-2829-z>
17. Kopas ML. A review of evidence-based practices for management of the second stage of labor. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2014 Mai-June [acesso 2018 Abr 25]; 59(3):264-76. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/jmwh.12199>

18. Zhang H, Huang S, Guo X, Zhao N, Lu Y, Chen M, et al. A randomised controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position in China. *Midwifery* [Internet]. 2017 Jul [acesso 2018 Abr 25]; 50:117-24. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.022>
19. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Abr [acesso 2018 Abr 25]; 4:CD004667. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
20. Pereira ALF, Lima TRL, Schroeter MS, Gouveia MSF, Nascimento SD. Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 Jan-Mar [acesso 2018 Abr 25]; 17(1):17-23. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100003>
21. Ministério da Saúde (BR). Diretriz Nacional de assistência ao Parto Normal: Relatório de Recomendações. Brasília (BR): Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Ministério da Saúde; 2016.
22. Eshkeviri L, Trout KK, Damore J. Management of postpartum pain. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2013 Nov-Dez [acesso 2018 Abr 25]; 58(6):622-31. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/jmwh.12129>
23. Peleckis MV, Francisco AA, Oliveira SMJV. Perineal pain relief after postpartum. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Abr 25]; 26(2):e05880015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005880015>
24. Paiva CSB, Oliveira SMJV, Francisco AA, Silva RL, Mendes EPB, Steen M. Length of perineal pain relief after ice pack application: a quasi-experimental study. *Womens Birth* [Internet]. 2016 Abr [acesso 2018 Abr 25]; 29(2):117-22. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.09.002>
25. Eghdampour F, Jahdie F, Kheyrikhah M, Taghizadeh M, Naghizadeh S, Hagani H. The impact of aloe vera and calendula on perineal healing after episiotomy in primiparous women: a randomized clinical trial. *J Caring Sci* [Internet]. 2013 Nov [acesso 2018 Abr 25]; 2(4):279-86. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5681/jcs.2013.033>

## **NOTAS**

### **CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA**

Concepção do estudo: Lopes GA, Leister N, Riesco MLG.

Análise e interpretação dos dados: Lopes GA, Leister N, Riesco MLG.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Lopes GA, Leister N, Riesco MLG.

Revisão e aprovação final da versão final: Lopes GA, Leister N, Riesco MLG.

### **APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo Parecer nº 2.026.634; Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 66506117.4.0000.5392.

### **CONFLITO DE INTERESSES**

Não há conflito de interesses.

### **HISTÓRICO**

Recebido: 14 de maio de 2018.

Aprovado: 12 de dezembro de 2018.

### **AUTOR CORRESPONDENTE**

Gisele Almeida Lopes

[giselealopes3@gmail.com](mailto:giselealopes3@gmail.com)

