## Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública

# Fatores associados à integridade perineal e à episiotomia no parto normal: estudo transversal

#### **Marina Gemma**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Condições Sociais.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Flora Maria Barbosa da Silva.

São Paulo 2016

# Fatores associados à integridade perineal e à episiotomia no parto normal: estudo transversal

#### **Marina Gemma**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Condições Sociais.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Flora Maria Barbosa da Silva.

Versão original São Paulo 2016

4		~		2
É expressamente proi	oida a comercializa eletrônica. Sua			sua forma rcial é
permitida exclusivame	nte para fins acadê	micos e científicos	s, desde que na r	
figure a identificação d	o autor, título, instit	uição e ano da tese	e/dissertação.	

À minha mãe, Marilinda, e ao meu irmão, Rafael, por sempre acreditarem em mim e por me fornecerem apoio e incentivo para seguir em direção ao que eu sonho e acredito.

Com amor.

#### **AGRADECIMENTOS**

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Flora Maria Barbosa da Silva, a quem admiro desde a graduação, pela orientação e solicitude em todos os momentos desta minha trajetória. Agradeço pelos conselhos, pelos ensinamentos e pela nossa convivência, que tanto contribuíram para a minha formação profissional e acadêmica.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Luiza Gonzalez Riesco e à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cristina d'Andretta Tanaka, por terem aceitado compor a banca da minha Defesa e por todas as valiosas contribuições para a confecção deste trabalho.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosemeire Sartori de Albuquerque, pelo carinho e generosidade de sempre e pelo auxílio na coordenação da coleta de dados desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Esteban Fernandez Tuesta, pela gentileza em me assessorar nas análises estatísticas.

Às enfermeiras obstétricas e funcionários do Serviço de Atendimento Médico e Estatístico do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, por terem contribuído para a obtenção dos dados desta pesquisa.

À obstetriz Mayara Gomes Portella, amiga da graduação para a vida, por ter se comprometido com tanto carinho e profissionalismo com a coleta de dados deste estudo.

À obstetriz Leonor Ramos Pinheiro, querida amiga da pós-graduação, pelo apoio e incentivo inefáveis durante este meu último ano do Mestrado e pela dedicação, de tempo e carinho, à leitura crítica da versão final da minha Dissertação.

Aos funcionários da Secretaria do Departamento de Saúde Materno-Infantil e da Secretaria de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública, por todas as informações e auxílios prestados.

À FAPESP, pelo financiamento da pesquisa que deu origem a este estudo.

À CNPq, pela bolsa de Mestrado.

A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento. – Platão

Gemma M. Fatores associados à integridade perineal e à episiotomia no parto normal: estudo transversal [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2016.

#### **RESUMO**

Introdução: Investigar os fatores associados à condição perineal no parto vaginal pode possibilitar modificações no cuidado com o períneo, de forma a contribuir para menores frequências de episiotomia e de lacerações perineais. Objetivos: Identificar os fatores associados à episiotomia; identificar os fatores associados à integridade perineal no parto vaginal; descrever os motivos apontados para a realização de episiotomia por enfermeiras obstétricas; e identificar as manobras de proteção perineal realizadas por enfermeiras obstétricas em um Centro de Parto Normal. Método: Estudo transversal com coleta de dados prospectiva por meio de formulário aplicado junto às enfermeiras obstétricas de um Centro de Parto Normal intra-hospitalar de São Paulo e que incluiu dados de todas as mulheres que deram à luz neste serviço no período de fevereiro de 2014 a janeiro de 2015. Na análise estatística, as associações entre as variáveis dependentes (episiotomia e integridade perineal) e as variáveis sociodemográficas, obstétricas e assistenciais foram estimadas por meio de Odds Ratios (OR), calculadas por meio de regressão logística binária univariada e múltipla com intervalos de confiança de 95% (IC 95%), no programa estatístico SPSS versão 20. Foram realizadas análises separadas para cada variável dependente. Os motivos para a realização de episiotomia e o uso de manobras de proteção perineal foram descritos por meio de frequências e porcentagens. O estudo foi aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições proponente e coparticipante. Resultados: Foram analisados os dados de 802 mulheres (frequência de episiotomia de 23,8%, 191 mulheres; integridade perineal de 25,9%, 208 mulheres; laceração perineal de 50,3%, 403 mulheres). Os fatores independentemente associados à episiotomia foram: não ter parto vaginal anterior (OR 26,72; IC 95% 15,42-46,30), uso de ocitocina durante o trabalho de parto (OR 1,69; IC 95% 1,12-2,57), puxos dirigidos (OR 2,05; IC 95% 1,23-3,43), intercorrência no trabalho de parto (OR 2,61; IC 95% 1,43-4,77) e posição semissentada no parto (5,45; IC 95% 1,06-28,01). O uso de uma manobra de proteção perineal (OR 0,11; IC 95% 0,04-0,26) ou de duas manobras ou mais (OR 0,09; IC 95% 0,04-0,22) se apresentou como fator de proteção contra a episiotomia. Em relação à integridade perineal, os fatores independentemente associados foram: ter parto vaginal anterior (OR 3,88; IC 95% 2,41-6,23) e cor da pele autorreferida não branca (OR 1,43; IC 95% 1,01-2,04). As indicações para episiotomia incluíram, predominantemente, motivos relacionados às condições e dimensões do períneo. As manobras de proteção perineal foram utilizadas em aproximadamente 95% dos partos vaginais, mas não impactaram as taxas de integridade perineal. **Conclusões:** As variáveis associadas à episiotomia incluíram, em sua maioria, fatores que podem ser controlados pelo profissional de saúde. Estas variáveis não impactaram as taxas de integridade perineal. Informar os profissionais que atuam na assistência ao parto e as mulheres que buscam esse atendimento sobre os fatores associados à condição perineal no parto vaginal pode contribuir para a redução da frequência de episiotomia e para preservar a integridade perineal no parto vaginal.

**Descritores:** episiotomia; períneo; parto obstétrico; saúde materno-infantil; estudos transversais.

Gemma M. Factors associated with perineal integrity and episiotomy in normal birth: cross-sectional study [dissertation]. São Paulo: Public Health School of University of São Paulo; 2016.

#### **ABSTRACT**

**Introduction:** To investigate factors associated with perineal condition in vaginal delivery can result in modifications in the perineal care, in order to decrease the frequency of episiotomy and perineal lacerations in the vaginal delivery. **Objectives:** To identify factors associated with an episiotomy; to identify factors associated with perineal integrity in vaginal delivery; to describe the reasons for performing an episiotomy by nurse-midwives; and to identify the perineal protection maneuvers performed by nurse-midwives in a Birth Centre. Methods: Cross-sectional study with prospective data collection carried out through the application of a form to nurse-midwives in an In-hospital Birth Centre located in São Paulo city, Brazil, which included all women who gave birth in this service from February 2014 to January 2015. In the statistical analysis, the associations between the outcome variables (episiotomy and perineal integrity) and the sociodemographic, obstetric and care-related variables were estimated by Odds Ratios (OR), calculated in univariate and multivariate binary logistic regression models with a 95% confidence intervals (95% CI), in the SPSS software, version 20. Separated analyses were performed for each one of the outcome variables. The reasons for performing an episiotomy and the use of perineal protection maneuvers were described as frequencies and percentages. The study was approved in the Research Ethics Committees of the proposing and the co-participant institutions. Results: Data of 802 women were analysed (frequency of episiotomy of 23.8%, 191 women; perineal integrity of 25.9%, 208 women; perineal laceration of 50.3%, 403 women). Factors identified as independently associated with an episiotomy were: no previous vaginal delivery (OR 26.72; 95% CI 15.42-46.30), oxytocin use during labour (OR 1.69; 95% CI 1.12-2.57), coached pushing (OR 2.05; 95% CI 1.23-3.43), complications during labour (OR 2.61; 95% CI 1.43-4.77) and semi-sitting position at delivery (OR 5.45; 95% CI 1.06-28.01). The use of a perineal protective maneuver (OR 0.11; 95% CI 0.04-0.26) or two maneuvers or more (OR 0.09; 95% CI 0.04-0.22) was a protective factor against an episiotomy. Regarding the perineal integrity, the factors independently associated to this condition were: a previous vaginal delivery (OR 3.88; 95% CI 2.41-6.23) and self-reported non-white skin color (OR 1.43; 95% CI 1.01-2.04). Most of the indications for an episiotomy included reasons related to perineal conditions and dimensions. The perineal protection maneuvers were used in nearly 95% of vaginal deliveries, but did not affect the perineal integrity rates. Conclusions: Most of the variables associated with an episiotomy were related to factors that can be controlled by the professional who provides labour and birth care. These variables did not influence the perineal integrity rates. To inform childbirth care professionals and women who are users of these services about the factors associated with the perineal condition at the childbirth can contribute for reducing the frequency of episiotomy and to preserve the perineal integrity in the vaginal delivery.

**Keywords:** episiotomy; perineum; delivery, obstetric; maternal and child health; cross-sectional studies.

## **SUMÁRIO**

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 ASSISTÊNCIA AO PARTO: UM BREVE REFERENCIAL HISTÓRICO	
1.1.1 A medicalização como ponto de partida de uma análise da assistência materna	ı 11
1.1.2 O parto patológico e a consolidação da prática médica em Obstetrícia	
1.1.3 A invasão do períneo feminino	
1.1.4 A demanda pela mudança de paradigma na assistência ao parto	16
1.2 MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E O CUIDADO PERINEAL	20
1.2.1 A busca por novos modelos de atenção ao parto	20
1.2.2 Trauma perineal: uma sinopse	22
1.2.3 Práticas para prevenção do trauma perineal no parto vaginal	26
1.3 EPISIOTOMIA À LUZ DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS	28
1.3.1 Dados Epidemiológicos	28
1.3.2 Episiotomia sob a ótica dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos	33
1.3.3 A relevância da questão da episiotomia para a Saúde Pública	36
2. OBJETIVOS	38
2.1 OBJETIVO GERAL	
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
3. MÉTODO	
3.1 DESENHO DO ESTUDO	38
3.2 LOCAL DO ESTUDO	
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	39
3.4 TAMANHO DA AMOSTRA	39
3.5 COLETA DE DADOS	39
3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO	41
3.6.1 Variáveis dependentes	41
3.6.2 Variáveis independentes	42
3.6.3 Outras variáveis	44
3.7 VIÉS	
3.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA	
3.9 ASPECTOS ÉTICOS	
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	
4.1 FATORES ASSOCIADOS À EPISIOTOMIA	
4.2 FATORES ASSOCIADOS À INTEGRIDADE PERINEAL	
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
7. ANEXOS	
7.1 ANEXO 1 - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FSP/USP	
7.2 ANEXO 2 - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HMLMB	
8. APÊNDICES	
8.1 APÊNDICE 1 - FORMULÁRIO CODIFICADO DA COLETA DE DADOS	
8.2 APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
8.3 APÊNDICE 3 - CURRÍCULO LATTES RESUMIDO DA ALUNA	
8.4 APÊNDICE 4 - CURRÍCULO LATTES RESUMIDO DA ORIENTADORA	11 <i>6</i>

### **APRESENTAÇÃO**

Este trabalho representa a conclusão do meu Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública oferecido pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. O formato de apresentação escolhido para esta Dissertação inclui manuscritos resultantes da pesquisa realizada na seção de Resultados. A modalidade de apresentação da Dissertação em formato de artigos tem sido adotada em algumas universidades com a finalidade de agilizar a divulgação dos achados científicos. A Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em deliberação da Comissão de Pós-Graduação na 9ª sessão de 2008, oficializou a inclusão desta opção de apresentação de Teses e Dissertações.

Dessa forma, a estrutura de um texto convencional de Dissertação foi mantida e os manuscritos foram anexados na seção de Resultados e Discussão, de forma a compreender os seguintes itens:

- 1. Introdução: apresenta a sistematização do conhecimento existente e a justificativa do trabalho realizado;
  - 2. Objetivos;
- 3. Método: descreve claramente o delineamento do estudo, a coleta de dados e os métodos estatísticos utilizados para a análise dos dados;
- 4. Resultados e discussão: contém a versão, em português, dos manuscritos "Fatores associados à condição perineal no parto podem ser controlados pelo profissional? Um estudo transversal sobre episiotomia" e "Manobras de proteção e trauma perineal no parto vaginal: estudo transversal em um Centro de Parto Normal, São Paulo, Brasil", formatados de acordo com as normas da revista **BMC Pregnancy and Childbirth** e segundo os critérios da diretriz STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology);
- 5. Considerações finais: ressalta os principais achados do estudo, de forma a responder os objetivos propostos, e apresenta sinteticamente as contribuições da pesquisa;
  - 6. Referências bibliográficas;
  - 7. Anexos:
  - 8. Apêndices.



### 1. INTRODUÇÃO

#### 1.1 ASSISTÊNCIA AO PARTO: UM BREVE REFERENCIAL HISTÓRICO

#### 1.1.1 A medicalização como ponto de partida de uma análise da assistência materna

Em nível mundial, o processo saúde-doença tem sido incluído no modelo biomédico, com suas raízes históricas vinculadas a uma visão mecanicista e reducionista do homem e da natureza (Davis-Floyd, 2003). A construção deste modelo ocorreu de forma intrínseca ao desenvolvimento da sociedade ocidental (Davis-Floyd, 2001; Rose, 2007), de maneira a refletir e perpetuar os valores e crenças fortemente orientados ao progresso, alta tecnologia, lucro econômico e patriarcalismo (Davis-Floyd, 2001, 2003). Ao longo dos anos, a evolução do saber na área das ciências biológicas originou uma autoridade que se expandiu de maneira a incorporar eventos antes considerados parte da vida cotidiana no âmbito do domínio médico. O estudo deste fenômeno por filósofos e cientistas sociais resultou na introdução do termo *medicalização* nas publicações médicas e acadêmicas (McLellan, 2007; Metzl e Herzig, 2007).

Em 1976, o filósofo Ivan Illich, em seu livro *Limites para a Medicina. Nêmesis médica: a expropriação da saúde*, argumentou que a hegemonia médica estabelecia uma ameaça à saúde por meio da produção de iatrogenia clínica, cultural e social, uma vez que a medicalização da vida humana tornava os indivíduos e sociedades menos capazes de lidar com os processos naturais - sexualidade, nascimento, envelhecimento, morte, entre outros (Illich, 1976). A partir de então, o termo ganha um significado mais complexo, afastando-se da visão do paciente como um sujeito passivo de imposição médica para assumir a qualidade de um diálogo contínuo e frequentemente conflituoso entre as partes (Tomes, 2007).

No entanto, é importante reconhecer o conhecimento médico como parte constitutiva do ser humano do século XXI, visto que possibilitou a compreensão, por razões científicas, do corpo e mente humanos (Rose, 2007). A Medicina possibilitou a reformulação dos relacionamentos em sociedade e do ser humano com o mundo ao evitar doenças, poupar vidas e diminuir o sofrimento humano decorrente do adoecimento, o que resultou na promoção da saúde individual e coletiva, de maneira a contribuir para o crescimento da população (Tomes, 2007). Dessa forma, a medicalização, em si, configura o ponto inicial de uma análise e não a sua conclusão, especialmente porque o modelo dominante de assistência à saúde encontra-se mais fundamentado no contexto cultural do que na ciência. A tecnologia reina soberana e as experiências humanas são geralmente medicalizadas, pois estão mais investidas de sentido cultural do que de eventos científicos (Davis-Floyd, 2001, 2003).

Um dos principais valores subjacentes ao modelo biomédico é o conceito paradoxal, sóciohistoricamente construído, do próprio corpo humano, que é, simultaneamente, uma criação
natural e um ponto focal da cultura. Para permitir a sua dissociação da natureza, o homem, no
século XVII, separou filosoficamente a mente do corpo, de forma que a sua essência cultural
superior de *humano* - a mente - pudesse permanecer preservada, ao passo que o corpo - parte
meramente mecânica da natureza - pudesse ser separado, estudado e reparado, originando,
assim, a visão mecanicista do corpo humano - o corpo como uma máquina (Descartes, 2001;
Davis-Floyd, 2001, 2003; Martins, 2004).

Em um contexto social patriarcal, essa metáfora do corpo-máquina tornou o corpo masculino o protótipo médico do funcionamento adequado do corpo humano. Dessa forma, o corpo feminino e o seu "padrão desviante" foram considerados como defeituosos e sob forte influência da natureza, difundindo-se no imaginário dos indivíduos como imprevisível, imperfeito, inseguro e, logo, passivo de constante manipulação e controle (Vieira, 1999; Davis-Floyd, 2001, 2003). A partir disto, os eventos da gravidez e do parto também foram submetidos à necessidade de controle médico, transformando não somente a forma como os procedimentos eram administrados, mas também a maneira como a sociedade se relacionava com estes eventos (Diniz e Chacham, 2002).

#### 1.1.2 O parto patológico e a consolidação da prática médica em Obstetrícia

Até a primeira metade do século XX, a assistência ao parto era prestada majoritariamente por mulheres - parteiras - e no domicílio, sendo a participação do homem - médico - restrita a casos específicos, diante a necessidade de auxiliar partos laboriosos ou realizar procedimentos cirúrgicos (Osava, 1997; Diniz e Chacham, 2002; Rattner, 2009; Dahlen et al., 2011). O manejo do trabalho de parto e parto era responsabilidade quase exclusiva das parteiras e a experiência reprodutiva feminina era parte do conhecimento de domínio das mulheres. Contudo, há poucos registros sobre as práticas das parteiras no cuidado durante o parto, o que, em grande parte, se deve à exclusão das mulheres das instituições educacionais por um longo período da história (Vieira, 1999; Dahlen et al., 2011).

A inserção do homem no cenário do nascimento foi gradual. Apesar de o médico (cirurgião-barbeiro) ter se aproximado do parto no final do século XVI, em virtude do advento da criação do fórceps, foi ao longo do século XVIII que a presença do "homem-parteiro" e o uso de tecnologias no parto se expandiram (Diniz e Chacham, 2002; Deslandes e Dias, 2006; Dahlen et al., 2011). No século XIX, diante as precárias condições de vida e saúde, os médicos, em parceria com as autoridades governamentais, consolidaram a sua participação em

fenômenos antes considerados naturais e da vida cotidiana, de forma a promover a saúde individual e coletiva. Dessa forma, ao longo do século XX, a assistência pré-natal e o parto aproximaram-se do ambiente hospitalar como cuidado a ser oferecido a todas as mulheres e a Obstetrícia como especialidade médica ganhou maior reconhecimento (Diniz e Chacham, 2002; Deslandes e Dias, 2006; Rose, 2007).

A medicalização do parto e a visão do corpo-máquina defeituoso foram acompanhados pela institucionalização de uma série de técnicas e práticas clínicas, cujo objetivo era possibilitar o monitoramento e o controle do processo de parturição. Com isto, o uso de tecnologias no parto foi legitimado como o saber apropriado, ao passo que demandava cada vez mais intervenção médica (Diniz e Chacham, 2002; Foucault, 2004; Deslandes e Dias, 2006; Dahlen et al., 2011). O advento da Revolução Industrial também influenciou o cenário obstétrico por meio de uma maior valorização do uso da tecnologia e da visão mecanicista do corpo humano (no caso, o corpo feminino) e por meio do estabelecimento do processo de trabalho das maternidades, geralmente priorizando o nascimento de um bebê saudável à satisfação materna. Isto caracterizou a assistência ao parto como uma linha de produção, de forma que pudesse ser manipulada e adequada para atender às demandas dos serviços de saúde (Osava, 1997; Davis-Floyd, 2001; Diniz e Chacham, 2002; Deslandes e Dias, 2006; Rattner, 2009).

Um modelo de assistência fundamentado na medicalização, na mecanização do corpo humano, na superestimação da tecnologia e na padronização do processo de trabalho tende a "objetificar" os pacientes, conferindo aos médicos e aos hospitais a autoridade e a responsabilidade pelo processo de tomada de decisões (Tanaka, 1995; Davis-Floyd, 2001, 2003). A despersonalização do atendimento, por sua vez, reforça o próprio uso da tecnologia, visto que a clínica (exame físico e entrevista) se torna secundária na geração de conhecimento científico e na formulação de hipóteses diagnósticas. O paciente, consequentemente, torna-se a-histórico, uma vez que seus antecedentes clínicos e familiares são subjugados ao uso da tecnologia (Tanaka, 1995). No caso da assistência ao parto, especificamente, este modelo tende a despersonalizar a mulher já no momento da admissão no hospital com a solicitação para vestir a camisola hospitalar; a suprimir sua sexualidade por meio de procedimentos técnicos como, por exemplo, exames vaginais periódicos, raspagem dos pelos pubianos (tricotomia) e episiotomia; e a diminuir seu papel central e autonomia sobre a situação (Davis-Floyd, 2001; Diniz e Chacham, 2002; Rattner, 2009).

Em síntese, pode-se dizer que a Obstetrícia moderna está alicerçada nessas metáforas do corpo feminino como uma máquina imperfeita e do parto como um evento patológico, com

grande potencial para causar danos à mãe e ao feto e que, consequentemente, necessita de intervenção para a prevenção de complicações (Davis-Floyd, 2001; Diniz e Chacham, 2002; Deslandes e Dias, 2006; Rattner, 2009; Dahlen et al., 2011). Além de tentar controlar a imprevisibilidade do parto, o foco das principais intervenções é conformar a sua duração ao processo de produção dos cuidados hospitalares, no qual o suporte físico e emocional à mulher é frequentemente negligenciado (Deslandes e Dias, 2006; Rattner, 2009). Tal modelo de assistência é evidenciado pela própria literatura obstétrica e neonatal, essencialmente baseada em observações de um parto "medicalizado" (Wagner, 2001), como, por exemplo, as descrições sobre o mecanismo do parto, sobre as técnicas assépticas e de incisão e sutura, bem como a delimitação de tempo e de condutas para se atingir um desfecho "ideal", de forma a padronizar um processo que é dinâmico e singular para cada parturiente. Todo este conjunto nega a capacidade da mulher de parir com segurança e sem intervenções dos profissionais de saúde, destinando a ela um papel cada vez mais passivo na cena do parto. Consequentemente, reforçase, na sabedoria popular, a ideia de que a parturição depende e pertence ao conhecimento médico (Diniz e Chacham, 2002; Deslandes e Dias, 2006).

#### 1.1.3 A invasão do períneo feminino

Na interpretação do desenvolvimento da "Obstetrícia patológica", o períneo feminino também ganhou visibilidade, tornando-se, com frequência, um local de intervenção cirúrgica, dada a sua potencial ameaça ao feto (e, consequentemente, à mãe) decorrente da resistência imposta pelo assoalho pélvico ao desprendimento do bebê. Historicamente, o cuidado perineal foi um importante foco da assistência ao parto e uma de suas primeiras descrições data do século I e II, quando o médico grego Sorano de Éfeso escreveu seu tratado *Ginecologia*, no qual, na seção relativa ao parto, instruía as parteiras a aliviarem as dores da mulher por meio da colocação de panos banhados em óleo quente ao longo do abdome e vulva, bem como a apoiarem o períneo com uma almofada de linho enquanto a cabeça fetal pressionava essa região durante o desprendimento (Martins, 2004; Dahlen et al., 2011).

Até meados do século XIX, o parto pertencia à esfera privada e, geralmente, era vivenciado entre mulheres. Isso torna-se evidente quando se analisa a etimologia da palavra "Obstetrícia" no vocabulário inglês, *Midwifery*, que deriva da palavra *Midwife* e, de modo literal, significa "mulher que está com a esposa (que designa a mulher ou mãe) durante o nascimento" (Martins, 2004). O parto era, então, um evento social, no qual as mulheres eram solidárias umas com as outras, demonstrando apoio e zelo não só no momento do parto, mas na organização do local, na atenção com as roupas e alimentação da parturiente, nos preparativos dos detalhes que o

ritual do parto pudesse incluir (ervas, amuletos, preces, etc.) e, inclusive, durante o puerpério, até que a mulher pudesse retomar suas atividades cotidianas (Osava, 1997; Martins, 2004; Dahlen et al., 2011).

Muito do conhecimento e sabedoria das parteiras foi perdido pela destruição de grandes quantidades de obras literárias pela Igreja, a partir do século XVI (Vieira, 1999; Martins, 2004; Dahlen et al., 2011). Os poucos materiais preservados, em contrapartida aos escritos masculinos emergentes do século XVII, descrevem os eventos biológicos do parto incorporados ao contexto social (da mulher, família e domicílio) e defendem a manipulação comedida da vagina e do períneo, a espera paciente pelo desprendimento fetal e o uso de ervas e óleos para a unção perineal (Dahlen et al., 2011).

Nos relatos da prática obstétrica, acumularam-se os registros de intervenções, na medida em que a presença do homem na cena do parto aumentou e se consolidou (Martins, 2004; Dahlen et al., 2011). Esta crescente atuação dos médicos no cuidado das parturientes explicase pela expansão da produção do conhecimento relativo às ciências biológicas (anatomia e fisiologia) e seu crescente interesse pelo estudo do corpo feminino. Além disso, a regulamentação da prática das parteiras pelas autoridades governamentais e igreja, de forma a evitar abortos e infanticídios e garantir o crescimento da população, também legitimou a atuação médica e contribuiu para o conflito ideológico da disputa profissional entre médico e parteira (Vieira, 1999; Martins, 2004).

A partir do século XVIII, um modelo de cuidado obstétrico cirúrgico despontou na literatura médica. Houve um maior interesse pelo mecanismo do parto e a passagem do feto pelo canal vaginal passou a ser interpretada como uma ameaça ao bem-estar do recém-nascido, especialmente em relação à resistência imposta pelo períneo à cabeça e pescoço fetal. Nessa época, em 1741, Sir Fielding Ould, obstetra irlandês, publicou a primeira descrição de uma incisão na região vulvoperineal para auxiliar o desprendimento do feto em partos laboriosos (i.e. episiotomia) (Mattar et al., 2007). Igualmente, ampliou-se a imposição da postura horizontal às mulheres no momento do parto, ao invés de permitir uma posição de sua escolha, o que facilitou o acesso dos profissionais de saúde ao períneo e o tornou suscetível às intervenções (Dahlen et al., 2011). Concomitantemente, todo um arsenal cirúrgico (pinças, tesouras, fórceps, técnicas assépticas e anestésicas, campos estéreis, imobilizadores, etc.) foi desenvolvido nos contextos da supremacia dos obstetras no cuidado durante o parto; da caracterização patológica do períneo; e do rápido desaparecimento do apoio e cuidado social no parto e no manejo perineal (Martins, 2004; Dahlen et al., 2011).

A transformação do parto em um evento de risco, portanto, legitimou a presença do médico na cena do parto e o qualificou como o profissional capaz de oferecer segurança neste evento imprevisível. Nas últimas décadas do século XX, a instituição médica havia alcançado a hegemonia no atendimento obstétrico e a maior parte dos partos ocorria em ambiente hospitalar (Osava, 1997; Diniz e Chacham, 2002; Rattner, 2009). A institucionalização e assepsia do parto contribuíram para a transformação da maneira como a mulher se comportava durante este evento e dos cuidados oferecidos nesta ocasião: houve um processo de isolamento, no qual a mulher, quando adentrava o hospital, era separada de suas roupas, pertences e pessoas queridas, submetendo-se às rotinas hospitalares. Da mesma maneira, houve uma transformação última do períneo em sítio cirúrgico por meio da tricotomia, de forma a favorecer o corte perineal (Osava, 1997; Dahlen et al., 2011).

Ao longo da história, observam-se, portanto, dois modelos dicotômicos de cuidado perineal: um no qual o objetivo principal era a preservação do períneo e o conforto da mulher (modelo social, geralmente prestado por parteiras) e outro no qual as complicações eram antecipadas e a cirurgia vista como uma intervenção necessária para garantir a segurança materna (modelo cirúrgico, geralmente praticado por médicos). A invasão do períneo, evidenciada, ao longo dos anos, pela prática sistemática da episiotomia, pode representar, então, este modelo de assistência ao parto que predomina ao redor do mundo, intervencionista e reduzido aos aspectos biológicos do processo de parturição (Dahlen et al., 2011), no qual grande parte das intervenções e tecnologias incorporadas à rotina assistencial se legitimam mesmo sem a existência de evidências científicas que recomendem a sua utilização. Tal conjuntura enfatiza a influência do contexto cultural na constituição do sistema de saúde e, consequentemente, revela a importância da implementação do cuidado baseado em evidência na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, bem como a relevância da valorização do parto e nascimento como um evento emocional e familiar (WHO, 1985; Davis-Floyd, 2001; Deslandes e Dias, 2006; Dahlen et al., 2011).

#### 1.1.4 A demanda pela mudança de paradigma na assistência ao parto

Se, por um lado, o processo de medicalização se desenvolveu ao longo dos séculos, por outro, o uso de tecnologias durante a gestação e o parto se expandiu rapidamente, especialmente na segunda metade do século XX, com o objetivo de normatizar o processo de parturição e obter bons resultados materno-fetais. De forma geral, esta busca pelo aperfeiçoamento da qualidade da assistência ao parto favoreceu a adoção acrítica de intervenções, muitas vezes

desnecessárias e dolorosas, sem a devida avaliação de sua efetividade ou segurança (Diniz e Chacham, 2002).

É preciso ressaltar que o avanço do conhecimento e a modernização das intervenções e dos cuidados na área de saúde trouxeram benefícios para as mulheres. O uso de tecnologias em saúde contribuiu para a melhora do quadro mundial de saúde materno-infantil (Cutler e McClellan, 2001; Souza e Pileggi-Castro, 2014), favorecendo, entre outros indicadores, a redução da mortalidade materna e perinatal (Victora et al., 2001; United Nations, 2015). No entanto, no contexto da Saúde Pública, estas melhorias na saúde materna e perinatal associamse também ao salto de qualidade observado em quase todos os outros indicadores de saúde da mulher, bem como em relação ao acesso aos serviços de saúde. Estes incluem: melhor estado nutricional e educacional da população (IBGE, 2013; IPEA e SPI, 2014), redução do número de mulheres tabagistas (Laranjeira et al., 2013), redução da taxa de fecundidade, maior cobertura e início precoce do acompanhamento pré-natal, intervalos maiores entre os partos, maior cobertura da imunização, melhor rastreamento para diagnóstico de infecções, entre outros (Berquó et al., 2008; Victora et al., 2011; IBGE, 2013). Todas estas mudanças contribuíram para a diminuição das mortes e doenças associadas ao parto e nascimento.

Há uma tendência em associar o uso de tecnologias a melhores desfechos materno-fetais, sem considerar, no entanto, os potenciais efeitos adversos dessas intervenções (Diniz, 2009; Souza e Pileggi-Castro, 2014; Riesco, 2014). A medicalização e/ou o uso abusivo das tecnologias não são isentos de risco à saúde das mulheres, fetos e recém-nascidos e podem desencadear intervenções inapropriadas e produzir danos iatrogênicos (Diniz, 2009; Souza e Pileggi-Castro, 2014). Tal situação configura o chamado *paradoxo perinatal*, em que se observa o adoecimento e/ou morte de mulheres e recém-nascidos tanto pela ausência quanto pelo uso inadequado da tecnologia, apesar da ampla utilização dos recursos de saúde (Rosenblatt, 1989; Diniz, 2009).

Neste contexto, a *cascata de intervenções* na assistência ao parto contribui para o desfecho desfavorável do cuidado clínico. O efeito cascata consiste em situações na qual uma intervenção inicial é seguida por eventos que têm efeito direto no bem-estar da mulher e do bebê e que frequentemente demandam outras intervenções para suas correções. Na medida em que essa cascata progride, é mais difícil controlá-la e, não raro, os envolvidos nesta situação não conseguem reconhecer a causa do problema (Mold e Stein, 1986; Wagner, 2001). No entanto, geralmente, considera-se o risco de efeitos desagradáveis associados às intervenções menos importante do que os benefícios de ser capaz de reconhecer problemas que, de outra forma, passariam despercebidos. Frequentemente, na vigência de um desfecho desfavorável, os

profissionais de saúde atribuem as complicações ao próprio processo de parturição e não às intervenções realizadas (Mold e Stein, 1986; Wagner, 2001; Mattar et al., 2007).

A crítica ao modelo de assistência obstétrica medicalizado e tecnicista se desenvolveu de várias maneiras: a partir das ações de profissionais dissidentes que atuavam na assistência ao parto, dos questionamentos de profissionais de outras áreas de conhecimento (Ciências Sociais e Saúde Pública, por exemplo) (Davis-Floyd, 2001, 2003; Hotimsky, 2007), além do envolvimento de movimentos sociais como o movimento *hippie* e, especialmente, o feminismo (Diniz, 2005). Na década de 1970, aproximadamente, iniciou-se um movimento internacional que demandava mudanças de paradigma na assistência ao parto ao exigir o uso adequado de tecnologia, uma interação de qualidade entre parturiente e cuidador, o resgate da posição central da mulher durante o parto e o respeito à sua dignidade, autonomia e controle sobre a situação (Diniz e Chacham, 2002; Diniz, 2005).

Como resultado deste movimento, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizaram, em 1985, uma conferência sobre tecnologia apropriada no parto, que resultou na publicação de algumas recomendações que defendiam o trabalho conjunto da sociedade, profissionais de saúde e autoridades governamentais com a finalidade de oferecer uma assistência ao parto com o mínimo possível de intervenção compatível com a segurança materna e fetal (WHO, 1985). Posteriormente, em 1996, a OMS revisou o conhecimento acumulado sobre tecnologias no parto e publicou um documento no qual as rotinas assistenciais em Obstetrícia foram classificadas quanto à sua segurança e efetividade, de forma a incentivar condutas benéficas e abolir práticas comprovadamente danosas e ineficazes (WHO, 1996). No Brasil, este documento tornou-se conhecido como *Manual das boas práticas* e foi distribuído pelo Ministério da Saúde, no ano 2000, a todos os profissionais que atuavam na assistência ao parto (Diniz, 2005).

Esse movimento internacional, no Brasil e nos países de língua latina, recebeu o nome de *Humanização do parto e nascimento*, mas é também denominado, ao redor do mundo, de *cuidado baseado em evidências, parto ativo, assistência amiga da mulher*, entre outros (Diniz e Chacham, 2002). A "humanização" é um termo polissêmico e o seu sentido depende da perspectiva que for adotada (Diniz, 2005; Rattner, 2009). No entanto, a mais comumente utilizada pelos movimentos sociais - e eventualmente adotada neste estudo - refere-se a um modelo de cuidado baseado em evidências científicas sobre a segurança e eficácia das condutas empregadas, bem como no respeito e promoção dos direitos das mulheres e crianças (Diniz e Chacham, 2002).

No contexto brasileiro, especificamente, o uso sistemático de alguns procedimentos reconhecidamente danosos (posição litotômica durante o parto, episiotomia, administração intravenosa de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, uso de puxos dirigidos, entre outros) ainda fazem parte da rotina de cuidados da maioria dos serviços de maternidade, pois há uma tímida mudança nacional no sentido de incorporar as recomendações baseadas em evidências científicas aos cuidados intraparto (Diniz e Chacham, 2002; Leal MC et al., 2014). No entanto, desde a década de 1990, iniciativas governamentais buscam estimular o uso apropriado da tecnologia pelos profissionais de saúde (especialmente no que se refere à redução das taxas de cesariana) e a humanização do parto e nascimento. Estas estratégias incluem medidas como o incentivo à qualificação de enfermeiras obstétricas e obstetrizes e sua inserção na assistência ao parto vaginal de risco habitual e a criação de Centro de Parto Normal (CPN) como opção ao parto hospitalar para as gestantes de risco habitual (Osava, 1997; Diniz e Chacham, 2002; Diniz, 2005).

Igualmente, políticas de saúde como, por exemplo, o *Programa de Humanização no Prénatal e Nascimento* (Ministério da Saúde, 2000) e a Lei federal nº 11.108/2005 (Brasil, 2005), conhecida como *Lei do acompanhante*, foram instituídas com vistas a estimular o aprimoramento do sistema público de saúde e fortalecer os esforços na busca do uso apropriado da tecnologia e da humanização do parto. Mais recentemente, iniciativas governamentais têm se dedicado à regulamentação de normas para o estímulo do parto vaginal e a consequente redução de cesarianas desnecessárias em hospitais privados. Estas iniciativas incluem o acesso das beneficiárias às informações sobre os percentuais de cesariana e de parto normal por médico, operadora de plano de saúde e por estabelecimento de saúde, de forma a possibilitar que a mulher considere tais aspectos em sua decisão sobre a escolha do profissional obstetra e sobre o local ou via de parto (ANS, 2015).

Os obstáculos para implementação deste novo modelo de assistência incluem a inadequação da estrutura física dos serviços de maternidade para a assistência à mulher no parto vaginal; a formação acadêmica de caráter predominantemente biomédico dos profissionais de saúde; a distribuição deficiente dos recursos humanos e materiais nos serviços de saúde; e a resistência à mudança do padrão assistencial por parte dos médicos, população e outros profissionais de saúde. Esta resistência passa tanto por questões técnicas quanto pela expectativa, percepção, conveniência e interesse econômico em relação ao parto e sua assistência, uma vez que, quando comparada ao parto vaginal, a cesariana é mais rápida e melhor remunerada, especialmente nos serviços de saúde suplementar (WHO, 1985; Diniz e Chacham, 2002, 2004; Grant, 2005; Barros et al., 2011). No entanto, há uma tendência mundial

que considera a melhoria da qualidade da assistência (i.e. assistência obstétrica baseada em evidências científicas, orientada pelos direitos das mulheres e crianças e centrada na parturiente) o caminho mais promissor para tornar o parto mais seguro e também diminuir a demanda por cesárea (Diniz e Chacham, 2002; FIGO et al., 2015).

#### 1.2 MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E O CUIDADO PERINEAL

#### 1.2.1 A busca por novos modelos de atenção ao parto

O modelo de trabalho da parteira, de suporte e encorajamento, foi substituído por uma nova Obstetrícia, técnica e científica, na qual os indicadores de morbimortalidade materna e perinatal permanecem insatisfatórios a despeito das altas taxas de parto operatório, gerando um alto custo econômico e sanitário (Osava, 1997). Segundo Wagner (2001), o cuidado de maternidade pode incluir a combinação de duas abordagens: de valorização da mulher como copartícipe e corresponsável pelo cuidado ou de imposição excessiva de controles externos por meio do uso de intervenções (drogas e procedimentos cirúrgicos). Observa-se, portanto, a existência de três tipos de serviço de maternidade: o *modelo tecnocrático* (Davis-Floyd, 2001), altamente medicalizado, de alta tecnologia, centrado no médico e/ou instituição de saúde e com profissionais não médicos marginalizados da assistência (Wagner, 2001); o *modelo humanizado*, com forte atuação de enfermeiras obstétricas e obstetrizes e com taxas de intervenções mais baixas (Wagner, 2001; Sandall et al., 2015); e o *modelo intermediário*, que mescla as duas abordagens (Wagner; 2001).

Em termos de instituições de saúde, se o processo de implementação da humanização do parto for compreendido como um *continuum* dinâmico e ainda em construção no contexto brasileiro, conforme proposto por Vogt et al. (2011), em uma extremidade situam-se os hospitais sem a incorporação de práticas baseadas em evidências científicas que favoreçam o parto fisiológico - representativos do modelo obstétrico vigente - e, no extremo oposto, o CPN como modelo menos intervencionista e mais humanizado. Sinteticamente, no hospital convencional a assistência é prestada exclusivamente por médicos e residentes em Obstetrícia, enquanto que no CPN a assistência é prestada por enfermeiras obstétricas e obstetrizes. Nos hospitais do modelo intermediário, a equipe de trabalho é composta por profissionais médicos e não médicos, como obstetrizes e enfermeiras obstétricas (Vogt et.al, 2011; Hodnett et al., 2012; Sandall et al., 2015).

Wagner (2001) afirma que nenhuma paciente tem o controle absoluto dentro de um hospital, onde, mesmo quando é dado à parturiente o poder de decisão sobre determinados procedimentos do cuidado de maternidade, os médicos ainda decidem quais são as opções

oferecidas e se consentirão com as escolhas das mulheres. De acordo com Hodnett et al. (2012), no hospital convencional, a sala de parto tem estrutura física similar às demais alas de internação de pacientes doentes, reforçando a visão do parto como um evento de risco. Desde 1970, com a crítica à abordagem tecnocrática do nascimento, contextos alternativos de assistência ao parto têm sido construídos e incentivados, de forma a apoiar o parto vaginal para mulheres saudáveis. Tais contextos são planejados para serem semelhantes ao domicílio, de maneira a propiciar um ambiente mais acolhedor, familiar e que procure favorecer a fisiologia do processo de parturição, com a finalidade de possibilitar a diminuição da ansiedade e do medo e a promoção da mobilidade e da sensação de controle sobre a situação pela parturiente (Hodnett et al., 2012). A busca por estes novos modelos assistenciais também visa a valorização do parto como um evento emocional e familiar (WHO, 1985; Ministério da Saúde, 2001).

Estes ambientes institucionais alternativos constituem os supracitados Centros de Parto Normal, que podem ou não estarem separados geograficamente dos hospitais, i.e. extrahospitalares ou intra-hospitalares. O CPN intra-hospitalar (conhecido, nos países de língua inglesa, como *In-hospital birth centre*) faz parte do hospital convencional e consiste em quartos independentes, mas próximos à ala convencional de parto (conhecida, no Reino Unido, como *Obstetric unit*). As unidades construídas em outro piso ou área dentro da mesma planta física do hospital são denominadas de CPN peri-hospitalar (ou *Alongside birth centre*), enquanto que o CPN extra-hospitalar, também chamado de Casa de Parto (ou, em países de língua inglesa, de *Freestanding birth centre*), é construído em uma área física independente, mas, com frequência, está articulado administrativamente ao hospital (Brocklehurst et al., 2011; Hodnett et al., 2012).

Todas estas unidades são destinadas à assistência ao parto vaginal de mulheres de risco habitual e as enfermeiras obstétricas e obstetrizes têm a responsabilidade primária pelo cuidado. Estes serviços possuem uma orientação filosófica (ou cultura de prática) voltada para a promoção do parto vaginal, que valoriza o mínimo de intervenção e a promoção da liberdade e controle da mulher no trabalho de parto e parto (WHO, 1996; Ministério da Saúde, 1999; Hodnett et al., 2012). No Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o CPN foi criado, em 1999, para o atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal como estratégia para melhorar a qualidade da assistência à gestação e ao parto, de forma a humanizar o atendimento e possibilitar a redução das taxas de cesariana e de mortalidade perinatal e materna - especialmente no que se refere aos óbitos por causas evitáveis. Estes serviços são liderados por enfermeiras obstétricas e obstetrizes, que conduzem o trabalho de parto e parto e são capacitadas para a identificação de distócias, sendo os médicos (obstetras e neonatologistas) a

equipe de apoio aos partos que necessitem de resolução cirúrgica ou manejo de intercorrências clínicas e obstétricas (Ministério da Saúde, 1999; Ministério da Saúde, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, em 2011, o Brasil possuía mais de 25 Centros de Parto Normal (Portal Brasil, 2011). O investimento e interesse por estes modelos de atenção ao parto aumentaram a partir de 2014, incluindo a participação do Setor de Saúde Suplementar (Portal Brasil, 2015) e a aprovação de propostas para a criação de novos Centros de Parto Normal ao longo do território nacional, tanto em nível público quanto privado (Portal da Saúde, 2014; Portal da Saúde, 2015; Ministério da Saúde, 2015). No entanto, apesar de dispor sobre a possibilidade de atuação autônoma do CPN (i.e. CPN extra-hospitalar) no momento da criação destes serviços no SUS (Ministério da Saúde, 1999), o Ministério da Saúde, em sua política mais atual, incentiva somente a implantação e habilitação dos Centros de Parto Normal intra-hospitalares e peri-hospitalares (Ministério da Saúde, 2015).

A literatura científica, nacional e internacional, tem evidenciado que estes serviços buscam utilizar as práticas obstétricas recomendadas pela OMS (uso criterioso de intervenções e incentivo às boas práticas de atenção ao parto - alimentação, deambulação, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e uso de partograma). Os resultados maternos e neonatais são semelhantes ao de contextos hospitalares, mas com menores taxas de intervenções, sendo estas: analgesia regional, parto instrumental ou operatório, uso de ocitocina intravenosa para condução do trabalho de parto e realização de episiotomia (Riesco et al., 2009; Lobo et al., 2010; Riesco et al; 2011; Vogt et al., 2011; Brocklehurst et al., 2011; Schneck et al., 2012; Silva et al., 2012; Hodnett et al., 2012; Silva et al.; 2013; Sandall et al. 2015). Vale ressaltar que as taxas de trauma perineal e episiotomia estão incluídas entre os indicadores utilizados para avaliar a qualidade da assistência oferecida pelos serviços de maternidade (Bruin-Kooistra et al., 2012; Sibanda et al., 2013; ANVISA, 2014).

#### 1.2.2 Trauma perineal: uma sinopse

O períneo, também denominado de assoalho pélvico, é uma região que se estende da vulva ao ânus, composta por músculos, fáscias e fibras e circunscrita pelos seguintes limites pélvicos: a sínfise púbica, o cóccix e os ramos isquiopúbicos e tuberosidades isquiáticas (Cunningham et al., 2012). No períneo, o ponto central entre o trígono urogenital e o trígono anal define o *corpo perineal*, que é constituído pela convergência de diversos componentes da estrutura perineal e, portanto, provê significativa estabilização ao assoalho pélvico (Barbosa, 2004; Cunningham et al., 2012).

O corpo perineal apresenta múltiplas funções: proporciona suporte ao segmento anorretal e ao canal vaginal, servindo, inclusive, de barreira física entre a vagina e o reto; previne a expansão do hiato urogenital; e auxilia na manutenção da continência urinária e fecal e do platô orgásmico. Durante a gravidez, alterações fisiológicas (aumento da vascularização, afrouxamento do tecido conjuntivo, hipertrofia das células do epitélio vaginal e da musculatura lisa, entre outras) preparam a região vulvoperineal para as acentuadas alterações biomecânicas do processo de parturição (Cunningham et al., 2012). No entanto, durante o parto, eventualmente podem ocorrer lesões no corpo perineal, decorrentes de laceração espontânea, episiotomia ou ambas. Estas lesões, únicas ou múltiplas, são denominadas, em conjunto, de trauma perineal (Barbosa, 2004; Enkin et al., 2008; Cunningham et al., 2012).

Dessa forma, em Obstetrícia, o que se denomina períneo é o corpo perineal (Barbosa, 2004; Cunningham et al., 2012). Diante a importância clínico-funcional do corpo perineal, a manutenção de sua integridade anatômica é fundamental para a qualidade de vida da mulher (Barbosa, 2004; Enkin et al., 2008). A lesão desta região e sua consequente ausência de reparo ou reparo inadequado podem, portanto, comprometer a capacidade funcional dos sistemas urogenital e gastrointestinal e causar dor ou desconforto perineal no período pós-parto e/ou durante a relação sexual (Barbosa, 2004; Enkin et al., 2008). Isto justifica a preocupação dos profissionais que atuam na assistência ao parto com a preservação da integridade perineal, bem como o crescente interesse da comunidade científica pela investigação de práticas de prevenção do trauma perineal no parto normal.

O conceito de normalidade no parto não apresenta um padrão uniforme. A partir da crença de que o parto só pode ser considerado normal após ter ocorrido, há uma tendência a tratar todos os partos com o mesmo nível de intervenção necessária apenas em casos complicados (WHO, 1996; Downe, 2014). Dessa forma, considerando a condição de risco da gestação e o curso do trabalho de parto e parto, a Organização Mundial da Saúde (1996) definiu como parto normal aquele:

com início espontâneo, de baixo risco no início do trabalho de parto e permanecendo assim durante todo o trabalho de parto e parto. O bebê nasce espontaneamente na posição de vértice entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o parto, mãe e bebê estão em boas condições (p.4)

Cerca de 70% a 80% de todas as gestantes são consideradas como baixo risco no início do trabalho de parto, portanto, "o objetivo do cuidado é alcançar uma mãe e bebê saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Esta abordagem implica que no parto normal deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo

natural" (WHO, 1996, p.4). No que se refere ao cuidado perineal, é parte das atribuições do cuidador evitar a lesão perineal e, quando houver, reparar apropriadamente o trauma (Enkin et al., 2008; Kettle e Tohill, 2008; Aasheim et al., 2011).

Geralmente, após um parto normal, são poucas as mulheres que permanecem com o períneo íntegro (i.e. ausência de trauma perineal) (Kettle e Tohill, 2008; Aasheim et al., 2011). O trauma perineal decorrente de laceração espontânea apresenta localização e profundidade variáveis. Em relação à localização, as lacerações podem ocorrer na região perineal anterior (clitóris, lábios e região vestibular) e/ou na região perineal posterior (parede vaginal, fúrcula e musculatura perineal e anal) (Kettle e Tohill, 2008; Cunningham et al., 2012; Webb et al., 2014). Quanto à profundidade, os traumas são classificados como lacerações de primeiro, segundo, terceiro ou quarto grau, envolvendo, respectivamente: pele e mucosa vaginal; pele, mucosa e feixes musculares; esfíncter anal; e a mucosa retal (Neme, 2006; Kettle e Tohill, 2008; Cunningham et al., 2012; Webb et al., 2014; NICE, 2014). Internacionalmente, é adotada uma classificação na qual a rotura de terceiro grau é subdividida em 3a, 3b e 3c, de acordo com o grau de acometimento do esfíncter anal (NICE, 2014).

A episiotomia, por sua vez, pode ser considerada um trauma perineal intencional, visto que depende da decisão clínica do profissional de saúde. O procedimento consiste na ampliação cirúrgica do canal de parto por meio de uma incisão na região vulvoperineal, realizada sob anestesia e com tesoura ou bisturi, correspondendo a um trauma perineal de segundo grau (Neme, 2006; Rezende e Montenegro, 2011; Zugaib, 2012). A origem deste procedimento data do século XVIII, época em que foi sugerido para auxiliar partos laboriosos e possuía um enfoque seletivo. Contudo, em meados do século XX, sua realização rotineira se difundiu na prática obstétrica e, ainda hoje, o procedimento é recomendado na maioria dos livros-textos brasileiros de Obstetrícia (Oliveira e Miquilini, 2005; Neme, 2006; São Bento e Santos, 2006; Carroli e Mignini, 2009; Rezende e Montenegro, 2011; Zugaib, 2012).

As implicações clínicas e morbidades associadas ao trauma perineal estão intimamente relacionadas à sua localização e profundidade. Em geral, os traumas na região anterior do períneo são mais superficiais, de cicatrização rápida, associados a menor necessidade de sutura e morbidades, enquanto aqueles na região posterior apresentam maior profundidade e estão relacionados, em curto e longo prazo, a maiores complicações (Aasheim et al., 2011; Caroci et al., 2014). Entre as complicações em curto prazo, destacam-se: maior perda sanguínea, maior necessidade de sutura, complicações de cicatrização e dor perineal. Por outro lado, as disfunções urinárias, intestinais e sexuais constituem as complicações em longo prazo (Kettle

e Tohill, 2008; Aasheim et al., 2011; Riesco et al., 2011; Webb et al., 2014), além de alterações estéticas do períneo (Progianti et al., 2008).

A ocorrência do trauma perineal está associada a fatores maternos, fetais e da assistência ao trabalho de parto e parto. Embora ainda não estejam definitivamente estabelecidos, as evidências científicas indicam que o desfecho perineal é influenciado pelos seguintes fatores: local de parto e o profissional responsável pela assistência; paridade; dimensões do períneo e existência de cicatriz perineal anterior; duração do segundo período do parto; infusão intravenosa de ocitocina durante o trabalho de parto; parto instrumental; posição materna no parto; puxos dirigidos; uso de manobras de proteção perineal; peso do recém-nascido, entre outros (Aasheim et al., 2011; Hodnett et al., 2012; RCM, 2012; Kopas, 2014; Webb et al., 2014; Sandall et al., 2015).

A incidência do trauma perineal varia consideravelmente entre os países e mesmo entre os diferentes serviços e profissionais de um mesmo país, devido, em partes, às diferenças e dificuldades na identificação, classificação e registro dos traumas (Metcalfe et al., 2002; Colacioppo et al., 2011; Mutema, 2013). Estima-se que mais de 85% das mulheres que têm um parto vaginal apresentam algum tipo de trauma perineal e, destes, cerca de 70% necessitam de sutura (Kettle e Tohill, 2008; Aasheim et al., 2011; Webb et al., 2014). A literatura é escassa no que tange ao trauma perineal decorrente de laceração espontânea, mas sabe-se que a incidência de laceração perineal severa (lacerações de terceiro e quarto graus, que acometem o esfíncter anal e o reto) é rara, entre 0,5% a 7% dos partos vaginais (Kettle e Tohill, 2008; Aasheim et al., 2011; Ampt et al., 2013; Gurol-Urganci et al., 2013; Jangö et al., 2014). Tais lacerações são mais frequentes em mulheres submetidas ao parto instrumental e à episiotomia (Carroli e Mignini, 2009; Cunningham et al., 2012; Ampt et al., 2013; Gurol-Urganci et al., 2013; Jangö et al., 2014). No entanto, mais de 30% das mulheres que apresentam lacerações perineais severas estão sujeitas a incontinência fecal ou de flatos (RCOG, 2015), com grandes prejuízos para a qualidade de vida.

Em relação à prática da episiotomia, o procedimento é realizado em menor frequência em alguns países de língua inglesa (Estados Unidos: 14,4% (Friedman et al., 2015), Inglaterra: 17,8% (Brocklehurst et al., 2011), Nova Zelândia: 11% (Graham et al., 2005) e Austrália: 16,2% (Hilder et al., 2014)) e do norte da Europa (Suécia: 9,7% e Dinamarca: 12%) (Graham et al., 2005). Em comparação, em países de língua espanhola (Argentina, México, Colômbia, Paraguai, entre outros) e do Oriente (Nepal, China e Taiwan) a frequência de episiotomia é expressivamente maior, registrando percentuais superiores a 60% em primíparas (Graham et al., 2005). Em termos de modelos de assistência, de modo geral, os serviços nos quais as

enfermeiras obstétricas e obstetrizes possuem a responsabilidade primária pelo cuidado, bem como os locais alternativos para o parto (que, geralmente, são liderados por estas profissionais) estão associados a melhores condições perineais, com menores taxas de episiotomia e predomínio de lacerações espontâneas com menor importância clínica (lacerações de 2º grau e, sobretudo, de 1º grau) (Riesco et al., 2009; Davis et al., 2011; Riesco et al., 2011; Hodnett et al., 2012; Silva et al., 2012; Sandall et al., 2015).

#### 1.2.3 Práticas para prevenção do trauma perineal no parto vaginal

Há algumas intervenções propostas para prevenir traumas do corpo perineal no parto vaginal, que podem ser realizadas durante a gestação ou durante o período expulsivo. As intervenções para prevenção do trauma perineal durante a gestação incluem a massagem perineal e o uso de dispositivo para promover a elasticidade do períneo (Epi-No<sup>®</sup>). No que se refere à massagem perineal, uma revisão sistemática demonstrou que sua realização durante a gestação por mulheres sem parto vaginal anterior reduziu a incidência de trauma com necessidade de sutura e de episiotomia, enquanto que, em mulheres com parto vaginal anterior, reduziu a incidência de dor perineal no terceiro mês após o parto (Beckmann e Stock, 2013).

Com relação ao uso do dispositivo para promover a elasticidade perineal (Epi-No®), as evidências são controversas. Os primeiros estudos sobre o uso deste dispositivo apontavam para melhores condições perineais no parto, com aumento significativo na incidência de períneo íntegro e redução nas taxas de laceração perineal e de episiotomia (Kovacs et al., 2004; Ruckhaberle et al. 2009). No entanto, estudos mais recentes têm demonstrado que o uso do dispositivo não impacta as taxas de trauma perineal (Shek et al., 2011; Brito et al., 2015).

Durante o período expulsivo do parto, as intervenções avaliadas pelos estudos científicos incluem massagem perineal, aplicação de compressa morna no períneo, uso restrito de episiotomia, posição materna no parto, uso restrito de puxo dirigido e técnicas de manejo perineal (manobra de Ritgen, técnica de flexão e manobras de proteção perineal - "hands on vs. hands off") (Kettle e Tohill, 2008; Aasheim et al., 2011; RCM, 2012). Os efeitos destas intervenções sobre as taxas de trauma perineal estão descritos de maneira resumida no quadro abaixo (Quadro 01). A efetividade das intervenções foi descrita conforme sua avaliação para a prevenção do trauma perineal no parto vaginal por meio de revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados.

**Quadro 01 -** Descrição da efetividade das principais intervenções realizadas durante o período expulsivo do parto com o objetivo de prevenir o trauma perineal.

#### Massagem perineal

**Efetividade:** A realização da massagem perineal está associada a um menor risco de lacerações de 3º e 4º graus, mas não está associada à mudanças significativas nas taxas de períneo íntegro (Aasheim et al., 2011). Esta intervenção não é recomendada na Diretriz Clínica britânica sobre Cuidado Intraparto (NICE, 2014). São necessárias mais evidências sobre o benefício desta intervenção sobre o trauma perineal.

#### Compressa morna

**Efetividade:** Há evidências razoáveis para incentivar o uso desta intervenção, que está associada à redução das taxas de trauma perineal severo e incontinência urinária, bem como à diminuição da sensação de dor, além de boa aceitação por parte da parturiente e cuidador (Aasheim et al., 2011).

#### Uso restrito de episiotomia

**Efetividade:** O uso restrito de episiotomia, em comparação ao uso sistemático, resulta em menor risco de laceração perineal severa, de necessidade de sutura e de complicações da cicatrização. O uso seletivo não está associado há aumento de dor, dispareunia ou incontinência urinária, no entanto, a incidência de laceração no períneo anterior é maior. Há forte evidência de benefício do uso restrito de episiotomia sobre a prevenção do trauma perineal (Kettle e Tohill, 2008; Carroli e Mignini, 2009).

#### Posição materna no parto

**Efetividade:** Posições verticalizadas no parto possibilitam a redução do risco de partos vaginais assistidos e de episiotomia, mas aumentam o risco de lacerações perineais de 2º grau e de perda sanguínea superior a 500 ml. São necessários mais estudos sobre o benefício dessa intervenção sobre o trauma perineal, mas as evidências defendem a liberdade de escolha da parturiente para adotar qualquer posição que deseje dar à luz (Aasheim et al., 2011; Gupta et al., 2012; NICE, 2014).

#### Uso restrito de puxo dirigido

Efetividade: Em mulheres sem uso de anestesia epidural, o puxo dirigido abreviou o tempo do período expulsivo, mas afetou negativamente os fatores urodinâmicos maternos (Schaffer et al., 2005; Bloom et al., 2006). Já em mulheres que receberam a anestesia, em comparação às mulheres com puxo espontâneo, não houve diferença significativa nas taxas de laceração perineal e uso de episiotomia (Hansen et al., 2002; Brancato et al., 2008). A técnica de Valsalva, quando comparada ao puxo espontâneo, também abreviou o período expulsivo e afetou negativamente os fatores urodinâmicos, mas não foram observadas diferenças quanto à necessidade de reparo perineal e episiotomia (Yildirim e Beji, 2008; Prins et al., 2011). Não há respaldo científico que justifique a utilização do puxo dirigido (Kopas, 2014; Lemos et al., 2015).

#### Manobra de Ritgen

**Efetividade:** Não resulta em redução de lacerações de 3° e 4° graus quando comparada ao suporte perineal simples (Aasheim et al., 2011). Além disso, a manobra incentiva a extensão precoce da cabeça fetal, que resulta em um diâmetro maior do polo cefálico fetal durante o desprendimento (diâmetro occipício-frontal) (Myrfield et al., 1997). São necessárias mais evidências sobre o benefício dessa intervenção sobre o trauma perineal (Aasheim et al., 2011).

**Quadro 01 -** Descrição da efetividade das principais intervenções realizadas durante o período expulsivo do parto com o objetivo de prevenir o trauma perineal (continuação).

#### Técnica de flexão

**Efetividade:** Técnica associada a mais lacerações de 3º grau e uso mais frequente de episiotomia (Mayerhofer et al., 2002). A flexão da cabeça fetal não resulta em um diâmetro menor da apresentação fetal. A pressão exercida contra o occipício fetal somente retarda seu desprendimento, forçando, artificialmente, a cabeça fetal em direção a um períneo já distendido (Myrfield et al., 1997). São necessárias mais evidências sobre o benefício dessa intervenção sobre o trauma perineal.

#### Proteção perineal (hands on vs. hands off)

**Efetividade:** A técnica *hands off* apresenta menor risco para a realização de episiotomia, mas não reduz a ocorrência de trauma perineal com necessidade de sutura ou de lacerações de 3º e 4º graus. A técnica *hands on* não apresenta efeito sobre a ocorrência de laceração perineal severa e de integridade perineal. São necessárias mais evidências sobre o benefício dessa intervenção sobre o trauma perineal (Aasheim et al., 2011; Bulchandani et al., 2015).

#### 1.3 EPISIOTOMIA À LUZ DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

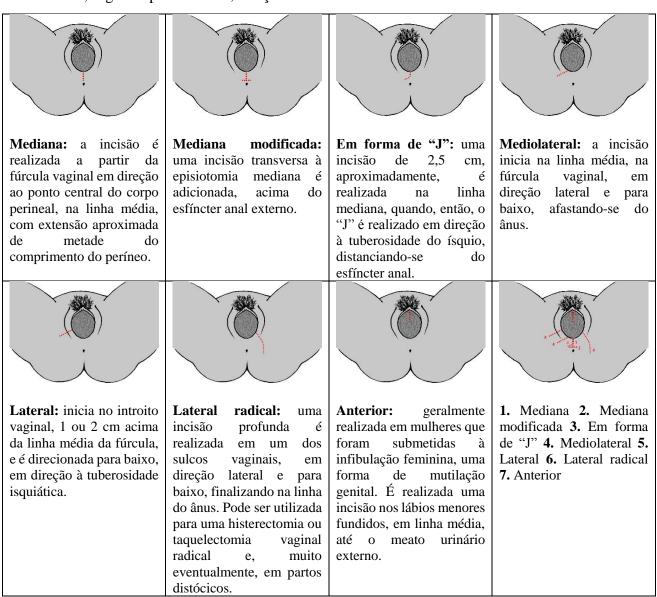
#### 1.3.1 Dados Epidemiológicos

De acordo com Kalis et al. (2012), apesar dos textos de Obstetrícia mencionarem basicamente apenas dois tipos de incisão (mediolateral e mediana), há sete diferentes tipos de episiotomia descritos na literatura (Quadro 02). As evidências científicas acumuladas sobre o assunto, no entanto, pouco exploram as demais técnicas e, na prática clínica, apesar da episiotomia mediana apresentar como vantagens menor perda sanguínea, reparo mais fácil e menor dor e desconforto no pós-parto, este tipo de incisão está associado a um maior risco de lacerações perineais severas, sendo a episiotomia mediolateral a técnica predominante (WHO 1996; Carroli e Mignini, 2009; Cunningham et al., 2012).

A literatura aponta para uma falta de consenso sobre a definição da técnica de incisão mediolateral, na qual se observam diferenças na interpretação individual do profissional que assiste ao parto em relação ao ângulo, extensão, profundidade e ponto inicial da incisão (Kalis et al., 2008a). No que se refere ao profissional de saúde, os achados sugerem que os médicos, quando comparados às obstetrizes, realizam episiotomias mais profundas, extensas e obtusas (Tincello et al., 2003; Andrews et al., 2005). Em relação à técnica da episiotomia, os estudos exploram especialmente a questão do ângulo da incisão, que está significativamente associado a um aumento na frequência de trauma perineal severo quando é menor que 40 graus (Eogan et al., 2006; Kalis et al., 2008b; Stedenfeldt et al., 2012).

A episiotomia, que outrora possuía um enfoque seletivo, se popularizou a partir de 1915, devido a influência de dois importantes ginecologistas, Pomeroy e De Lee, que, sob a ótica do parto como um processo patológico, recomendaram o seu uso rotineiro, especialmente em primíparas e em partos instrumentais (Oliveira e Miquilini, 2005; São Bento e Santos, 2006; Mattar et al., 2007). No século passado, apesar de não haver respaldo científico sobre seus benefícios, este procedimento passou a ser adotado de maneira irrestrita, em virtude da suposta prevenção de lacerações perineais de terceiro e quarto grau; reparo e cicatrização facilitados em comparação às lacerações espontâneas; preservação do assoalho pélvico; redução dos casos de distócia e trauma neonatal; e aceleração do parto diante situações de sofrimento fetal (Carroli e Mignini, 2009).

**Quadro 02 -** Ilustração e descrição da técnica dos sete tipos de episiotomia existentes na literatura, segundo ponto inicial, direção e extensão da incisão.



Fonte: Kalis et al., 2012

Os estudos científicos, no entanto, refutam a utilidade da episiotomia na redução de traumas perineais severos e na preservação do assoalho pélvico (e, consequentemente, na redução das taxas de incontinência urinária e fecal) (Carroli e Mignini, 2009; Chang et al., 2011). Igualmente, o uso profilático do procedimento em situações clínicas críticas não parece ser benéfico. Um estudo israelense considerou todos os partos vaginais que ocorreram no único hospital de Negueve, no sul de Israel, de 1988 a 2008, e investigou se a episiotomia previne a ocorrência de laceração de terceiro ou quarto grau em condições clínicas específicas - macrossomia, sofrimento fetal, distócia de ombro, parto instrumental e posição occipício-posterior do polo cefálico fetal. Dos 168.077 partos vaginais registrados durante o período estudado, 188 (0,1%) partos apresentaram laceração de terceiro ou quarto grau. Os resultados demonstraram que, mesmo em condições críticas, a episiotomia foi um fator independentemente associado à laceração perineal severa (Steiner et al., 2012).

A literatura aponta que não há um consenso sobre as reais indicações para a realização da episiotomia e sobre a frequência ideal do procedimento. A OMS, no entanto, considera razoável uma taxa em torno de 10% (WHO, 1996), mas um percentual entre 10% e 30% de episiotomia é considerado justificável (Wagner, 1999; Diniz e Chacham, 2004; Mattar et al., 2007). As estatísticas nacionais em diferentes países do globo não são facilmente localizadas, mas, em comparação às menores frequências observadas nos países de língua inglesa e do norte europeu, os países asiáticos apresentam as frequências mais elevadas (China: 82%; Taiwan: 100%) e a América Central e América do Sul registram percentuais superiores a 60% de episiotomia em primíparas (Graham et al., 2005).

No Brasil, apesar de nas últimas décadas observar-se uma diminuição da prática de episiotomia, a frequência nacional do procedimento permanece elevada, em comparação àquelas de outros países. Em 2006, de acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, este procedimento foi realizado em 71,6% dos partos vaginais (Berquó et al., 2008). Em 2014, um estudo que avaliou as intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto de mulheres brasileiras, com base nos dados do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento (*Pesquisa Nascer no Brasil*), encontrou uma frequência de episiotomia de 53,5% (56,1% entre mulheres de risco habitual), sendo sua prática mais comum na região Centro-Oeste (69,2%) e entre primíparas (74,6%) e um pouco menor entre as mulheres de baixa escolaridade (47,4%) (Leal MC et al., 2014).

Um dos mais consistentes argumentos a favor da redução da prática da episiotomia é a revisão sistemática da Biblioteca Cochrane, que incluiu 8 estudos e 5.441 mulheres, comparando os efeitos de uma política de episiotomia seletiva com a prática sistemática (Carroli

e Mignini, 2009). O grupo do uso seletivo apresentou um risco menor de trauma perineal severo, de necessidade de sutura perineal e de complicações de cicatrização no 7° dia pós-parto. Igualmente, o uso seletivo não esteve associado a um aumento de dor, dispareunia ou incontinência urinária, apresentando somente um maior risco de traumas no períneo anterior, que, em geral, têm pouca importância clínica, uma vez que não apresentam repercussões negativas nas atividades da puérpera ou no assoalho pélvico (Mattar et al., 2007; Carroli e Mignini, 2009).

É unânime na literatura a recomendação do uso criterioso desta intervenção e situações específicas são apontadas como indicações para sua realização, apesar de seu benefício permanecer controverso: parto prematuro, parto pélvico, parto instrumental (fórceps ou vácuo-extração), macrossomia, distócia de ombro, padrão não tranquilizador da frequência cardíaca fetal, rigidez perineal e iminência de laceração perineal severa (ACOG, 2006; Carroli e Mignini, 2009). Entre as complicações no período pós-parto e em médio e longo prazo que refutam o uso liberal da episiotomia, as evidências científicas apontam: maior perda sanguínea; maior taxa de infecção; piora na função sexual; dor perineal; edema perineal; maior incidência de incontinência urinária e fecal; disfunções do assoalho pélvico e alterações estéticas do períneo; limitações nas atividades cotidianas; impacto negativo na experiência da maternidade; entre outros (Dannecker et al., 2004; Progianti et al., 2008; Rathfisch et al., 2010; Chang et al., 2011; Jovanovic et al., 2011; Amorim Francisco et al., 2011, 2012; East et al., 2012; Declercq et al., 2013).

Estudos mais recentes têm sugerido a necessidade de se comparar a prática seletiva da episiotomia e a implementação de um protocolo de não realização do procedimento (Aasheim et al., 2011; Petrocnik e Marshall, 2015). No Brasil, um estudo não controlado descreveu os desfechos perineais de 400 mulheres que tiveram parto vaginal sob um protocolo de não realização de episiotomia. A taxa de períneo íntegro perfez um total de 56% e somente 23% das mulheres apresentaram lacerações com necessidade de sutura, sendo que não houve laceração de terceiro e quarto grau (Amorim et al., 2014; Leal NV et al., 2014). O primeiro ensaio clínico randomizado brasileiro comparando os desfechos maternos e perinatais entre mulheres submetidas à uma política de uso seletivo de episiotomia e uma política de não realização do procedimento não encontrou diferenças significativas em nenhum dos desfechos avaliados, sugerindo que a não realização da incisão parece ser segura para a mulher e recém-nascido (Melo et al., 2014; Amorim et al., 2015). No entanto, é necessário corroborar estes dados com resultados de estudos com maior tamanho de amostra e que adotem medidas para evitar potenciais fontes de vieses, como, por exemplo, o viés de classificação do trauma perineal.

Entre as razões para as altas taxas brasileiras de episiotomia, pode-se apontar o fato de que o procedimento é recomendado nos principais livros-textos de Obstetrícia (Neme, 2006; Rezende e Montenegro, 2011; Zugaib, 2012), apesar de esta recomendação não encontrar respaldo nas evidências atuais e a despeito das recomendações do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2001). Estes livros dedicam-se na descrição técnica da episiotomia e da episiorrafia e recomendam a realização do procedimento, mas não apresentam uma análise qualificada pelas evidências científicas sobre os seus benefícios e riscos. Frequentemente, os supostos benefícios da episiotomia, bem como os supostos riscos aos quais a mulher está exposta caso a incisão não seja realizada, são supervalorizados, enquanto que os riscos do procedimento são minimizados ou não mencionados. Além disso, em muitos hospitais-escola, a incisão é frequentemente realizada sem indicações clínicas, apenas para fins de treinamento dos profissionais em formação (Diniz e Chacham, 2004).

Outro obstáculo na implementação do uso seletivo de episiotomia pode estar relacionado à falta de capacitação profissional em relação à prevenção e ao manejo do trauma perineal, manifestando-se por meio da dificuldade do profissional em identificar e suturar adequadamente o trauma (Colacioppo et al., 2011; Wu et al., 2013; Webb et al., 2014; East et al., 2015). No Brasil, no entanto, os profissionais de Obstetrícia, tanto médicos quanto enfermeiras obstétricas e obstetrizes, não dispõem de disciplinas em sua formação acadêmica que proporcionem fundamentação para a prática clínica do cuidado perineal no parto.

A repercussão da episiotomia na vida da mulher no período pós-parto tem sido amplamente estudada. Além das evidências que indicam a associação do procedimento com a ocorrência de incontinência urinária (Chang et al., 2011), incontinência fecal (Dannecker et al., 2004), disfunção sexual (dispareunia e diminuição do desejo sexual, da excitação e da lubrificação vaginal) (Rathfisch et al., 2010) e alterações estéticas da região vulvoperineal (Progianti et al., 2008), a dor perineal é um dos sintomas mais comumente relatados no puerpério imediato e que pode se estender por meses após o parto, de forma a limitar as atividades da mulher e impactar negativamente a experiência da maternidade (Amorim Francisco et al., 2011, 2012; Declercq et al., 2013).

A dor perineal deve ser considerada no cuidado à mulher após o parto vaginal. Apesar de a conduta de prescrição de analgésicos por via oral ser a mais utilizada para o tratamento da dor após o parto, as evidências científicas apontam uma variedade de medidas alternativas de tratamentos locais não farmacológicos e fisioterapias locais (Enkin et al., 2008; Bick et al., 2009). A orientação destas pelo profissional de saúde depende do seu nível de conhecimento e atualização sobre o cuidado no puerpério, que, não raro, é falho, uma vez que esse é um período

no qual as atenções se voltam para o recém-nascido e as queixas ou problemas de saúde maternos são subestimados (Diniz e Chacham, 2004).

Apesar de a realização da incisão não estar associada à dor perineal (Carroli e Mignini, 2009), o material e o método de sutura influenciam os resultados clínicos (Kettle et al., 2010, 2012). Em relação ao material utilizado na sutura, os fios sintéticos convencionais (*Dexon*® *e Vicryl*®), comparados ao Catgut® (fibra natural de origem animal), estão associados a menores taxas de dor perineal em curto prazo, menor uso de analgesia nos dez primeiros dias após o parto e menor necessidade de ressutura, mas apresentam uma maior necessidade de remoção do material de sutura não absorvido. Já em comparação aos fios sintéticos de rápida absorção (*Vicryl Rapide*®), apesar de ainda haver a maior necessidade de remoção de sutura, os fios sintéticos convencionais apresentam resultados semelhantes em relação a dor perineal em curto e longo prazo. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos avaliados no que se refere à dor perineal após três meses do parto e à dispareunia no terceiro, sexto e décimo segundo mês pós-parto (Kettle et al., 2010). No Brasil, o material comumente utilizado para a sutura perineal é o fio Catgut®, visto que o custo dos fios sintéticos é muito maior.

Quanto ao método de reparo, a técnica contínua de sutura perineal, em comparação à técnica interrompida, está associada a menores taxas de dor perineal nos dez primeiros dias após o parto, menor necessidade de analgesia e de remoção de sutura. Em relação à necessidade de ressutura e à dor perineal em longo prazo, não há diferenças significativas entre as técnicas. As evidências também indicam que a técnica contínua utiliza menos material do que a interrompida (um pacote comparado a dois ou três pacotes, respectivamente) (Kettle et al., 2012). Dessa forma, além de afetar a qualidade de vida das puérperas, a episiotomia impacta financeiramente os serviços de saúde. Carroli e Belizan (1999) calcularam a economia orçamentária associada à prática seletiva do procedimento e, segundo os autores, no que se refere somente aos custos com material de sutura, cada parto vaginal sem episiotomia economiza cerca de US\$6,50 a US\$ 12,50 no setor público, estimando-se um total de 15 a 30 milhões de dólares economizados anualmente no Brasil.

#### 1.3.2 Episiotomia sob a ótica dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos

Ao se abordar a questão da episiotomia, as contribuições científicas sobre sua prática somam-se à abordagem do tema sob a ótica dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos. O elevado uso de tecnologias potencialmente desnecessárias e danosas tem sido considerado uma forma de violência de gênero cometida por profissionais e instituições de saúde (Diniz e d'Oliveira, 1998), visto que nega às mulheres o direito à integridade corporal e à condição de

pessoa, especialmente quando ocorrem de forma impositiva e não informada (Diniz e Chacham, 2002, 2004).

Na assistência ao parto, o direito à condição de pessoa é sistematicamente violado, uma vez que a maioria das mulheres é submetida às rotinas hospitalares e intervenções obstétricas, que as reduzem à reféns das instituições de saúde (Diniz e d'Oliveira, 1998). Frequentemente, as mulheres têm suas vontades e pedidos ignorados e, não raro, vivenciam situações de abuso, desrespeito, maltrato e/ou negligência, que incluem: violência física, humilhação e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos e recusas de internação, de administração de medicamento, de movimentação e de escolha de posição no trabalho de parto e parto, entre outros (d'Oliveira et al., 2002; Fundação Perseu Abramo, 2010; WHO, 2014).

Na prática obstétrica, nota-se que as recomendações da OMS de incentivo às boas práticas de atenção ao parto são desrespeitadas ou negadas, enquanto procedimentos reconhecidamente danosos e/ou pouco efetivos continuam sendo utilizados rotineiramente. Neste contexto, de forma a representar a violação do direito à integridade corporal e a reforçar a ideia de dependência e inabilidade das mulheres em parir, estão a episiotomia e a cesariana eletiva (Diniz e d'Oliveira, 1998; Downe, 2014; WHO, 2014). As elevadas taxas de episiotomia, a despeito de toda a evidência científica acumulada, são consideradas representações do poder médico de desconstruir e reconstruir a vagina, conforme suas crenças culturais e sistema de valores (Davis-Floyd, 2003). O procedimento tem sido classificado como uma forma de mutilação genital (Wagner, 1999) e, mais recentemente, de violência obstétrica, quando este é realizado sem consulta prévia ou contra a vontade da parturiente (D'Gregorio, 2010; MPF, 2014a, 2014b).

A violência obstétrica pode ser praticada por qualquer profissional de saúde envolvido na assistência ao pré-natal, parto e puerpério e é definida como:

a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, que se expressa como tratamento desumanizado, abuso de medicamento e conversão do processo natural em patológico, gerando perda da autonomia e da habilidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres (D'Gregorio, 2010, p. 201)

A origem desta violência está associada à formação profissional, à falta de habilidade para lidar com os aspectos emocionais e sexuais do parto e também ao estresse e desgaste emocional do profissional de saúde, muito relacionado às precárias condições econômicas e estruturais de trabalho (infraestrutura inadequada, alta demanda populacional e recursos materiais e humanos insuficientes). Tais fatores conduzem a um distanciamento afetivo dos profissionais em relação

às pacientes, manifestando-se por meio de um tratamento impessoal e indiferente e, assim, favorecendo a ocorrência de situações que violam os direitos das mulheres (Aguiar e d'Oliveira, 2011; Pintado-Cucarella et al., 2015).

Este cenário tem caracterizado a assistência ao parto vaginal como uma experiência de impotência, alienação e dor. As violentas imposições de rotinas e intervenções, somadas ao tratamento desrespeitoso, frequentemente desestimulam as mulheres a procurarem e utilizarem os serviços de assistência obstétrica, alimentando, inclusive, a ideia da cesariana como a melhor via de parto - isenta de riscos, medo e dor (Diniz e d'Oliveira, 1998; WHO, 2014). No Brasil, por exemplo, o Ministério Público Federal realizou em São Paulo, em 2014, uma audiência pública para discutir a questão da episiotomia e da humanização do parto, uma vez que recebeu grande quantidade de denúncia demonstrando o desrespeito à mulher durante o período gravídico-puerperal, incluindo a realização de episiotomia sem o consentimento da parturiente e, em alguns casos, até mesmo sem a utilização de anestesia local (MPF, 2014b).

Iniciativas sociais também têm abordado estas questões. O advento da internet possibilitou a criação de sites e listas eletrônicas em redes sociais que reúnem grandes quantidades de mulheres e profissionais de saúde que defendem a humanização do parto, possibilitando o diálogo sobre as expectativas e receios em relação à gestação e ao parto, bem como a troca de informações baseadas em evidências científicas, que nem sempre são de fácil acesso ou de fácil entendimento para as massas (Diniz e Chacham, 2002; Goer, 2004; Amigas do Parto, 2015; Artemis, 2015; Childbirth Connection, 2015; Parto do Princípio, 2014). Em diversas cidades brasileiras, em 2012, centenas de pessoas foram às ruas na *Marcha pela Humanização da Assistência ao Parto* pleiteando o fim da violência obstétrica e da episiotomia de rotina (Folha de S.Paulo, 2012).

Em 2013, o projeto fotográfico 1:4 Retratos da Violência Obstétrica (Raiter, 2015) teve grande repercussão por retratar cicatrizes de episiotomia e partes dos corpos de mulheres com os trechos de seus depoimentos sobre a assistência obstétrica recebida aplicados como uma tatuagem temporária. O projeto surgiu a partir da pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010), Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, que divulgou a estatística de que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto.

Em 2013, foi lançado o documentário *O Renascimento do Parto*, escrito por uma ativista da humanização do parto com diversas formações na área da Obstetrícia e Saúde da Mulher. Por meio de relatos dos maiores especialistas na área e das recomendações científicas mais atuais, o documentário questionou o modelo obstétrico mundial, sobretudo o brasileiro,

promovendo uma reflexão sobre suas consequências perinatais, psicológicas, sociais, antropológicas e financeiras (O Renascimento do parto, 2013).

Segundo Diniz e d'Oliveira (1998), "nada justifica o fato de mulheres e crianças serem tratados do jeito que são, de acordo exclusivamente com as conveniências profissionais e institucionais e formas de pagamento do sistema" (p. 40). Para combater e erradicar a violência obstétrica, estudos sugerem intervir na formação do profissional de saúde com o objetivo de ampliar a perspectiva predominantemente biológica com que lidam com o evento da gestação e do parto; promover melhorias nas condições de trabalho; incluir as usuárias dos serviços de saúde nas investigações científicas realizadas; e empoderar as mulheres no que se refere à fisiologia do trabalho de parto e parto, às práticas obstétricas baseadas em evidências científicas e aos seus direitos a uma assistência digna e respeitosa (Diniz e d'Oliveira, 1998; Aguiar e d'Oliveira, 2011; Declercq et al., 2013; WHO, 2014; Pintado-Cucarella et al., 2015).

# 1.3.3 A relevância da questão da episiotomia para a Saúde Pública

No ano 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) convocou a sociedade civil e as autoridades governamentais ao redor do mundo para um maior engajamento em relação à promoção do desenvolvimento humano em nível econômico, social e de saúde, originando os chamados *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*. Entre os objetivos traçados, visava-se a melhoria da saúde materna com o plano de ação de reduzir em três quartos, até 2015, a taxa de mortalidade materna (United Nations, 2015). A preocupação mundial sobre esta questão devese não apenas ao expressivo número de mulheres que morrem ao ano, mas principalmente ao fato de que a grande maioria dos óbitos é evitável e decorre da conjuntura socioeconômica e cultural de cada país (Tanaka, 1995; Souza, 2013; Souza et al., 2014).

O estudo da mortalidade está intimamente relacionado à qualidade da assistência prestada à mulher no pré-natal, parto e puerpério (Tanaka, 1995). Como apresentado anteriormente, o desafio para promover uma assistência ao parto de qualidade - segura, respeitosa e com uso apropriado de tecnologia - também é alarmante e tem sido objeto de estudo de muitos pesquisadores. Em relação ao parto vaginal, as iniciativas de humanização do parto visam melhorar a qualidade do cuidado ao favorecer a obtenção de desfechos maternos e neonatais positivos e tornar a experiência do parto menos traumática, de forma a encorajar a busca e a utilização da assistência obstétrica ao parto vaginal (FIGO et al., 2015).

No contexto destas pesquisas e do cuidado baseado em evidências, estudos internacionais têm evidenciado que modelos de assistência nos quais as obstetrizes são responsáveis pelo cuidado à mulher, quando comparados a outros modelos de cuidado, estão

associados a menores taxas de intervenções (analgesia regional, parto instrumental, amniotomia e episiotomia) e maior satisfação materna (Sandall et al., 2015). A literatura nacional aponta que profissionais não médicos (enfermeiras obstétricas e obstetrizes) realizam episiotomia em taxas muito menores que média nacional de 53,5%, variando entre 7,2% a 25,9% (Lobo et al., 2010; Vogt et al., 2011; Riesco et al., 2011; Silva et al., 2012; Schneck et al., 2012).

Os modelos de assistência nos quais a episiotomia apresenta menor frequência são os Centros de Parto Normal (Hodnett et al., 2012), o que os tornam ambientes adequados para a investigação dos motivos de indicação de episiotomia, visto que em contextos nos quais o procedimento é realizado de modo rotineiro, como a maioria dos serviços de maternidade no Brasil, esta investigação torna-se enviesada. Nas bases de dados do SUS, a episiotomia está incluída no pagamento do pacote relativo aos custos da assistência ao parto vaginal (Diniz e Chacham, 2004). Apesar de o objetivo primário destas bases de dados ser o faturamento de procedimentos, as estatísticas disponibilizadas servem de subsídios para análises objetivas da situação sanitária, possibilitando a elaboração de programas de ações de saúde.

O trauma perineal representa relevante importância clínica e as morbidades resultantes geram custos aos serviços de saúde, em curto ou longo prazo, além de sofrimento às mulheres nos aspectos já mencionados. A discussão sobre a episiotomia possui maior notoriedade em virtude de se tratar de um trauma perineal intencional. Paradoxalmente, não há dados oficiais sobre o uso deste procedimento nas bases de dados do SUS, demonstrando que suas repercussões na vida da mulher, bem como o impacto financeiro nos serviços de saúde, não são devidamente valorizados pela comunidade científica e gestores de saúde. Diante o exposto, esta pesquisa teve como objetivo investigar os fatores associados à condição perineal no parto vaginal entre mulheres assistidas em um serviço de saúde onde os partos normais são assistidos exclusivamente por profissionais que se propõe a realizar episiotomia de maneira seletiva. Isto contribuirá para a elaboração de estratégias que permitam evitar este procedimento, de maneira a aumentar as taxas de integridade perineal entre as mulheres que têm partos vaginais.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar fatores e práticas clínicas associados à condição perineal no parto vaginal entre mulheres assistidas em um Centro de Parto Normal intra-hospitalar.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores maternos, fetais e assistenciais associados à episiotomia no parto vaginal;
- Identificar os fatores maternos, fetais e assistenciais associados à integridade perineal no parto vaginal;
- Descrever os motivos apontados para a realização de episiotomia por enfermeiras obstétricas;
- Identificar as manobras de proteção perineal realizadas por enfermeiras obstétricas.

# 3. MÉTODO

### 3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal com coleta de dados prospectiva. Este estudo faz parte da pesquisa intitulada *Decisão clínica e fatores associados à episiotomia: estudo transversal*, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) (Processo nº 2013/16063-1).

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Centro de Parto Normal do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (CPN-HMLMB), hospital localizado na Zona Leste de São Paulo e vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). A instituição possui complexidade terciária e é referência para atendimento às gestações de alto risco, além de partos de risco habitual. O hospital dispõe de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, uma UTI adulto e uma agência transfusional para o fornecimento de sangue e hemoderivados.

Nesta instituição, a mulher pode ser assistida no parto vaginal no Centro Obstétrico ou no Centro de Parto Normal. No CPN, a assistência à parturiente é prestada exclusivamente por enfermeiras obstétricas e obstetrizes<sup>1</sup>. Caso sejam identificadas intercorrências que necessitem

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Durante a coleta de dados da pesquisa, a assistência ao parto no CPN-HMLMB foi prestada somente por enfermeiras obstétricas. As obstetrizes foram contratadas em maio de 2015, por meio de concurso público estadual.

de intervenção durante o trabalho de parto, a parturiente é encaminhada por estas profissionais ao Centro Obstétrico, onde a equipe de médicos plantonistas e residentes de Obstetrícia realizam a avaliação e o acompanhamento do caso. Os profissionais médicos também são responsáveis pela admissão da parturiente na instituição, após consulta no Pronto-Atendimento.

O CPN-HMLMB é campo de estágio dos alunos do curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP) e de Residência em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

# 3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

O estudo incluiu todas as enfermeiras obstétricas do CPN-HMLMB. Além de estas profissionais fornecerem os dados para as variáveis relacionadas à assistência ao parto que não são de registro obrigatório nos prontuários, elas informaram os motivos referentes à decisão clínica de realizar episiotomia. O estudo também incluiu dados de todas as mulheres admitidas no CPN-HMLMB durante o período previamente delimitado de fevereiro de 2014 a janeiro de 2015. Os critérios de exclusão foram: não ter o parto assistido por enfermeira obstétrica<sup>2</sup>; admissões no CPN-HMLMB em decorrência de abortamento; partos que ocorreram fora do CPN-HMLMB (parto domiciliar ou no trajeto); e prontuários não encontrados pelo Serviço de Atendimento Médico e Estatístico da instituição (SAME-HMLMB).

## 3.4 TAMANHO DA AMOSTRA

A amostragem foi definida por conveniência, delimitando-se o período de um ano de coleta de dados. A definição deste período procurou abranger a variação sazonal do número de partos do serviço.

### 3.5 COLETA DE DADOS

A equipe de pesquisa foi composta por duas alunas de Iniciação Científica, pela autora deste trabalho, por uma Obstetriz contratada para a coleta de dados e por uma enfermeira obstétrica do CPN-HMLMB. A coleta de dados ocorreu no período de 10 de fevereiro de 2014 a 31 de janeiro de 2015 e consistiu na aplicação de um formulário codificado (Apêndice 1), no qual foram inseridos os dados das mulheres e recém-nascidos atendidos no CPN-HMLMB. A coleta de dados ocorreu de modo prospectivo, da seguinte maneira:

<sup>2</sup> Durante a coleta de dados, houve reforma nas instalações da maternidade e os profissionais do Centro Obstétrico foram realocados no CPN-HMLMB. Dessa forma, os partos assistidos por médicos no CPN-HMLMB foram excluídos da população do estudo e da análise estatística dos dados.

I. A pesquisa foi apresentada a todas as Enfermeiras Obstétricas e Residentes em Enfermagem Obstétrica do CPN-HMLMB e, a seguir, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2). Não houve nenhuma recusa em participar do estudo, que incluiu 11 profissionais participantes.

II. Para assegurar a regularidade na coleta dos dados, uma Obstetriz foi contratada como pesquisadora auxiliar para realizar o preenchimento dos formulários com as informações relativas à assistência ao trabalho de parto e parto. Dessa forma, diariamente, em todas as trocas de plantão (às 7h00 e 19h00), a Obstetriz coletava, junto à profissional responsável pelo plantão que havia transcorrido, os dados relativos às variáveis sobre a assistência ao trabalho de parto e parto, incluindo as variáveis sobre a decisão clínica para realizar episiotomia. Dados relativos à identificação das mulheres (nome, registro hospitalar, data e hora de internação) também foram obtidos nesta ocasião. Nos plantões da enfermeira obstétrica membro da equipe de pesquisa, os dados foram preenchidos pela própria ou pelos Residentes de Enfermagem Obstétrica sob sua supervisão.

III. Os dados sobre as variáveis sociodemográficas, história clínica e obstétrica e desfechos maternos e neonatais foram inseridos nos formulários pela equipe de pesquisa, por meio de busca manual nos prontuários. Estas coletas ocorreram no SAME-HMLMB, de uma a duas vezes por semana, conforme a disponibilização dos prontuários às pesquisadoras.

- IV. A revisão dos formulários foi realizada pela autora deste trabalho e pela Obstetriz contratada para a pesquisa. Quando necessário complementar os dados das variáveis coletadas junto às enfermeiras obstétricas, foram consideradas as informações registradas no livro de parto do CPN-HMLMB e/ou nos prontuários das pacientes.
- V. Imediatamente após a coleta no SAME-HMLMB, os dados coletados foram armazenados em um banco de dados elaborado no programa estatístico SPSS versão 20, para posterior análise estatística.

O fluxograma da coleta de dados e da constituição da população do estudo está representado a seguir (Figura 01).

Autorização das profissionais por meio de TCLE (11 participantes) Abordagem e assinatura do TCLE pelas profissionais do CPN-HMLMB responsáveis pela assistência ao parto neste período População elegível (1.109 mulheres) Mulheres admitidas no CPN-HMLMB de fev. 2014 - jan. 2015 Critérios de exclusão (307 exclusões) Coleta dos dados primários 254 (82,74%) partos não assistidos por enfermeiras obstétricas, (802 mulheres) em virtude de reforma nas instalações da maternidade e realocação dos recursos humanos; 27 (8,79%) prontuários não localizados pelo SAME-HMLMB; Coleta dos dados de identificação das mulheres e das variáveis sobre a 24 (7,8%) partos domiciliares ou no trajeto; assistência ao trabalho de parto e parto pela Obstetriz contratada para a 02 (0,65%) abortamentos. coleta, junto à profissional responsável pelo plantão Coleta dos dados secundários (802 mulheres) Coleta dos dados das variáveis sociodemográficas, de história clínica e obstétrica e desfechos maternos e neonatais no SAME-HMLMB Análise estatística dos dados (802 mulheres)

Figura 01 - Fluxograma da coleta de dados e constituição da população do estudo.

# 3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

### 3.6.1 Variáveis dependentes

Episiotomia - variável referente à condição perineal, obtida com a enfermeira obstétrica responsável pela assistência e categorizada em função da realização de episiotomia como Não (períneo íntegro e lacerações espontâneas de 1° ou 2° grau, isoladas ou múltiplas) ou Sim (episiotomia mediolateral direita e episiotomia mediolateral direita concomitante a laceração espontânea de 1° ou 2° grau, isoladas ou múltiplas). Não houve casos de registro de laceração de terceiro ou quarto grau e em todos os casos de episiotomia foi utilizada a incisão mediolateral direita.

Integridade perineal - variável referente à condição perineal, obtida com a enfermeira obstétrica responsável pela assistência e categorizada em função da integridade perineal como Não (lacerações de 1º grau com necessidade de sutura e lacerações de 2º grau, isoladas ou múltiplas) ou Sim (períneo íntegro e lacerações de 1º grau que não necessitaram de sutura). Para

a criação desta variável, as mulheres submetidas à episiotomia foram excluídas da análise estatística, visto que o procedimento corresponde a um trauma perineal intencional.

## 3.6.2 Variáveis independentes

Idade materna - obtida em anos completos por meio dos dados da Declaração de Nascido Vivo (DNV) e categorizada nas seguintes faixas etárias: 13 a 19 anos, 20 a 34 anos ou 35 anos ou mais.

Escolaridade materna - obtida por meio dos dados da DNV e categorizada em: Ensino fundamental (sem escolaridade, ensino fundamental I e ensino fundamental II), Ensino Médio ou Ensino Superior (completo ou incompleto).

Situação conjugal - obtida por meio dos dados da DNV e ficha de admissão na maternidade (caso a DNV a declarasse como solteira, mas houvesse o nome do cônjuge na ficha de admissão). Categorizada como Sem companheiro ou Com companheiro.

Ocupação materna - obtida por meio dos dados da DNV e categorizada como Do lar ou Trabalho remunerado.

Nacionalidade materna - obtida por meio dos dados da DNV e categorizada como Brasileira, Boliviana ou Outras (paraguaia, peruana, angolana, chinesa, paquistanesa, congolesa, nigeriana e guatemalteca).

Cor da pele autorreferida - obtida por meio dos dados da DNV e categorizada como Branca ou Não branca (preta, amarela, parda e indígena).

Número de consultas pré-natal - obtido por meio dos dados da DNV e categorizado em: de 0 a 5 consultas ou 6 consultas ou mais.

Paridade - obtida da ficha de internação ou histórico de enfermagem e categorizada em: Sem parto vaginal anterior (mulher nulípara ou que teve cesariana em gestação anterior) ou Com parto vaginal anterior (mulheres que tiveram um ou mais partos vaginais ou fórceps, com ou sem abortamentos e/ou cesarianas anteriores).

Altura uterina - obtida da ficha de internação e categorizada em: Até 32 cm, 33 a 35 cm ou 36 cm ou mais.

Idade gestacional pela ultrassonografia (USG) - obtida da ficha de internação ou histórico de enfermagem, inserida no banco em semanas completas e categorizada em: Até 36 semanas e 6 dias, 37 a 40 semanas gestacionais ou 41 semanas gestacionais ou mais.

Dilatação cervical na admissão - obtida da ficha de internação e categorizada em: 0 a 3 cm, 4 a 6 cm ou 7 cm ou mais.

Uso de ocitocina intravenosa no trabalho de parto - obtida com a enfermeira obstétrica responsável pela assistência e conferida com o partograma e prescrição médica. Categorizada como Não ou Sim (registro de infusão intravenosa de ocitocina entre 0 a 10 cm).

Rotura das membranas amnióticas - obtida com a enfermeira obstétrica responsável pela assistência e conferida com o partograma e evolução de enfermagem. Categorizada em: Artificial ou Espontânea (bolsa rota espontânea ou bolsa rota na internação).

*Número de toques vaginais* - foram contabilizados os toques vaginais realizados na admissão e durante a assistência ao trabalho de parto e parto, obtidos da ficha de internação e partograma. Categorizados em: *0 a 3 toques vaginais* ou *4 toques vaginais ou mais*.

Práticas de conforto durante o trabalho de parto - obtida com a enfermeira obstétrica e conferida com o livro de parto do CPN-HMLMB e com o partograma. Categorizada como Não ou Sim (banho de aspersão, bola suíça, massagem, deambulação ou outras práticas - barra, agachamento e banquinho, isoladas ou mais de uma medida de conforto).

Presença de acompanhante durante a internação para o parto - obtida com a enfermeira obstétrica e conferida com o registro no livro de parto do CPN-HMLMB, sendo classificada como Não ou Sim.

Intercorrência durante o trabalho de parto - obtida com a enfermeira obstétrica e conferida com os dados do partograma e da evolução de enfermagem. Categorizada como Não ou Sim (Mecônio fluído, Mecônio espesso ou Outras - parada de progressão do trabalho de parto, alterações na cardiotocografia, fisometria, taquissistolia uterina, lipotimia, nível de hemoglobina baixo no momento da internação, febre materna, pico hipertensivo materno, parturiente pouco colaborativa em virtude de uso de drogas ou de problemas psicológicos, reação extrapiramidal à medicação antiemética - Metoclopramida, sangramento de colo uterino e suspeita de líquido amniótico sanguinolento). Trata-se de uma variável composta, visto que o número de intercorrências no trabalho de parto foi pequeno.

Puxos dirigidos - informação obtida com a enfermeira obstétrica responsável pela assistência e definida como Não ou Sim.

Posição materna no parto - obtida com a enfermeira obstétrica e categorizada como Semissentada ou Outras (lateral, cócoras, quatro apoios, em pé, sentada ou litotômica).

Posição de desprendimento da cabeça fetal - obtida com a enfermeira obstétrica e classificada como Occipício-pube ou Occipício-sacro.

Uso de manobra de proteção perineal - obtido com a enfermeira obstétrica e categorizado em: Nenhuma manobra, 01 manobra ou 02 manobras ou mais. As manobras investigadas foram: apoio do períneo e da cabeça fetal com os dedos; apoio somente do períneo com a

compressa; pedido à mulher para soltar o ar durante o desprendimento do polo cefálico fetal; e pedido à mulher para realizar esforços expulsivos fora das contrações.

Peso do recém-nascido - obtido por meio dos dados da DNV, definido em gramas e categorizado em: Até 2.499 gramas, 2.500 a 3.999 gramas ou 4.000 gramas ou mais.

### 3.6.3 Outras variáveis

Necessidade de sutura perineal - obtida com a enfermeira obstétrica e classificada como Sim, Não ou Não se aplica (períneo íntegro).

Técnica de sutura perineal - obtida com a enfermeira obstétrica e classificada como Interrompida, Contínua, Mista ou Não se aplica (períneo íntegro).

Tipo de fio de sutura perineal - obtido com a enfermeira obstétrica e classificado como Catgut®, Vicryl® ou Não se aplica (períneo íntegro).

Motivos maternos (rigidez perineal, períneo curto, iminência de laceração perineal severa, exaustão materna, período expulsivo prolongado, mucosa friável, edema perineal, abreviar o período expulsivo em virtude de parturiente não colaborativa, abreviar o período expulsivo em virtude de cardiopatia materna, baixa estatura materna, parada de progressão do parto, rotura uterina em cesárea anterior há 4 anos e sangramento por laceração no desprendimento) ou Motivos fetais (macrossomia, desaceleração do batimento cardíaco fetal, líquido amniótico meconial, distócia de ombro e dificuldade no desprendimento fetal).

### 3.7 VIÉS

As informações referentes às variáveis relacionadas à assistência ao trabalho de parto e parto foram coletadas junto às enfermeiras obstétricas, de forma a minimizar as perdas de dados decorrentes do preenchimento falho dos formulários e da não obrigatoriedade de registro nos prontuários de algumas condutas obstétricas sob investigação. Igualmente, optou-se pela contratação de uma Obstetriz para auxiliar na coleta de dados por se tratar de uma profissional da área, familiarizada com os termos técnicos, de forma a minimizar o viés de informação.

# 3.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados por meio do programa SPSS versão 20, com a assessoria de um profissional estatístico. Para a análise descritiva, foram obtidas as proporções para as variáveis qualitativas e, para as variáveis quantitativas, foram obtidas as medidas de tendência central e de dispersão (média, desvio padrão, valores mínimo e máximo). Foram realizadas

análises separadas para cada variável dependente e, em ambas, foram utilizadas as mesmas variáveis independentes.

A investigação dos fatores associados à episiotomia ou à integridade perineal foi realizada em três etapas. Na primeira etapa, foi realizado o teste de associação pelo Quiquadrado entre as variáveis dependentes (variáveis desfecho) e independentes (explicativas) para explorar a associação entre elas. Na segunda etapa, as relações entre as variáveis foram analisadas em modelos de regressão logística binária univariada. As variáveis independentes que obtiveram modelos com valor de p<0,20 na análise univariada foram, então, incluídas na terceira etapa da análise estatística, a regressão logística binária múltipla.

Nos modelos múltiplos, as variáveis foram inseridas, uma a uma, segundo ordem crescente de valor de p. Para o desfecho *Episiotomia*, as variáveis independentes entraram no modelo múltiplo na seguinte ordem: paridade (p<0,001), idade (p<0,001), uso de ocitocina intravenosa no trabalho de parto (p<0,001), puxos dirigidos (p<0,001), práticas de conforto (p<0,001), uso de manobras de proteção perineal (p<0,001), número de toques vaginais (p<0,001), intercorrência no trabalho de parto (p=0,003), escolaridade (p=0,005), presença de acompanhante (p=0,021), número de consultas pré-natal (p=0,030), posição materna no parto (p=0,072), nacionalidade (p=0,084), ocupação (p=0,110), idade gestacional pela ultrassonografia (p=0,121), dilatação cervical (p=0,135) e companheiro (p=0,144).

Para o desfecho *Integridade perineal*, as variáveis independentes entraram no modelo de regressão múltipla na seguinte ordem: paridade (p<0,001), práticas de conforto (p=0,006), idade (p=0,012), cor autorreferida (p=0,062), número de consultas pré-natal (p=0,085), presença de acompanhante (p=0,088), posição materna no parto (p=0,114), idade gestacional pela ultrassonografia (p=0,117) e número de toques vaginais (p=0,156). Em ambas as análises múltiplas, as variáveis que apresentaram valor de p<0,05 foram consideradas como fatores independentemente associados à episiotomia ou à integridade perineal.

Os ajustes dos modelos de regressão múltipla foram avaliados pelo teste de Hosmer-Lemeshow (modelos ajustados para as variáveis ao apresentarem valor de p>0,05) (Hosmer e Lemeshow, 2000). Em todas as análises, foi considerado o intervalo de confiança de 95% (IC 95%). A medida de associação para comparação das variáveis entre as mulheres submetidas e não submetidas à episiotomia e entre as mulheres que apresentaram ou não integridade perineal foi a razão de chance (*Odds Ratio*, OR).

## 3.9 ASPECTOS ÉTICOS

Em observância às determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Parecer nº 2013/498.698) (Anexo 1) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (Parecer nº 2014/520.344) (Anexo 2).

Não houve qualquer contato das pesquisadoras com as mulheres cujos dados foram obtidos para a realização deste estudo. Igualmente, a assistência oferecida às parturientes não sofreu qualquer modificação da que era usualmente oferecida no CPN-HMLMB. As informações obtidas são confidenciais.

O nome das enfermeiras obstétricas não foi vinculado aos dados dos partos assistidos. Na construção do banco de dados, as informações coletadas foram utilizadas de forma a evitar a possibilidade de identificação das participantes. As pesquisadoras se comprometem a manter o sigilo quanto à identificação das mães e neonatos cujos dados foram coletados, bem como sobre as enfermeiras obstétricas que assistiram às mulheres nos partos.

# 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

## 4.1 FATORES ASSOCIADOS À EPISIOTOMIA

Fatores associados à condição perineal no parto podem ser controlados pelo profissional? Um estudo transversal sobre episiotomia\*\*.

Marina Gemma<sup>\*1</sup>, Flora Maria Barbosa da Silva<sup>1,2</sup>, Esteban Fernandez Tuesta<sup>2</sup>, Rosemeire Sartori de Albuquerque<sup>2</sup>, Maria Isabel Mota da Silva<sup>2,3</sup>, Mayara Gomes Portella.

Endereços institucionais: <sup>1</sup>Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Av. Dr. Arnaldo, 715, São Paulo, Brasil. <sup>2</sup>Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, Av. Arlindo Béttio, 1000, São Paulo, Brasil. <sup>3</sup>Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, Av. Celso Garcia, 2477, São Paulo, Brasil.

Endereços eletrônicos: Marina Gemma\* - marina.gemma@usp.br; Flora Maria Barbosa da Silva - floramaria@usp.br; Esteban Fernandez Tuesta - tuesta@usp.br; Rosemeire Sartori de Albuquerque - rosemeiresartori@usp.br; Maria Isabel Mota da Silva - thor\_usp@hotmail.com; Mayara Gomes Portella - mayara.portella@outlook.com.

#### Resumo

**Introdução:** A episiotomia ainda é amplamente utilizada no Brasil, apesar de seu uso seletivo ser recomendado de maneira consistente na literatura. Este estudo teve como objetivos identificar os fatores maternos, fetais e assistenciais associados a esta intervenção e descrever os motivos apontados para a sua realização. **Método:** Estudo transversal com coleta de dados prospectiva por meio de formulário aplicado junto às enfermeiras obstétricas de um Centro de Parto Normal intra-hospitalar de São Paulo e que incluiu dados de todas as mulheres que deram à luz neste serviço no período de fevereiro de 2014 a janeiro de 2015. Na análise estatística, a associação entre a variável desfecho (episiotomia) e as variáveis sociodemográficas, obstétricas e relacionadas à assistência foi estimada por meio de Odds Ratio (OR), calculada por meio de regressão logística univariada e múltipla com intervalos de confiança de 95% (IC 95%), no programa estatístico SPSS versão 20. Os motivos para a realização de episiotomia foram descritos por meio de frequências e porcentagens. **Resultados:** Foram analisados os dados de 802 mulheres (frequência de episiotomia de 23,8%, 191 mulheres). Os fatores independentemente associados à episiotomia foram: não ter parto vaginal anterior (OR 26,72; IC 95% 15,42-46,30), uso de ocitocina durante o trabalho de parto (OR 1,69; IC 95% 1,12-2,57), puxos dirigidos (OR 2,05; IC 95% 1,23-3,43), intercorrência no trabalho de parto (OR

<sup>\*</sup>Autor correspondente

<sup>\*\*</sup> Este artigo é oriundo da Dissertação "Fatores associados à integridade perineal e à episiotomia no parto normal: estudo transversal" e faz parte do estudo "Decisão clínica e fatores associados à episiotomia: estudo transversal", financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) (Processo nº 2013/16063-1).

2,61; IC 95% 1,43-4,77) e posição semissentada no parto (5,45; IC 95% 1,06-28,01). O uso de uma manobra de proteção perineal (OR 0,11; IC 95% 0,04-0,26) ou de duas manobras ou mais (OR 0,09; IC 95% 0,04-0,22) se apresentou como fator de proteção contra a episiotomia. As indicações para episiotomia incluíram, predominantemente, motivos relacionados às condições e dimensões do períneo. **Conclusões:** As variáveis associadas à episiotomia incluíram, em sua maioria, fatores que podem ser controlados pelo profissional. Informar os profissionais que atuam na assistência ao parto e as mulheres que buscam esse atendimento sobre os fatores associados à episiotomia pode contribuir para a redução do uso do procedimento entre mulheres que têm parto vaginal.

Palavras-chave: episiotomia; parto obstétrico; saúde materno-infantil; estudos transversais.

## Introdução

A condição perineal no parto vaginal tem sido apontada como um dos fatores que pode impactar a qualidade de vida e a experiência de maternidade das mulheres e tem sido associada a fatores maternos, fetais e da assistência ao trabalho de parto e parto [1]. Estes fatores incluem o local de parto e o profissional responsável pela assistência; a paridade; as dimensões do períneo e a existência de cicatriz perineal anterior; a duração do segundo período do parto; a infusão intravenosa de ocitocina durante o trabalho de parto; o parto instrumental; a posição materna no parto; os puxos dirigidos; o uso de manobras de proteção perineal; o peso do recémnascido, entre outros [1]-[4].

Entre os possíveis desfechos perineais, o uso da episiotomia tem diminuído ao longo das últimas décadas [5]-[10], como resultado da recomendação de seu uso seletivo na literatura obstétrica mundial [11]-[13]. As razões para esta recomendação incluem a associação entre o procedimento e complicações no período pós-parto e em médio e longo prazo, tais como: maior perda sanguínea; maior taxa de infecção; piora na função sexual; dor perineal; edema perineal; maior incidência de incontinência urinária e fecal; disfunções do assoalho pélvico e alterações estéticas na região vulvoperineal; limitações nas atividades cotidianas; e impacto negativo na experiência da maternidade [11]-[14].

Não há um consenso sobre as reais indicações para a realização da episiotomia e sobre a frequência ideal do procedimento [11]-[13]. A Organização Mundial da Saúde considera razoável uma frequência de episiotomia em torno de 10% [15], mas, na prática clínica, um percentual entre 10% e 30% é considerado justificável. O uso da episiotomia varia consideravelmente entre os países e mesmo entre os diferentes serviços e profissionais de um mesmo país. As estatísticas nacionais em diferentes países do globo mostram que, em

comparação às menores frequências observadas nos países de língua inglesa e do norte europeu (Estados Unidos: 14,4% [6], Inglaterra: 17,8% [7], Nova Zelândia: 11% [5], Austrália: 16,2% [8], Suécia: 9,7% e Dinamarca: 12% [5]), os países asiáticos apresentam as frequências mais elevadas (China: 82%; Taiwan: 100%) e a América Central e América do Sul registram percentuais superiores a 60% de episiotomia em primíparas [5].

Situações específicas são apontadas como indicações para a realização da incisão, em virtude da ausência de evidências sobre os potenciais benefícios e/ou riscos associados ao procedimento nestas condições, que incluem: parto prematuro; parto pélvico; parto instrumental (fórceps ou vácuo-extração); macrossomia; distócia de ombro; padrão não tranquilizador da frequência cardíaca fetal; rigidez perineal; e iminência de laceração perineal severa [11]-[13].

A episiotomia trata-se de um trauma perineal intencional, que gera custos aos serviços de saúde, em curto ou longo prazo, além de sofrimento para as mulheres. No Brasil, apesar de na última década observar-se uma diminuição da prática de episiotomia (frequência nacional de 71,6% em 2006 [9] para 53,5% em 2014 [10]), a frequência do procedimento permanece elevada, em comparação a outros países. Há dificuldades para investigar as indicações de episiotomia quando o procedimento é realizado de modo rotineiro, como na maioria dos serviços de maternidade brasileiros. Dessa forma, esta pesquisa teve como objetivos identificar os fatores maternos, fetais e assistenciais associados à episiotomia, bem como os motivos apontados para a sua realização, em um serviço de saúde onde os partos vaginais são assistidos exclusivamente por profissionais que se propõem a realizar o procedimento de maneira seletiva.

#### Método

### Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal com coleta de dados prospectiva.

### Local do estudo e coleta de dados

O estudo foi desenvolvido no Centro de Parto Normal do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (CPN-HMLMB), um Centro de Parto Normal intra-hospitalar (CPN-IH) localizado na cidade de São Paulo. O hospital possui complexidade terciária e é referência para atendimento às gestações de alto risco, além de partos de risco habitual, que são, em sua maioria, assistidos no CPN-HMLMB por enfermeiras obstétricas. A coleta de dados ocorreu no período de 10 de fevereiro de 2014 a 31 de janeiro de 2015 e consistiu na aplicação de um formulário junto às enfermeiras obstétricas, no qual foram inseridos os dados das mulheres e recém-nascidos assistidos neste CPN-IH. A pesquisa foi apresentada a todas as profissionais

deste serviço e foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não houve nenhuma recusa em participar do estudo.

Para assegurar a regularidade na coleta dos dados, uma Obstetriz foi contratada como pesquisadora auxiliar para realizar a coleta de dados. Ao final dos plantões diurnos e noturnos, esta pesquisadora coletava, junto à profissional responsável pelo plantão, dados relativos às variáveis sobre a assistência ao trabalho de parto e parto, que incluíam as variáveis sobre a decisão clínica para realizar episiotomia. Dados sobre a identificação das mulheres também foram obtidos nesta ocasião. A escolha por coletar estas informações junto às enfermeiras obstétricas teve em vista minimizar as perdas de dados decorrentes do preenchimento falho dos formulários e obter dados relativos às condutas obstétricas que não são obrigatoriamente registradas nos prontuários. Igualmente, optou-se pela contratação de uma Obstetriz por se tratar de uma profissional da área, familiarizada com os termos técnicos, minimizando, assim, o viés de informação.

Os dados sobre as variáveis sociodemográficas, história clínica e obstétrica e desfechos maternos e neonatais foram inseridos no formulário por meio de busca manual nos prontuários das pacientes. Estas coletas ocorreram no Serviço de Atendimento Médico e Estatístico (SAME) da instituição, de 01 a 02 vezes por semana, conforme a disponibilização dos prontuários às pesquisadoras. O estudo foi aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa da instituição proponente (Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo) e do hospital local da pesquisa (CAAE 25526113.2.0000.5421).

### População do estudo

O estudo incluiu todas as enfermeiras obstétricas do CPN-HMLMB. Além de estas profissionais consistirem nas fontes de dados para as variáveis relacionadas à assistência ao parto que não são de registro obrigatório nos prontuários, elas forneceram as informações referentes à decisão clínica para realizar episiotomia. O estudo também incluiu dados de todas as mulheres admitidas no CPN-HMLMB durante o período de estudo. Os critérios de exclusão foram: não ter o parto assistido por enfermeira obstétrica; admissões no CPN-HMLMB em decorrência de abortamento; partos que ocorreram fora do CPN-HMLMB (parto domiciliar ou no trajeto); e prontuários não encontrados pelo SAME. A amostragem foi definida por conveniência, delimitando-se o período de um ano de coleta de dados, com o objetivo de abranger a variação sazonal do número de partos do serviço.

#### Variáveis

A variável dependente foi a condição perineal, categorizada em função da realização de episiotomia como *Não* (períneo íntegro e lacerações espontâneas de 1° ou 2° grau, isoladas ou

múltiplas) ou *Sim* (episiotomia mediolateral direita e episiotomia mediolateral direita concomitante a laceração espontânea de 1° ou 2° grau, isoladas ou múltiplas). Não houve casos de registro de laceração de 3° ou 4° grau e em todos os casos de episiotomia foi utilizada a técnica mediolateral direita.

Para as variáveis independentes, foram selecionadas *variáveis sociodemográficas* (idade materna, escolaridade, situação conjugal, ocupação, nacionalidade e cor da pele autorreferida), *variáveis de história obstétrica e condições na admissão* (número de consultas pré-natal, paridade, altura uterina, idade gestacional pela ultrassonografia e dilatação cervical) e *variáveis de assistência ao trabalho de parto e parto* (uso de ocitocina intravenosa no trabalho de parto, rotura das membranas amnióticas, número de toques vaginais, uso de práticas de conforto, presença de acompanhante no trabalho de parto e parto, intercorrência no trabalho de parto, puxos dirigidos, posição materna no parto, posição de desprendimento da cabeça fetal, uso de manobras de proteção perineal e peso do recém-nascido).

As informações das variáveis sociodemográficas foram obtidas por meio dos dados da Declaração de Nascido Vivo (DNV) do Ministério da Saúde. As informações sobre as variáveis de história obstétrica e condições na admissão foram coletadas da ficha de internação ou histórico de enfermagem, com exceção da variável sobre o número de consultas pré-natal, que também foi coletada da DNV. Todas as variáveis referentes à assistência ao trabalho de parto e parto foram coletadas junto às enfermeiras obstétricas responsáveis pela assistência. Caso fosse necessário complementar as variáveis coletadas junto às profissionais, foram consideradas as informações registradas no livro de parto do CPN-HMLMB e/ou nos prontuários das mulheres.

### Análise estatística

Os dados foram analisados por meio do programa SPSS versão 20, com o suporte de um profissional estatístico. Para a análise descritiva, foram obtidas as proporções para as variáveis qualitativas e, para as variáveis quantitativas, foram obtidas as medidas de tendência central e de dispersão (média, desvio padrão, valores mínimo e máximo).

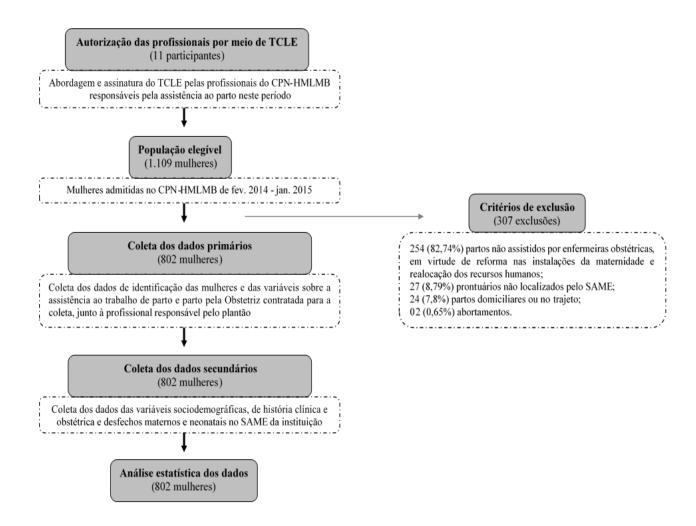
A investigação dos fatores associados à episiotomia foi realizada em três etapas. Na primeira etapa, foi realizado o teste de associação pelo Qui-quadrado entre as variáveis dependente e independentes para explorar a associação entre elas. Na segunda etapa, as relações entre as variáveis foram analisadas em modelos de regressão logística binária univariada. As variáveis independentes que obtiveram modelos com valor de p<0,20 na análise univariada foram, então, incluídas na 3ª etapa da análise estatística, o modelo de regressão logística binária múltipla.

No modelo múltiplo, as variáveis foram inseridas, uma a uma, segundo ordem crescente de valor de p, sendo consideradas como fatores independentemente associados à episiotomia quando apresentaram p<0,05. Foi considerado o intervalo de confiança de 95% (IC 95%). O ajuste do modelo de regressão múltipla foi avaliado pelo teste de Hosmer-Lemeshow (o modelo foi considerado como ajustado para as variáveis ao apresentar valor de p>0,05) [16].

#### Resultados

A população elegível correspondeu a 1.109 mulheres. Todas as participantes foram analisadas de acordo com os critérios de elegibilidade e, após as exclusões, os dados de 802 mulheres foram incluídos na análise. Entre as razões para as perdas (307), 82,74% (254) corresponderam a partos não assistidos por enfermeiras obstétricas, 8,79% (27) a prontuários não localizados pelo SAME da instituição, 7,82% (24) a partos que ocorreram fora do CPN-HMLMB e 0,65% (2) a admissões em decorrência de abortamento (Figura 1).

**Figura 1 -** Diagrama de fluxo dos participantes em cada etapa do estudo.



Entre as 802 mulheres incluídas na análise, a frequência de episiotomia correspondeu a 23,8% (191). Em relação às características sociodemográficas das parturientes (Tabela 1), a média de idade foi de 25 anos (dp= 6,1; 13-46) e 19% (152) das mulheres eram adolescentes. A maioria das participantes (70,6%; 566) tinha 8 ou mais anos de estudo, possuía companheiro (89,8%; 720) e exercia alguma atividade remunerada (57,7%; 463). Dois terços das mulheres eram brasileiras (66,5%; 533) e a maioria se declarou como branca (62,7%; 503).

**Tabela 1 -** Distribuição das mulheres assistidas no CPN-HMLMB, segundo variáveis sociodemográficas e realização de episiotomia. São Paulo, 2014-2015.

	Episiotomia				
	Sim	Não			
	N	= 802			
Características	N (%)	N (%)	Valor de p**		
Idade (anos)			< 0,001		
13 a 19	66 (43,4)	86 (56,6)			
20 a 34	120 (20,5)	465 (79,5)			
≥ 35	5 (7,7)	60 (92,3)			
Total	191 (23,8)	611 (76,2)			
Escolaridade			0,006		
Ensino fundamental	40 (16,9)	196 (83,1)			
Ensino médio	135 (26,0)	384 (74,0)			
Ensino superior	16 (34,0)	31 (66,0)			
Total	191 (23,8)	611 (76,2)			
Situação conjugal			0,134		
Sem companheiro	25 (30,5)	57 (69,5)	,		
Com companheiro	166 (23,1)	554 (76,9)			
Total	191 (23,8)	611 (76,2)			
Ocupação			0,109		
Do lar	90 (26,7)	247 (73,3)	•		
Trabalho remunerado	101 (21,8)	362 (78,2)			
Total	191 (23,9)	609* (76,1)			
Nacionalidade			0,091		
Brasileira	139 (26,1)	394 (73,9)	,		
Boliviana	40 (18,6)	175 (81,4)			
Outras	12 (22,2)	42 (77,8)			
Total	191 (23,8)	611 (76,2)			
Cor da pele			0,992		
Branca	120 (23,9)	383 (76,1)	,		
Não brança	71 (23,8)	227 (76,2)			
Total					
		610* (76,2)			

<sup>\*</sup>Perda <10%

Em relação às variáveis de história obstétrica e condições na admissão (Tabela 2), as mulheres apresentaram uma média de 7 consultas pré-natal (dp= 2,8; 0-19) e 41% (329) das participantes não tinham história prévia de parto vaginal (mulher nulípara ou com somente uma

<sup>\*\*</sup>Teste de associação pelo Qui-quadrado

cesariana anterior), sendo que, destas, 97,8% (322) eram nulíparas. No momento da admissão no CPN-HMLMB, as mulheres apresentaram uma altura uterina média de 34,5cm (dp=1,9; 27-47), idade gestacional pela ultrassonografia (USG) média de 40 semanas gestacionais (dp=1,2; 34-43) e dilatação cervical média de 6cm (dp= 2,3; 0-10). A proporção de mulheres admitidas no CPN-HMLMB com 7cm ou mais de dilatação cervical foi de 41,9% (336), ao passo que 12,3% (99) foram internadas com dilatação de até 3cm.

**Tabela 2 -** Distribuição das mulheres assistidas no CPN-HMLMB, segundo variáveis de história obstétrica e condições na admissão e realização de episiotomia. São Paulo, 2014-2015.

	<b>Episiotomia</b>			
	Sim	Não		
	N =	N = 802		
Características	N (%)	N (%)	Valor de p**	
Nº consultas pré-natal			0,033	
0 a 5	37 (18,3)	165 (81,7)		
6 ou mais	154 (25,7)	445 (74,3)		
Total	191 (23,8)	610* (76,2)		
Paridade			< 0,001	
Sem parto vaginal anterior	171 (52,0)	158 (48,0)		
Com parto vaginal anterior	20 (4,2)	453 (95,8)		
Total	191 (23,8)	611 (76,2)		
Altura uterina			0,258	
Até 32 cm	29 (31,5)	63 (68,5)		
33 a 35 cm	105 (23,4)	344 (76,6)		
36 cm ou mais	57 (24,9)	172 (75,1)		
Total	191 (24,8)	579* (75,2)		
Idade gestacional (USG)			$0,088^{a}$	
Até 36 semanas e 6 dias	2 (33,3)	4 (66,7)		
37 a 40 semanas	125 (22,2)	438 (77,8)		
41 semanas ou mais	53 (29,6)	126 (70,4)		
Total	180* (24,1)	568* (75,9)		
Dilatação			0,134	
0 a 3 cm	29 (29,3)	70 (70,7)		
4 a 6 cm	91 (25,2)	270 (74,8)		
7cm ou mais	69 (20,5)	267 (79,5)		
Total	189* (23,7)	607* (76,3)		

<sup>\*</sup>Perda <10%

Durante a assistência ao trabalho de parto e parto (Tabela 3), 37,9% (304) das mulheres receberam infusão intravenosa de ocitocina no trabalho de parto, sendo que, destas, 49,3% (150) não tinham história prévia de parto vaginal. A amniotomia foi realizada em 51,2% (411) das participantes e, entre as mulheres com rotura espontânea das membranas amnióticas, 37,7% (134) apresentaram bolsa rota na internação. As mulheres receberam um número médio de 4 toques vaginais (dp= 2,1; 1-19) e para 71,6% (574) delas foi prescrito alguma prática de

<sup>\*\*</sup>Teste de associação pelo Qui-quadrado

<sup>&</sup>lt;sup>a</sup> Teste exato de Fisher

conforto, isolada ou mais de uma medida (banho de aspersão, bola suíça, massagem, deambulação ou outras práticas, tais como barra, banquinho ou agachamento).

A maior parte das mulheres recebeu suporte de algum acompanhante de sua escolha durante a internação para o parto (90,8%; 728) e não apresentou nenhuma intercorrência durante o trabalho de parto (87%; 698). Entre as intercorrências apontadas pelas enfermeiras obstétricas (12,8%; 103), 68,3% (71) corresponderam a líquido amniótico meconial fluído, 11,5% (12) a líquido amniótico meconial espesso e 19,2% (20) a outras causas (parada de progressão do trabalho de parto, alterações na cardiotocografia, fisometria, taquissistolia uterina, lipotimia, nível de hemoglobina baixo no momento da internação, febre materna, pico hipertensivo materno, parturiente pouco colaborativa em virtude de uso de drogas ou de problemas psicológicos, reação extrapiramidal à medicação antiemética - Metoclopramida, sangramento de colo uterino e suspeita de líquido amniótico sanguinolento).

O puxo dirigido foi utilizado em 63,7% (511) dos partos e 96,5% (774) das mulheres pariram na posição semissentada. Somente 3,5% (28) das mulheres pariram em outras posições, que incluíram: posição lateral (46,4%; 13), litotômica (21,4%; 6), cócoras (10,7%; 3); quatro apoios (10,7%; 3), em pé (7,2%; 2) e sentada (3,6%; 1). O desprendimento da cabeça fetal se deu na posição occipício-pube em 98,9% (793) dos partos e em 92,7% (744) das mulheres foi realizada alguma manobra de proteção perineal (apoio do períneo e da cabeça fetal com os dedos; apoio somente do períneo com a compressa; pedir que a mulher soltasse o ar durante o desprendimento do polo cefálico fetal; e pedir que a mulher fizesse esforços expulsivos fora das contrações). O peso médio dos recém-nascidos foi 3.341 gramas (dp= 419,9; 1.750-4.800).

**Tabela 3 -** Distribuição das mulheres assistidas no CPN-HMLMB, segundo variáveis de assistência ao trabalho de parto (TP) e parto e realização de episiotomia. São Paulo, 2014-2015.

	Episio		
	Sim	Não	
	N =		
Características	N (%)	N (%)	Valor de p**
Uso de ocitocina no TP			< 0,001
Não	93 (18,7)	404 (81,3)	
Sim	98 (32,2)	206 (67,8)	
Total	191 (23,8)	610* (76,2)	
Rotura das membranas			0,469
Artificial	103 (25,1)	308 (74,9)	
Espontânea	81 (22,8)	274 (77,2)	
Total	184* (24,0)	582* (76,0)	
Nº de toques vaginais			< 0,001
0 a 3	50 (13,7)	314 (86,3)	
4 ou mais	136 (31,8)	292 (68,2)	
Total	186* (23,5)	606* (76,5)	

**Tabela 3 -** Distribuição das mulheres assistidas no CPN-HMLMB, segundo variáveis de assistência ao trabalho de parto (TP) e parto e realização de episiotomia. São Paulo, 2014-2015 (continuação).

	-		
Práticas de conforto			<0,001
Não	28 (13,7)	176 (86,3)	
Sim	155 (27,0)	419 (73,0)	
Total	183* (23,5)	595* (76,5)	
Acompanhante			0,029
Não	10 (13,5)	64 (86,5)	
Sim	181 (24,9)	547 (75,1)	
Total	191 (23,8)	611 (76,2)	
Intercorrência no TP			0,002
Não	153 (21,9)	545 (78,1)	
Sim	37 (35,9)	66 (64,1)	
Total	190* (23,7)	611 (76,3)	
Puxos dirigidos			< 0,001
Não	36 (12,5)	251 (87,5)	
Sim	155 (30,3)	356 (69,7)	
Total	191 (23,9)	607* (76,1)	
Posição no parto			$0,116^{a}$
Semissentada	188 (24,3)	586 (75,7)	
Outras	3 (10,7)	25 (89,3)	
Total	191 (23,8)	611 (76,2)	
Desprendimento da cabeça fetal			$0,694^{a}$
Occipício-pube	190 (24,0)	603 (76,0)	
Occipício-sacro	1 (11,1)	8 (88,9)	
Total	191 (23,8)	611 (76,2)	
Manobra de proteção perineal			< 0,001
Nenhuma	27 (46,6)	31 (53,4)	
01 manobra	68 (21,7)	245 (78,3)	
02 manobras ou mais	96 (22,3)	335 (77,7)	
Total	191 (23,8)	611 (76,2)	
Peso do recém-nascido (g)			$0,234^{a}$
Até 2499	1 (6,2)	15 (93,8)	
2500 a 3999	180 (24,4)	558 (75,6)	
4000 ou mais	10 (20,8)	38 (79,2)	
Total	191 (23,8)	611 (76,2)	
*D1- <100/			

<sup>\*</sup>Perda <10%

Na análise univariada, as seguintes variáveis apresentaram valor de p<0,20 e foram inseridas no modelo de regressão múltipla de acordo com esta ordem de entrada: paridade (p<0,001), idade (p<0,001), uso de ocitocina no trabalho de parto (p<0,001), puxos dirigidos (p<0,001), práticas de conforto (p<0,001), uso de manobras de proteção perineal (p<0,001), número de toques vaginais (p<0,001), intercorrência no trabalho de parto (p=0,003), escolaridade (p=0,005), presença de acompanhante (p=0,021), número de consultas pré-natal (p=0,030), posição materna no parto (p=0,072), nacionalidade (p=0,084), ocupação (p=0,110),

<sup>\*\*</sup>Teste de associação pelo Qui-quadrado

<sup>&</sup>lt;sup>a</sup> Teste exato de Fisher

idade gestacional pela ultrassonografia (p=0,121), dilatação cervical (p=0,135) e companheiro (p=0,144).

No modelo final de regressão múltipla, os fatores independentemente associados à episiotomia foram: não ter parto vaginal anterior, uso de ocitocina durante o trabalho de parto, puxos dirigidos, intercorrência no trabalho de parto e posição semissentada no parto. O uso de uma manobra de uma proteção perineal ou de duas manobras ou mais se apresentou como fator de proteção contra a prática de episiotomia (Tabela 4).

**Tabela 4 -** Odds ratios (OR) brutas e ajustadas para realização de episiotomia entre as mulheres assistidas no CPN-HMLMB. São Paulo, 2014-2015.

		Análise univariada			Análise múltipla*	
Variável	OR bruta	IC 95%	Valor de p	OR ajustada	IC 95%	Valor de p
Paridade						
Sem parto vaginal anterior	24,51	14,91 - 40,31	< 0,001	26,72	15,42 - 46,30	< 0,001
Com parto vaginal anterior	Ref.	-	-	Ref.	-	-
Uso de ocitocina no TP						
Não	Ref.	-	-	Ref.	-	-
Sim	2,07	1,49 - 2,87	<0,001	1,69	1,12 - 2,57	0,013
Puxos dirigidos						
Não	Ref.	-	-	Ref.	-	-
Sim	3,04	2,04 - 4,51	< 0,001	2,05	1,23 - 3,43	0,006
Intercorrência no TP						
Não	Ref.	-	-	Ref.	-	-
Sim	2,00	1,28 - 3,10	0,002	2,61	1,43 - 4,77	0,002
Posição no parto						
Semissentada	2,67	0,80 - 8,95	0,111	5,45	1,06 - 28,01	0,043
Outras	Ref.	-	-	Ref.	-	-
Manobra de proteção perineal						
Nenhuma	Ref.	-	-	Ref.	-	-
Até 01 manobra	0,32	0,18 - 0,57	<0,001	0,11	0,04 - 0,26	<0,001
02 manobras ou mais	0,33	0,19 - 0,58	< 0,001	0,09	0,04 - 0,22	<0,001

<sup>\*</sup>p (Teste Hosmer-Lemeshow) = 0.423

Nesta pesquisa, 191 mulheres (23,8%) foram submetidas à episiotomia e, destas, 89,5% (171) não tinham história prévia de parto vaginal. Entre as mulheres submetidas ao procedimento, 15,7% (30) também apresentaram laceração de 1º grau, 2,6% (5) apresentaram laceração de 2º grau e 1,6% (3) apresentaram lacerações de 1º e 2º graus concomitantes à incisão.

A totalidade dos procedimentos correspondeu à técnica mediolateral direita e os motivos mais frequentes apontados pelas enfermeiras obstétricas para a realização da episiotomia foram motivos relacionados às condições perineais (rigidez perineal, iminência de laceração perineal

severa e períneo curto) e, em menor proporção, motivos relacionados às condições maternas (exaustão materna e período expulsivo prolongado) (Tabela 5).

**Tabela 5 -** Distribuição dos motivos\* apontados para a realização de episiotomia por enfermeiras obstétricas do CPN-HMLMB. São Paulo, 2014-2015.

Motivos maternos	N	(%)
Rigidez perineal	140	31,7
Iminência de laceração perineal severa	95	21,5
Períneo curto	70	15,8
Exaustão materna	51	11,5
Período expulsivo prolongado	26	5,9
Mucosa friável	4	1,0
Edema perineal	2	0,5
Abreviar período expulsivo em virtude de parturiente não colaborativa	2	0,5
Abreviar período expulsivo em virtude de cardiopatia materna	1	0,2
Baixa estatura materna	1	0,2
Parada de progressão do parto	1	0,2
Rotura uterina em cesárea anterior há 4 anos	1	0,2
Sangramento por laceração no desprendimento	1	0,2
Total	395	89,4
Motivos fetais		
Líquido amniótico meconial	20	4,5
Macrossomia	15	3,4
Desaceleração do batimento cardíaco fetal	10	2,3
Distócia de ombro	1	0,2
Dificuldade no desprendimento fetal	1	0,2
Total	47	10,6

<sup>\*</sup> Era possível apontar mais de um motivo para a realização do procedimento.

### Discussão

Este estudo teve como objetivos identificar os fatores associados à episiotomia e descrever os motivos apontados por enfermeiras obstétricas para sua realização. As variáveis associadas à episiotomia incluíram, em sua maioria, fatores relacionados à assistência ao trabalho de parto e parto, tais como o uso de ocitocina durante o trabalho de parto, posição materna no parto, puxos dirigidos e a realização de manobras de proteção perineal. Entre as indicações apontadas para a realização do procedimento, a maioria envolveu motivos maternos, especialmente em relação às condições e dimensões do períneo.

Embora a frequência de episiotomia neste CPN-IH seja inferior à frequência nacional brasileira de 53,5% [10], ela é superior àquela encontrada em Centro de Parto Normal extrahospitalar brasileiro (14,1%) [17] e em serviços de maternidade de países de língua inglesa e do norte europeu (9,7% a 17,8%) [5]-[8], mas é semelhante às frequências encontradas em Centros de Parto Normal intra ou peri-hospitalares brasileiros (7,2% a 25,9%) [18]-[20]. Com relação aos fatores associados à ocorrência do trauma perineal no parto vaginal, a associação

com a paridade materna é aquela mais frequentemente relatada nos estudos [21][22]. Os resultados encontrados corroboram os dados de outras pesquisas, nas quais a realização de episiotomia é mais frequente entre mulheres sem parto vaginal anterior do que entre multíparas [17]-[20][23]. Uma possível explicação para este achado é o fato de que a menor elasticidade da musculatura perineal, característica das primíparas, pode resultar na necessidade de que o profissional aguarde a distensão perineal pelo polo cefálico fetal por um tempo maior do que entre aquelas que tiveram parto vaginal em gestação prévia.

O puxo dirigido (orientar a parturiente a fazer força abdominal para baixo durante as contrações para auxiliar a expulsão fetal) esteve associado à realização de episiotomia e pode indicar situações em que o profissional julgou necessário abreviar a duração do período expulsivo. A duração do período expulsivo do parto tem sido associada à paridade, ao uso de analgesia epidural, ao índice de massa corporal materno, ao peso fetal, à posição occipício-posterior da cabeça fetal, à posição fetal no momento da dilatação total e ao puxo tardio (retardar o início das forças secundárias - puxos espontâneos ou urgência involuntária de empurrar - que auxiliam a expulsão fetal) [24]. A literatura aponta que uma maior duração do período expulsivo está associada a desfechos maternos adversos, tais como maiores taxas de infecção puerperal, de laceração perineal severa e de hemorragia pós-parto [24]. Segundo o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas e a Sociedade de Medicina Materno-fetal, a duração do período expulsivo em partos sem analgesia epidural é de, pelo menos, 2 horas em multíparas e 3 horas em primíparas. Um período expulsivo mais prolongado deve ser documentado e avaliado de forma a considerar a singularidade de cada situação, como o uso de analgesia epidural e a posição fetal [24].

Apesar de sua constante utilização na prática clínica, não há respaldo científico que justifique a utilização do puxo dirigido, que, na literatura, parece não demonstrar efeito sobre a condição perineal e sobre os desfechos maternos e fetais, tais como infecção puerperal, hemorragia pós-parto, índice de Apgar menor que 7 no quinto minuto, pH da artéria umbilical menor que 7 e admissão neonatal em unidades de terapia intensiva [3][25]. A literatura aponta que, em mulheres sem o uso de anestesia epidural, o puxo dirigido abreviou o tempo do período expulsivo, mas afetou negativamente os fatores urodinâmicos maternos três meses após o parto - diminuição da capacidade de retenção de urina pela bexiga e diminuição da primeira vontade de urinar (primeiro desejo de urinar com um volume de urina menor que 200 ml) [3].

Neste CPN-IH, a analgesia epidural não é oferecida, apesar de o Ministério da Saúde garantir o direito da gestante de ter este recurso disponível por meio das portarias GM/MS 2.815/98 e 572/00, que incluem a analgesia de parto na tabela de procedimentos obstétricos

remunerados pelo Sistema Único de Saúde [26]. Estudos demonstram que o uso de puxos dirigidos em mulheres que receberam a anestesia, em comparação às mulheres com puxo espontâneo, não demonstrou diferença significativa nas taxas de laceração perineal e realização de episiotomia [3]. A técnica de Valsalva (orientação à mulher inspirar profundamente, prender o ar e fazer força para baixo enquanto duram as contrações), quando comparada ao puxo espontâneo, também abreviou o período expulsivo e afetou negativamente os fatores urodinâmicos maternos, mas não foram observadas diferenças quanto à necessidade de reparo perineal e episiotomia [3]. Dessa forma, a literatura tem incentivado o uso restrito do puxo dirigido, de forma a prevenir o trauma perineal por meio do manejo passivo do período expulsivo, permitindo o puxo espontâneo, a distensão gradual da musculatura perineal e a expulsão fetal menos abrupta [3][25].

A administração intravenosa de ocitocina durante o trabalho de parto foi um fator independentemente associado à episiotomia, corroborando dados de outros estudos que têm verificado a associação do uso deste medicamento com o trauma perineal [17][21][22]. É provável que esta associação exista em virtude de a ocitocina aumentar a contratilidade uterina, tornando os puxos mais intensos (Reflexo de Ferguson) [27]. Além disso, a presença do acesso venoso pode limitar a mobilidade da mulher e restringir suas opções de posição durante o período expulsivo. A administração da ocitocina durante o trabalho de parto é realizada a critério da enfermeira obstétrica do serviço e, geralmente, é utilizada em mulheres que apresentam contrações espontâneas que não resultam em uma dilatação cervical e descida fetal efetivas, ou seja, para corrigir a progressão de partos considerados distócicos [27]. Observouse que 37,9% das parturientes do CPN-HMLMB receberam ocitocina durante o trabalho de parto, achado superior à frequência nacional brasileira de 36,4% [10], mas inferior à de hospitais convencionais brasileiros (40,1% a 47,2%) [18][20].

Considerando-se a orientação filosófica de um CPN (preservar a fisiologia do parto normal) e as características da população de estudo (peso médio dos recém-nascidos de 3.341 gramas, maior proporção de mulheres sem intercorrência no trabalho de parto e proporção equivalente de mulheres com e sem história prévia de parto vaginal anterior entre aquelas que receberam ocitocina intravenosa no trabalho de parto), a plausibilidade clínica da associação entre o uso do medicamento e a realização de episiotomia pode ser atribuída à cultura de prática do profissional de saúde, que ainda utiliza intervenções comuns à ambientes hospitalares mesmo quando está em unidades que comportam modelos alternativos de assistência ao parto [28][29]. Tal cultura se manifesta por meio da adoção acrítica de intervenções, muitas vezes

desnecessárias, e pode também representar a elevada proporção de amniotomia realizada entre as parturientes incluídas nesta análise.

Estudos têm demonstrado que os serviços nos quais as enfermeiras obstétricas e obstetrizes possuem a responsabilidade primária pelo cuidado, bem como os locais alternativos para o parto (que, geralmente, são liderados por estas profissionais) estão associados a menores taxas de intervenções e melhores condições perineais no parto, com menores taxas de episiotomia e predomínio de lacerações espontâneas com pouca importância clínica (lacerações de 2º grau e, sobretudo, de 1º grau) [2][4][17]-[20]. Dessa forma, a localização do CPN em um contexto hospitalar, no qual o profissional pode ser influenciado pela cultura de prática hospitalar, pode influenciar a decisão de realizar uma episiotomia.

Observou-se que pouco mais de um décimo das mulheres apresentou alguma intercorrência durante o trabalho de parto. Classicamente, as intercorrências no trabalho de parto são categorizadas em alterações de contratilidade uterina, alterações pélvicas e alterações fetais [27]. Na vigência de intercorrências durante esse período, pode ser necessário o uso de intervenções com o objetivo de possibilitar o controle do processo de parturição e garantir que mãe e bebê apresentem boas condições de saúde após o parto [27]. Nesta pesquisa, a maioria dos casos de intercorrência durante o trabalho de parto correspondeu a fatores externos à assistência recebida. A associação entre a realização de episiotomia e estas intercorrências pode indicar situações em que o profissional julgou necessário abreviar a duração do período expulsivo. Vale ressaltar que algumas das intercorrências apontadas pelas enfermeiras obstétricas revelam que os critérios de classificação de risco habitual para admissão das parturientes neste serviço não são tão rígidos. No entanto, estudos demonstram que muitos aspectos do cuidado de rotina dos serviços de maternidade podem influenciar a progressão adequada do trabalho de parto, tais como: definição pouco precisa do trabalho de parto ativo [30][31], hospitalização precoce [32], monitorização eletrônica fetal contínua [33], anestesia epidural [34] e restrição de deambulação [35]. A cultura de prática do profissional de saúde também pode influenciar no reconhecimento das distócias, de forma que as "falhas no progresso" representem as "falhas na espera" [28][29].

Aproximadamente 80% das intercorrências apontadas pelas enfermeiras obstétricas neste estudo corresponderam a líquido amniótico meconial (LAM). Esta foi uma indicação para episiotomia em 4,5% dos casos, apesar de o uso da incisão não melhorar a vitalidade dos recémnascidos (14). No entanto, não é possível estabelecer se outra condição clínica, como bradicardia fetal, tenha ocorrido de forma concomitante à presença de mecônio, de maneira a justificar a realização do procedimento. A presença de LAM não representa sofrimento fetal,

mas é um sinal de alerta para os profissionais que atuam na assistência ao parto. Em mulheres de risco habitual, a incidência de LAM em partos a termo está em torno de 15% [36][37] e suas causas mais comuns são a maturidade gastrintestinal fetal, a resposta fetal à hipóxia e a infecção intrauterina. Estudo brasileiro investigou a frequência e os fatores maternos e neonatais associados ao LAM entre mulheres assistidas em um CPN-IH de São Paulo e verificou que o mecônio esteve associado à primiparidade, idade gestacional maior que 41 semanas, uso de ocitocina no trabalho de parto, cesariana e índice de Apgar menor que 7 no quinto minuto. Os autores apontam para a necessidade de estudos aleatorizados para a avaliação das condutas obstétricas em partos com presença de LAM [37].

A posição da mulher no parto influencia as adaptações anatômicas e fisiológicas da pélvis, além de ser uma importante alternativa não farmacológica para o manejo da dor. Apesar de a Organização Mundial da Saúde [15] e o Ministério da Saúde [26] defenderem a liberdade de escolha da parturiente e incentivarem os profissionais de saúde a orientarem a adoção de posições verticalizadas ou lateralizadas, as posições predominantes no Brasil são as de litotomia ou semidecúbito, que tornam os esforços expulsivos menos efetivos e estão associadas à redução do estreito pélvico inferior, decorrente da projeção do osso sacro no canal de parto [38]. Entre os possíveis benefícios das posições alternativas no parto, destacam-se: melhor alinhamento do feto aos diâmetros pélvicos, efeito da gravidade sobre a descida fetal, melhor circulação uteroplacentária, ligeiro aumento das dimensões pélvicas e menor exaustão materna [38][39].

Neste estudo, a adoção de posições semirreclinadas no parto foi um fator independentemente associado à episiotomia. Tal achado corrobora os resultados de uma revisão sistemática que incluiu 7.280 mulheres e avaliou os benefícios e riscos da utilização de diferentes posições durante o período expulsivo entre mulheres que não fizeram uso de anestesia epidural. Nessa revisão, a adoção de posições verticalizadas ou lateralizadas, em comparação às posições supina ou litotômica, demonstrou uma redução significativa de episiotomias (RR 0,79; IC 95% 0,70-0,90), partos assistidos (RR 0,78; IC 95% 0,68-0,90) e alterações na frequência cardíaca fetal (RR 0,46; IC 95% 0,22-0,93), mas apresentou um aumento nas taxas de laceração perineal de segundo grau (RR 0,46; IC 95% 0,22-0,93) e perda sanguínea superior a 500 ml (RR 1,65; IC 95% 1,32-2,60) [39]. Vale ressaltar que, por se tratar de um CPN, o percentual de mulheres que foram incentivadas a adotar posições alternativas ao semidecúbito no parto foi extremamente baixo, o que pode representar a repetição de uma rotina assistencial que parece não considerar a demanda das mulheres e as evidências científicas e diretrizes sobre o tema.

O uso de manobras de proteção perineal se apresentou como fator de proteção contra a prática de episiotomia, o que pode inferir uma conduta expectante com relação à distensão perineal, de forma a resultar na diminuição da frequência do procedimento. Estes achados, no entanto, divergem dos resultados da revisão sistemática da biblioteca Cochrane sobre as técnicas perineais durante o segundo período do parto para reduzir o trauma perineal [1]. Nessa revisão, a técnica *hands off* (ou *hands poised*), que consiste em não tocar no períneo até o desprendimento da cabeça fetal, podendo ou não auxiliar o desprendimento dos ombros, apresentou um menor risco para episiotomia. Contudo, os dois estudos incluídos na revisão apresentaram uma heterogeneidade considerável. Igualmente, ainda não há uma definição padronizada para as técnicas de *hands on* (cuidado padrão ou suporte perineal simples) e *hands off*, o que dificulta a obtenção de achados conclusivos sobre o impacto do uso dessas manobras sobre a condição perineal, sendo necessários estudos do tipo ensaio clínico randomizado para verificar sua efetividade. Não está claro se a manobra, em si, previne o trauma perineal ou se o fato de decidir aguardar a distensão perineal é o fator protetor contra este trauma.

Em relação aos motivos apontados pelas enfermeiras obstétricas para a realização de episiotomia, a maioria incluiu as possíveis indicações sustentadas pela literatura em virtude da ausência de evidências sobre os benefícios e/ou riscos associados ao procedimento nestas condições (rigidez perineal, iminência de laceração perineal severa, macrossomia fetal, distócia de ombro e padrão não tranquilizador da frequência cardíaca fetal) [11][12]. No entanto, apesar de a indicação de episiotomia por iminência de laceração perineal severa ter sido uma das mais frequentes, não houve registro de laceração de 3º ou 4º grau nesta população. Da mesma forma, aproximadamente 70% dos motivos apontados referem-se às condições e dimensões do períneo materno. Tais aspectos podem indicar a necessidade de capacitação profissional em relação à prevenção e ao manejo do trauma perineal [23][40], que configuram componentes importantes na implementação do uso seletivo de episiotomia.

Estes achados corroboram os dados de estudos que sugerem que a decisão clínica de realizar episiotomia está relacionada à formação e à experiência profissional; ao medo de prejudicar a parturiente, favorecendo a ocorrência de lacerações extensas caso a incisão não seja realizada; ao aprendizado informal por pares ou outros profissionais que atuam na assistência ao parto; e à expectativa da equipe de trabalho (necessidade de acelerar o parto e/ou facilitar a sutura perineal) [23][41]. No Brasil, no entanto, os profissionais de Obstetrícia, tanto médicos quanto enfermeiras obstétricas e obstetrizes, não dispõem de disciplinas em sua formação acadêmica que incorporem especificamente a fundamentação do cuidado perineal no parto.

Quanto às limitações desta pesquisa, estas incluem o uso de dados secundários, o que ocasionou eventuais perdas de dados em decorrência do preenchimento falho dos prontuários, apesar de este ser um estudo prospectivo. Igualmente, houve perdas nas coletas dos dados primários, mas estas foram menores do que 10%. Além disso, o fato de as variáveis referentes à assistência ao trabalho de parto e parto terem sido coletadas junto às enfermeiras, ao invés de autopreenchidas, pode ter gerado algum desconforto nessas profissionais em explicitar suas decisões clínicas durante os partos, influenciando suas respostas. Vale ressaltar também o potencial viés de classificação do trauma perineal, uma vez que foram as próprias profissionais que os classificaram e, portanto, podem ter registrado ou relatado traumas menos graves do que realmente foram. No entanto, este foi um estudo prospectivo capaz de obter respostas dos profissionais de maneira oportuna, de forma a evitar o viés de memória relativo às decisões sobre episiotomia e explorar os motivos apontados para a realização do procedimento na prática clínica.

#### Conclusões

Os fatores associados a episiotomia consistiram, em sua maioria, em fatores assistenciais, que podem ser controlados pelo profissional que assiste ao parto. Desta maneira, é possível que modificações no manejo do períneo possam contribuir para a melhoria da condição perineal no parto, com menos episiotomia entre as mulheres que têm parto vaginal. Dados epidemiológicos confiáveis sobre a frequência do procedimento nos diferentes modelos de atenção ao parto, bem como sobre os seus fatores associados e os motivos apontados para a sua realização, são essenciais para orientar as políticas de cuidado à mulher no parto.

### Declaração de interesses

Os autores afirmam não ter nenhum conflito de interesse.

## Contribuição de cada autor

FMBS teve a ideia original da pesquisa à qual este estudo faz parte, contribuiu com a concepção e delineamento do estudo, com a coleta dos dados secundários, interpretação dos resultados e confecção do manuscrito. MG participou da concepção e delineamento do estudo, contribuiu com a coleta dos dados secundários, com a criação e consolidação do banco de dados, realização das análises estatísticas, interpretação dos resultados e confecção do manuscrito. EFT revisou as análises estatísticas e o manuscrito. RSA auxiliou na coordenação da coleta de dados e na interpretação dos resultados. MIMS auxiliou na coleta dos dados primários e na elaboração do manuscrito. MGP foi responsável pela coleta dos dados primários

e contribuiu com a coleta dos dados secundários e com a elaboração do manuscrito. Todos os autores leram e aprovaram o manuscrito final.

### Informações sobre os autores

MG é Obstetriz e aluna de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). FMBS é Enfermeira Obstétrica, Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, docente do curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP) e orientadora no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da FSP-USP. EFT é graduado em Estatística, Doutor em Engenharia Elétrica pela Escola Politécnica da Universidade de São Paulo e docente do curso de Sistemas de Informação da EACH-USP. RSA é Enfermeira Obstétrica, Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo e docente do curso de Obstetrícia da EACH-USP. MIMS é Enfermeira Obstétrica no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros e Especialista de laboratório do curso de Obstetrícia da EACH-USP. MGP é graduada em Obstetrícia pela EACH-USP.

# Agradecimentos

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo financiamento da pesquisa que deu origem a este estudo (Processo nº 2013/16063-1) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão da bolsa de mestrado da MG.

### Referências bibliográficas

- 1. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LV. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011; doi:10.1002/14651858.CD006672.pub12.
- 2. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institucional settings for birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012; doi:10.1002/14651858.CD000012.pub4.
- 3. Kopas ML. A review of evidence-based practices for management of the second stage of labor. J Midwifery Womens Health. 2014; doi:10.1111/jmwh.12199.
- 4. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015; doi:10.1002/14651858.CD004667.pub4.
- 5. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy Rates around the World: an Update. Birth. 2005; doi:10.1111/j.0730-7659.2005.00373.x.
- 6. Friedman AM, Ananth CV, Prendergast E, D'Alton ME, Wright JD. Variation in and factors associated with use of episiotomy. JAMA. 2015; doi:10.1001/jama.2014.14774.
- 7. Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies:

- the Birthplace in England national prospective cohort study. BMJ. 2011; doi:10.1136/bmj.d7400.
- 8. Hilder L, Zhichao Z, Parker M, Jahan S, Chambers GM. Australia's mothers and babies 2012 Perinatal statistics series n° 30. Cat n° PER69. 2014. http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=60129550054. Accessed 18 Aug 2015.
- 9. Berquó E, Garcia S, Lago T, coordenadores. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança PNDS 2006. 2008. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio\_final\_pnds2006.pdf. Accessed 18 Aug 2015. 10. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública. 2014; doi:10.1590/0102-311X00151513.
- 11. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009; doi:10.1002/14651858.CD000081.pub2.
- 12. American College of Obstetricians and Gynecologists. Episiotomy ACOG practice bulletin no. 71. Obstet Gynecol. 2006;107:957–62.
- 13. Kettle C, Tohill S. Perineal care. BMJ Clin Evid. 2008; pii:1401.
- 14. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hermann H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004; doi:10.1111/j.0001-6349.2004.00366.x.
- 15. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. 1996. http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\_FRH\_MSM\_96.24.pdf?ua=1. Accessed 8 Aug 2015.
- 16. Hosmer DW, Lemeshow S. Assessing the fit of the model. In: Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. 2<sup>nd</sup> ed. New York: John Wiley & Sons; 2000. p. 143-202.
- 17. Silva FMB, Oliveira SMJV, Bick D, Osava RH, Tuesta EF, Riesco MLG. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. J Clin Nurs. 2012; doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04133.x.
- 18. Vogt SE, Diniz CSG, Tavares CM, Santos NCP, Schneck CA, Zorzam B et al. Características da assistência ao trabalho de parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011; doi:10.1590/S0102-311X2011000900012.
- 19. Riesco MLG, Caroci AS, Almeida SFS, Basile ALO, Oliveira SMJV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. Rev enferm UERJ. 2011;19:77-83.
- 20. Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, Oliveira SMJV. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. Rev. Saúde Pública. 2012; doi:10.1590/S0034-89102012000100010.
- 21. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal. Birth. 2006; doi:10.1111/j.0730-7659.2006.00085.x.
- 22. Pergialiotis V, Vlachos D, Protopapas A, Pappa K, Vlachos G. Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. Int J Gynaecol Obstet. 2014; doi:10.1016/j.ijgo.2013.09.034.
- 23. Wu LC, Malhotra R, Allen JCJr, Lie D, Tan TC, Ostbye T. Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. Arch Gynecol Obstet. 2013; doi:10.1007/s00404-013-2897-6.
- 24. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2014; doi:10.1097/01.AOG.0000444441.04111.1d.

- 25. Lemos A, Amorim MMR, Andrade AD, Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015; doi:10.1002/14651858.CD009124.pub2.
- 26. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 27. American College of Obstetricians and Gynecologists. Dystocia and Augmentation of Labor ACOG practice bulletin no. 49. Obstet Gynecol. 2003;doi:10.1016/S0020-7292(04)00096-7.
- 28. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. Int J Gynaecol Obstet. 2001; doi:10.1016/S0020-7292(01)00519-7.
- 29. Mold JW, Stein HF. The cascade effect in the clinical care of patients. N Engl J Med. 1986; doi:10.1056/NEJM198602203140809.
- 30. Zhang J1, Troendle JF, Yancey MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. Am J Obstet Gynecol. 2002; doi:10.1067/mob.2002.127142.
- 31. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD et al. Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes. Obstet Gynecol. 2010; doi:10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e.
- 32. Hemminki E, Simukka R. The timing of hospital admission and progress of labour. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1986; doi:10.1016/0028-2243(86)90093-6.
- 33. Thacker SB, Stroup D, Chang MH. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006; doi:10.1002/14651858.CD000063.pub2.
- 34. Anim-Somuah M, Smyth RMD, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011; doi:10.1002/14651858.CD003934.pub4.
- 35. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; doi:10.1002/14651858.CD003934.pub3.
- 36. Balchin I, Whittaker JC, Lamont RF, Steer PJ. Maternal and fetal characteristics associated with meconium-stained amniotic fluid. Obstet Gynecol. 2011; doi:10.1097/AOG.0b013e3182117a26.
- 37. Osava RH, Silva FMB, Oliveira SMJV, Tuesta EF, Amaral MCE. Meconium-stained amniotic fluid and maternal and neonatal factors associated. Rev. Saúde Pública. 2012; doi:10.1590/S0034-89102013005000005.
- 38. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- 39. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Chochrane Database of Systematic Review. 2012; doi:10.1002/14651858.CD002006.pub3.
- 40. East CE, Lau R, Biro MA. Midwives' and doctors' perceptions of their preparation for and practice in managing the perineum in the second stage of labour: A cross-sectional survey. Midwifery. 2015; doi:10.1016/j.midw.2014.07.002.
- 41. Wu LC, Lie D, Malhotra R, Allen Jr JC, Tay JSL, Tan TC et al. What factors influence midwives' decision to perform or avoid episiotomies? A focus group study. Midwifery. 2013; doi:10.1016/j.midw.2012.11.017.

# 4.2 FATORES ASSOCIADOS À INTEGRIDADE PERINEAL

Manobras de proteção e trauma perineal no parto vaginal: estudo transversal em um Centro de Parto Normal, São Paulo, Brasil.

Marina Gemma<sup>\*1</sup>, Flora Maria Barbosa da Silva<sup>1,2</sup>, Esteban Fernandez Tuesta<sup>2</sup>, Rosemeire Sartori de Albuquerque<sup>2</sup>, Maria Isabel Mota da Silva<sup>2,3</sup>, Mayara Gomes Portella.

Endereços institucionais: <sup>1</sup>Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Av. Dr. Arnaldo, 715, São Paulo, Brasil. <sup>2</sup>Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, Av. Arlindo Béttio, 1000, São Paulo, Brasil. <sup>3</sup>Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, Av. Celso Garcia, 2477, São Paulo, Brasil.

Endereços eletrônicos: Marina Gemma\* - marina.gemma@usp.br; Flora Maria Barbosa da Silva - floramaria@usp.br; Esteban Fernandez Tuesta - tuesta@usp.br; Rosemeire Sartori de Albuquerque - rosemeiresartori@usp.br; Maria Isabel Mota da Silva - thor\_usp@hotmail.com; Mayara Gomes Portella - mayara.portella@outlook.com.

\*Autor correspondente

#### Resumo

Introdução: O desfecho perineal é influenciado por fatores maternos, fetais e assistenciais. A literatura é escassa no que tange ao trauma perineal decorrente de laceração espontânea, especialmente em relação às lacerações que não comprometem o esfíncter anal. Investigar os fatores associados à integridade perineal, bem como as manobras de proteção perineal realizadas durante a assistência ao parto, pode contribuir para elaboração de estratégias com vistas à melhoria da condição perineal no parto vaginal. **Método:** Estudo transversal com coleta de dados prospectiva por meio de formulário aplicado junto às enfermeiras obstétricas de um Centro de Parto Normal intra-hospitalar de São Paulo e que incluiu dados de todas as mulheres que deram à luz sem a realização de episiotomia neste serviço no período de fevereiro de 2014 a janeiro de 2015. Na análise estatística, a associação entre a variável desfecho (integridade perineal) e as variáveis sociodemográficas, obstétricas e relacionadas à assistência foi estimada por meio de razão de chances (Odds Ratio ou OR), calculada por meio de regressão logística binária univariada e múltipla com intervalo de confiança de 95% (IC 95%), no programa estatístico SPSS versão 20. O uso de manobras de proteção perineal foi descrito por meio de frequência e porcentagem. Resultados: Foram analisados os dados de 611 mulheres (frequência de integridade perineal de 34,0%, 208 mulheres; laceração perineal de 66%; 403 mulheres). Os fatores independentemente associados à integridade perineal foram: ter parto vaginal anterior (OR 3,88; IC 95% 2,41-6,23) e cor da pele autorreferida não branca (OR 1,43; IC 95% 1,01-2,04). As manobras de proteção perineal foram utilizadas em aproximadamente 95% dos partos vaginais, mas não impactaram as taxas de integridade perineal. Manobras não

sustentadas pela literatura como práticas para a prevenção do trauma perineal no parto vaginal foram apontadas pelas profissionais deste serviço. **Conclusões:** As variáveis associadas à integridade perineal consistiram em fatores materno-fetais. Investir na capacitação dos profissionais que atuam na assistência ao parto em relação à prevenção e ao manejo do trauma perineal pode contribuir para a redução das taxas de laceração perineal entre mulheres que têm parto vaginal.

Palavras-chave: parto obstétrico; períneo; saúde materno-infantil; estudos transversais.

# Introdução

O trauma perineal no parto vaginal pode ocorrer sob lesões no corpo perineal decorrentes de laceração espontânea, episiotomia ou ambas, com localização e profundidade variáveis [1][2]. Em relação à localização, as lacerações podem ocorrer na região perineal anterior (clitóris, lábios e região vestibular) e/ou na região perineal posterior (parede vaginal, fúrcula e musculatura perineal e anal). Quanto à profundidade, os traumas são classificados como lacerações de primeiro, segundo, terceiro ou quarto grau, envolvendo, respectivamente: pele e mucosa vaginal; pele, mucosa e feixes musculares; esfíncter anal; e a mucosa retal [1][3]. Internacionalmente, é adotada uma classificação, que não é utilizada no Brasil, na qual a rotura de terceiro grau é subdividida em 3a, 3b e 3c, de acordo com o grau de acometimento do esfíncter anal [3].

As implicações clínicas e morbidades associadas ao trauma perineal estão intimamente relacionadas à sua localização e profundidade. Entre as complicações em curto prazo, destacamse: maior perda sanguínea, maior necessidade de sutura, complicações de cicatrização e dor perineal. As disfunções urinárias, intestinais e sexuais configuram as complicações em longo prazo, além de alterações estéticas na região vulvoperineal [2][4]. A ocorrência do trauma perineal está associada a fatores maternos, fetais e da assistência ao trabalho de parto e parto, que incluem: local de parto e o profissional responsável pela assistência; paridade; dimensões do períneo e existência de cicatriz perineal anterior; duração do período expulsivo; infusão intravenosa de ocitocina durante o trabalho de parto; parto instrumental; posição materna no parto; puxos dirigidos; uso de manobras de proteção perineal; peso do recém-nascido, entre outros [2][4]-[7].

Geralmente, após um parto vaginal, são poucas as mulheres que permanecem com o períneo íntegro. Estima-se que mais de 85% das mulheres que têm um parto vaginal apresentam algum tipo de trauma perineal e, destes, cerca de 70% necessitam de sutura [2][4]. A incidência do trauma perineal varia consideravelmente entre os países e mesmo entre os diferentes serviços

e profissionais de um mesmo país, devido, em partes, às diferenças e dificuldades na identificação, classificação e registro dos traumas [8][9]. Embora diversos estudos científicos abordem a frequência e os fatores associados à episiotomia, a literatura é escassa no que tange ao trauma perineal decorrente de lacerações espontâneas, especialmente em relação às que não comprometem o esfíncter anal [10]-[14]. No Brasil, alguns estudos têm descrito a localização destas lacerações, porém os fatores associados à sua ocorrência têm sido pouco explorados [15]-[17].

Além disso, observa-se o crescente interesse da comunidade científica pela investigação de práticas de prevenção do trauma perineal no parto vaginal [4][5]. Entre as intervenções avaliadas pelos estudos, as manobras de proteção perineal (hands on vs. hands off) são amplamente utilizadas pelos profissionais que atuam na assistência ao parto, apesar de não existirem evidências conclusivas quanto ao benefício desta intervenção sobre o trauma perineal [3][4]. Diante o exposto, os objetivos deste estudo foram identificar os fatores maternos, fetais e assistenciais associados à integridade perineal no parto vaginal, bem como as manobras de proteção perineal realizadas durante a assistência ao parto, entre mulheres assistidas em um Centro de Parto Normal intra-hospitalar.

### Método

### Desenho de estudo

Trata-se de uma análise exploratória dos dados de um estudo transversal com coleta de dados prospectiva, que faz parte de um estudo intitulado *Decisão clínica e fatores associados* à episiotomia: estudo transversal, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) (Processo 2013/16063-1).

## Local do estudo e coleta de dados

O estudo foi desenvolvido no Centro de Parto Normal do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (CPN-HMLMB), um Centro de Parto Normal intra-hospitalar (CPN-IH) localizado na cidade de São Paulo. O hospital possui complexidade terciária e é referência para atendimento às gestações de alto risco, além de partos de risco habitual. O CPN-HMLMB é destinado à assistência ao parto vaginal de mulheres de risco habitual e as enfermeiras obstétricas têm a responsabilidade primária pelo cuidado.

A coleta de dados ocorreu no período de 10 de fevereiro de 2014 a 31 de janeiro de 2015 e consistiu na aplicação de um formulário junto às enfermeiras obstétricas, no qual eram inseridos os dados das mulheres e recém-nascidos assistidos neste CPN-IH. A pesquisa foi apresentada a todas as profissionais deste serviço e foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido. Não houve nenhuma recusa em participar do estudo. Durante a coleta de dados, houve reforma nas instalações da maternidade e os profissionais do Centro Obstétrico foram realocados no CPN-HMLMB. Dessa forma, os partos assistidos por médicos no CPN-HMLMB foram excluídos da população do estudo e da análise estatística dos dados.

Para assegurar a regularidade na coleta dos dados, uma Obstetriz foi contratada como pesquisadora auxiliar e, em todas as trocas de plantões diurnos e noturnos, coletava, junto à profissional responsável pelo plantão que havia transcorrido, os dados relativos às variáveis sobre a assistência ao trabalho de parto e parto. Dados sobre a identificação das mulheres também foram obtidos nesta ocasião. A escolha por coletar estas informações junto às enfermeiras obstétricas teve em vista minimizar as perdas de dados decorrentes do preenchimento falho dos formulários e da não obrigatoriedade de registro, nos prontuários, de algumas condutas obstétricas sob investigação. Igualmente, optou-se pela contratação de uma Obstetriz por se tratar de uma profissional da área, familiarizada com os termos técnicos, minimizando, assim, o potencial viés de informação.

Os dados sobre as variáveis sociodemográficas, história clínica e obstétrica e desfechos maternos e neonatais foram inseridos nos formulários por meio de busca manual nos prontuários das pacientes. Estas coletas ocorreram no Serviço de Atendimento Médico e Estatístico (SAME) da instituição, de 01 a 02 vezes por semana, conforme a disponibilização dos prontuários às pesquisadoras. O estudo foi aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e do hospital local da pesquisa (CAAE 25526113.2.0000.5421).

## População do estudo

O estudo incluiu todas as enfermeiras obstétricas do CPN-HMLMB, que consistiram nas fontes de dados para as variáveis relacionadas à assistência ao parto que não são de registro obrigatório nos prontuários. Além disso, o estudo incluiu dados de todas as mulheres admitidas no CPN-HMLMB durante o período previamente delimitado de fevereiro de 2014 a janeiro de 2015. Os critérios de exclusão foram: não ter o parto assistido por enfermeira obstétrica; ter sido submetida à episiotomia; admissões no CPN-HMLMB em decorrência de abortamento; partos que ocorreram fora do CPN-HMLMB (parto domiciliar ou no trajeto); e prontuários não encontrados pelo SAME. A amostragem foi definida por conveniência, delimitando-se o período de um ano de coleta de dados, com o objetivo de abranger a variação sazonal do número de partos do serviço.

### Variáveis

A variável dependente foi a condição perineal, categorizada em função da integridade perineal como *Não* (lacerações de 1º grau com necessidade de sutura e lacerações de 2º grau, isoladas ou múltiplas) ou *Sim* (períneo íntegro e lacerações de 1º grau sem necessidade de sutura). Não houve casos de registro de laceração de 3º ou 4º grau. Igualmente, todos os casos de episiotomia foram excluídos por se tratar de um trauma perineal intencional.

As variáveis independentes foram agrupadas em três categorias:

- 1. Características sociodemográficas: a) idade em anos (categorizada nas faixas etárias de 13 a 19 anos, 20 a 34 anos ou 35 anos ou mais); b) escolaridade (ensino fundamental sem escolaridade/ensino fundamental I/ensino fundamental II, ensino médio ou ensino superior incompleto e completo); c) situação conjugal (sem companheiro ou com companheiro); d) ocupação (do lar ou trabalho remunerado); e) nacionalidade (brasileira, boliviana ou outras paraguaia, peruana, angolana, chinesa, paquistanesa, congolesa, nigeriana e guatemalteca); f) cor da pele autorreferida (branca ou não branca preta, amarela, parda e indígena).
- 2. Características de história obstétrica e condições na admissão: a) número de consultas pré-natal (categorizada em 0 a 5 consultas ou 6 consultas ou mais); b) paridade (categorizada em sem parto vaginal anterior mulheres nulíparas ou somente com cesárea anterior ou com parto vaginal anterior mulheres que tiveram um ou mais partos vaginais ou fórceps, com ou sem abortamentos e/ou cesarianas anteriores); c) altura uterina (categorizada em até 32cm, 33 a 35cm ou 36cm ou mais); d) idade gestacional pela ultrassonografia, em semanas completas de gestação (categorizada em até 36 semanas e 6 dias, 37 a 40 semanas ou 41 semanas ou mais); e) dilatação cervical (categorizada em 0 a 3cm, 4 a 6cm ou 6cm ou mais).
- 3. Características da assistência ao trabalho de parto e parto: a) uso de ocitocina no trabalho de parto (não ou sim infusão de ocitocina intravenosa entre 0 e 10cm); b) rotura das membranas amnióticas (artificial ou espontânea bolsa rota espontânea ou bolsa rota na internação); c) número de toques vaginais (categorizada em de 0 a 3 toques ou 4 toques ou mais); d) práticas de conforto durante o trabalho de parto (não ou sim banho de aspersão, bola suíça, massagem, deambulação ou outras práticas barra, banquinho ou agachamento, isoladas ou mais de uma medida de conforto); e) presença de acompanhante (não ou sim); f) intercorrência durante o trabalho de parto (não ou sim mecônio fluído, mecônio espesso ou outras [parada de progressão do trabalho de parto, alterações na cardiotocografia, fisometria, taquissistolia uterina, lipotimia, nível de hemoglobina baixo no momento da internação, febre materna, pico hipertensivo materno, parturiente pouco colaborativa em virtude de uso de drogas ou de problemas psicológicos, reação extrapiramidal à medicação antiemética -

Metoclopramida, sangramento de colo uterino e suspeita de líquido amniótico sanguinolento]); g) puxos dirigidos (não ou sim); h) posição no parto (semissentada ou outras - lateral, cócoras, quatro apoios, em pé, sentada ou litotômica); i) desprendimento da cabeça fetal (occipício-pube ou occipício-sacro); j) manobra de proteção perineal (nenhuma, 1 manobra ou 2 manobras ou mais - manobras investigadas: apoio do períneo e cabeça fetal com os dedos; apoio somente do períneo com a compressa; pedido à mulher para soltar o ar durante o desprendimento do polo cefálico fetal; e pedido à mulher para realizar esforços expulsivos fora das contrações); k) peso do recém-nascido em gramas (categorizado em até 2.499g, 2.500 a 3.999g ou 4.000g ou mais).

As informações das variáveis sociodemográficas foram obtidas por meio dos dados da Declaração de Nascido Vivo (DNV) do Ministério da Saúde. As informações sobre as variáveis de história obstétrica e condições na admissão foram coletadas da ficha de internação ou histórico de enfermagem, com exceção da variável sobre o número de consultas pré-natal, que também foi coletada da DNV. Todas as variáveis referentes à assistência ao trabalho de parto e parto foram coletadas junto às enfermeiras obstétricas responsáveis pela assistência. Caso fosse necessário complementar as variáveis coletadas junto às profissionais, foram consideradas as informações registradas no livro de parto do CPN-HMLMB e/ou nos prontuários das mulheres.

## Análise estatística

Os dados foram analisados por meio do programa SPSS versão 20, com o suporte de um profissional estatístico. Para a análise descritiva, foram obtidas as proporções para as variáveis qualitativas e, para as variáveis quantitativas, foram obtidas as medidas de tendência central e de dispersão (média, desvio padrão, valores mínimo e máximo).

A investigação dos fatores associados à integridade perineal foi realizada em três etapas. Na primeira etapa, foi realizado o teste de associação pelo Qui-quadrado entre as variáveis dependente e independentes para explorar a associação entre elas. Na segunda etapa, as relações entre as variáveis foram analisadas em modelos de regressão logística binária univariada. As variáveis independentes que obtiveram modelos com valor de p<0,20 na análise univariada foram, então, incluídas na 3ª etapa da análise estatística, o modelo de regressão logística binária múltipla.

No modelo múltiplo, as variáveis foram inseridas, uma a uma, segundo ordem crescente de valor de p, sendo consideradas como fatores independentemente associados à integridade perineal quando apresentaram p<0,05. Foi considerado o intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e o ajuste do modelo de regressão múltipla foi avaliado pelo teste de Hosmer-Lemeshow (modelo ajustado para as variáveis ao apresentar valor de p>0,05) [18].

### Resultados

A população elegível correspondeu a 1.109 mulheres. Todas as participantes foram analisadas de acordo com os critérios de elegibilidade e 611 mulheres foram incluídas na análise estatística. Entre as razões para as perdas (498), 51% (254) corresponderam a partos não assistidos por enfermeiras obstétricas, 38,4% (191) a mulheres submetidas à episiotomia, 5,4% (27) a prontuários não localizados pelo SAME da instituição, 4,8% (24) a partos que ocorreram fora do CPN-HMLMB e 0,4% (2) a admissões em decorrência de abortamento.

Entre as 611 mulheres incluídas na análise, 66% apresentaram lacerações espontâneas consideradas com necessidade de sutura e a frequência de integridade perineal correspondeu a pouco mais de um terço dos casos. No caso de lacerações de 1º e 2º graus concomitantes, ambas foram suturadas (Tabela 1).

**Tabela 1** - Distribuição das mulheres assistidas no CPN-HMLMB de fevereiro de 2014 a janeiro de 2015, conforme condição perineal no parto vaginal.

Condição perineal		
Grau da lesão	N	%
Períneo íntegro	208	34,0
Laceração 1º grau	311	50,9
Laceração 2º grau	79	12,9
Laceração 1º e 2º grau	13	2,2
TOTAL	611	100%

Em relação às características sociodemográficas das participantes (Tabela 2), a média de idade das mulheres foi de 26 anos (dp= 6,1; 14-46) e 14,1% (86) das participantes eram adolescentes. A maioria das mulheres (67,9%; 415) tinha 8 ou mais anos de estudo, possuía companheiro (90,7%; 554) e exercia alguma atividade remunerada (59,2%; 362). Quase dois terços das mulheres (64,5%; 394) eram brasileiras e a maioria se declarou como branca (62,7%; 383). Entre as mulheres que se declararam como não brancas (37,2%; 298), 72,8% (217) se autorreferiram pardas, 20,8% (62) negras e somente 6,4% (19) se autorreferiram amarelas.

**Tabela 2 -** Distribuição das mulheres assistidas no CPN-HMLMB de fevereiro de 2014 a janeiro de 2015, segundo características sociodemográficas e desfecho perineal.

	Integridade perineal		
	Sim	Não	
		N = 611	
Características	N (%)	N (%)	Valor de p**
Idade (anos)			0,013
13 a 19	20 (23,3)	66 (76,7)	
20 a 34	160 (34,4)	305 (65,6)	
≥ 35	28 (46,7)	32 (53,3)	
Total	208 (34,0)	403 (66,0)	
Escolaridade			0,385
Ensino fundamental	68 (34,7)	128 (65,3)	
Ensino médio	133 (34,6)	251 (65,4)	
Ensino superior	7 (22,6)	24 (77,4)	
Total	208 (34,0)	403 (66,0)	
Situação conjugal			0,291
Sem companheiro	23 (40,4)	34 (59,6)	,
Com companheiro	185 (33,4)	369 (66,6)	
Total	208 (34,0)	403 (66,0)	
Ocupação			0,950
Do lar	84 (34,0)	163 (66,0)	,
Trabalho remunerado	124 (34,3)	238 (65,7)	
Total	208 (34,2)	401* (65,8)	
Nacionalidade			0,359
Brasileira	141 (35,8)	253 (64,2)	- ,
Boliviana	52 (29,7)	123 (70,3)	
Outras	15 (35,7)	27 (64,3)	
Total	208 (34,0)	403 (66,0)	
Cor da pele			0,061
Branca	120 (31,3)	263 (68,7)	,
Não branca	88 (38,8)	139 (61,2)	
Total	208 (34,1)	402* (65,9)	

<sup>\*</sup>Perda <10%

Em relação às características de história obstétrica e condições na admissão (Tabela 3), as mulheres apresentaram uma média de 7 consultas pré-natal (dp= 2,9; 0-19) e 25,9% (158) delas não tinham história prévia de parto vaginal, sendo que, destas, 98,1% (155) eram nulíparas. No momento da admissão no CPN-HMLMB, as mulheres apresentaram uma altura uterina média de 34,6cm (dp=1,9; 27-47), idade gestacional pela ultrassonografia (USG) média de 40 semanas gestacionais (dp=1,2; 34-43) e dilatação cervical média de 6cm (dp= 2,3; 0-10). A proporção de mulheres admitidas no CPN-HMLMB com 7cm ou mais de dilatação cervical foi de 43,7% (267), ao passo que 11,5% (70) foram internadas com até 3cm de dilatação.

<sup>\*\*</sup>Teste de associação pelo Qui-quadrado

**Tabela 3 -** Distribuição das mulheres assistidas no CPN-HMLMB de fevereiro de 2014 a janeiro de 2015, segundo características de história obstétrica e condições na admissão e desfecho perineal.

	Integri	dade perineal	
	Sim	Não	
	N	= 611	
Características	N (%)	N (%)	Valor de p**
Nº consultas pré-natal			0,083
0 a 5	65 (39,4)	100 (60,6)	
6 ou mais	142 (31,9)	303 (68,1)	
Total	207* (33,9)	403 (66,1)	
Paridade			<0,001
Sem parto vaginal anterior	24 (15,2)	134 (84,8)	
Com parto vaginal anterior	184 (40,6)	269 (59,4)	
Total	208 (34,0)	403 (66,0)	
Altura uterina			0,882
Até 32 cm	23 (36,5)	40 (63,5)	
33 a 35 cm	119 (34,6)	225 (65,4)	
36 cm ou mais	57 (33,1)	115 (66,9)	
Total	199* (34,4)	380* (65,6)	
Idade gestacional (USG)			$0,097^{a}$
Até 36 semanas e 6 dias	3 (75,0)	1 (25,0)	
37 a 40 semanas	154 (35,2)	284 (64,8)	
41 semanas ou mais	37 (29,4)	89 (70,6)	
Total	194* (34,2)	374* (65,8)	
Dilatação			0,574
0 a 3 cm	27 (38,6)	43 (61,4)	
4 a 6 cm	87 (32,2)	183 (67,8)	
7 cm ou mais	93 (34,8)	174 (65,2)	
Total	207* (34,1)	400* (65,9)	

<sup>\*</sup>Perda < 10%

Durante a assistência ao trabalho de parto e parto (Tabela 4), 33,7% (206) das mulheres receberam infusão intravenosa de ocitocina no trabalho de parto, sendo que, destas, 28,2% (58) não tinham história prévia de parto vaginal. A amniotomia foi realizada em 50,4% (308) das participantes e, entre as mulheres com rotura espontânea das membranas amnióticas, 34,3% (94) apresentaram bolsa rota na internação. As mulheres receberam um número médio de 4 toques vaginais (dp= 2,0; 1-19) e para 68,6% (419) delas foi prescrito alguma prática de conforto, isolada ou mais de uma medida.

A maior parte das mulheres recebeu suporte de algum acompanhante de sua escolha durante a internação para o parto (89,5%; 547) e não apresentou nenhuma intercorrência durante o trabalho de parto (89,2%; 545). Entre as intercorrências apontadas pelas enfermeiras obstétricas (10,8%; 66), 68,2% (45) corresponderam a líquido amniótico meconial fluído, 15,2% (10) a líquido amniótico meconial espesso e 16,6% (11) a outras causas. O puxo dirigido

<sup>\*\*</sup> Teste de associação pelo Qui-quadrado

<sup>&</sup>lt;sup>a</sup>Teste exato de Fisher

foi utilizado em 58,3% (356) dos partos e 95,9% (586) das mulheres pariram na posição semissentada. Somente 4,1% (25) das mulheres pariram em outras posições, que incluíram: posição lateral (52%; 13), litotômica (20%; 5), cócoras (8%; 2); quatro apoios (8%; 2), em pé (8%; 2) e sentada (4%; 1). O desprendimento da cabeça fetal se deu na posição occipício-pube em 98,7% (603) dos partos e em 94,9% (580) das mulheres foi realizada alguma manobra de proteção perineal. O peso médio dos recém-nascidos foi 3.342 gramas (dp= 435,9; 1.750-4.800).

**Tabela 4 -** Distribuição das mulheres assistidas no CPN-HMLMB de fevereiro de 2014 a janeiro de 2015, segundo características da assistência ao trabalho de parto (TP) e parto e desfecho perineal.

		de perineal	
	Sim	Não	
	N =	611	
Características	N (%)	N (%)	Valor de p**
Uso de ocitocina no TP			0,705
Não	135 (33,4)	269 (66,6)	
Sim	72 (35,0)	134 (65,0)	
Total	207* (33,9)	403 (66,1)	
Rotura das membranas			0,361
Artificial	98 (31,8)	210 (68,2)	
Espontânea	97 (35,4)	177 (64,6)	
Total	195* (33,5)	387* (66,5)	
Nº de toques vaginais	,	,	0,156
0 a 3	115 (36,6)	199 (63,4)	
4 ou mais	91 (31,2)	201 (68,8)	
Total	206* (34,0)	400* (66,0)	
Práticas de conforto	,	` ' '	0,006
Não	129 (30,8)	290 (69,2)	
Sim	75 (42,6)	101 (57,4)	
Total	204* (34,3)	391* (65,7)	
Acompanhante	` ' '	` ' '	0,083
Não	28 (43,8)	36 (56,2)	•
Sim	180 (32,9)	367 (67,1)	
Total	208 (34,0)	403 (66,0)	
Intercorrência no TP	` ' /	` ' /	0,213
Não	181 (33,2)	364 (66,8)	•
Sim	27 (40,9)	39 (59,1)	
Total	208 (34,0)	403 (66,0)	
Puxos dirigidos	( )-)	( /-/	0,917
Não	85 (33,9)	166 (66,1)	,
Sim	122 (34,3)	234 (65,7)	
Total	207* (34,1)	400* (65,9)	
Posição no parto	(	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	0,130
Semissentada	203 (34,6)	383 (65,4)	-,
Outras	5 (20,0)	20 (80,0)	
Total	208 (34,0)	403 (66,0)	
	200 (31,0)	105 (00,0)	

**Tabela 4 -** Distribuição das mulheres assistidas no CPN-HMLMB de fevereiro de 2014 a janeiro de 2015, segundo características da assistência ao trabalho de parto (TP) e parto e desfecho perineal (continuação).

Desprendimento da cabeça fetal			1,000 <sup>a</sup>
Occipício-pube	205 (34,0)	398 (66,0)	
Occipício-sacro	3 (37,5)	5 (62,5)	
Total	208 (34,0)	403 (66,0)	
Manobra de proteção perineal			0,229
Nenhuma	9 (29,0)	22 (71,0)	
01 manobra	75 (30,6)	170 (69,4)	
02 manobras ou mais	124 (37,0)	211 (63,0)	
Total	208 (34,0)	403 (66,0)	
Peso do recém-nascido (g)			0,377
Até 2499	5 (33,3)	10 (66,7)	
2500 a 3999	194 (34,8)	364 (65,2)	
4000 ou mais	9 (23,7)	29 (76,3)	
Total	208 (34,0)	403 (66,0)	

<sup>\*</sup>Perda <10%;

Na análise univariada, as seguintes variáveis apresentaram valor de p<0,20 e foram inseridas no modelo de regressão múltipla de acordo com esta ordem de entrada: paridade (p<0,001), práticas de conforto (p=0,006), idade (p=0,012), cor autorreferida (p=0,062), número de consultas pré-natal (p=0,085), presença de acompanhante (p=0,088), posição materna no parto (p=0,114), idade gestacional pela USG (p=0,117) e número de toques vaginais (p=0,156). No modelo final de regressão múltipla, os fatores independentemente associados à integridade perineal foram: ter parto vaginal anterior e cor autorreferida não branca (Tabela 5).

**Tabela 5** - Odds ratios (OR) brutas e ajustadas para integridade perineal entre as mulheres assistidas no CPN-HMLMB de fevereiro de 2014 a janeiro de 2015.

	Análise univariada		Análise múltipla*		pla*	
Variável	OR bruta	IC 95%	Valor de p	OR ajustada	IC 95%	Valor de p
Paridade						
Sem parto vaginal anterior	Ref.	-	-	Ref.	-	-
Com parto vaginal anterior	3,82	2,38 - 6,13	<0,001	3,88	2,41 - 6,23	<0,001
Cor autorreferida						
Branca	Ref.	-	-	Ref.	-	-
Não branca	1,39	0,98 - 1,96	0,062	1,43	1,01 - 2,04	0,048

<sup>\*</sup>p (Teste Hosmer-Lemeshow) = 0.581

Nesta pesquisa, 208 (34,0%) mulheres apresentaram integridade perineal e, destas, 88,5% (184) eram multíparas. Entre as mulheres que apresentaram laceração perineal espontânea (66%; 403), 33,3% (134) não tinham história prévia de parto vaginal e 66,7% (269) eram

<sup>\*\*</sup> Teste de associação pelo Qui-quadrado

<sup>&</sup>lt;sup>a</sup> Teste exato de Fisher

multíparas. Em todos os casos de laceração perineal, houve necessidade de reparo e o material de sutura utilizado foi o fio de origem animal (Catgut®). Os métodos de reparo corresponderam a: 47,5% (191) de técnica mista, 44,3% (178) de técnica contínua e 4,5% (18) de técnica interrompida. A informação sobre o método de reparo do trauma perineal não foi relatada em 3,7% (15) dos casos. Estes dados não estão representados nas tabelas.

As manobras de proteção perineal investigadas foram: apoiar o períneo e a cabeça fetal com os dedos; apoiar somente o períneo com a compressa; pedir que a mulher soltasse o ar durante o desprendimento do polo cefálico fetal; e pedir que a mulher realizasse esforços expulsivos fora das contrações. Entre os registros de realização de apenas uma manobra (40,1%; 245) (Tabela 6), 84,5% (207) corresponderam ao apoio do períneo somente com a compressa, 15,1% (37) ao apoio do períneo e cabeça fetal com os dedos e 0,4% (1) de pedido à mulher para soltar o ar durante o desprendimento. Nesta categoria, não houve registro de pedido à mulher para realizar esforços expulsivos fora das contrações.

**Tabela 6** - Distribuição de manobras de proteção perineal realizadas por enfermeiras obstétricas do CPN-HMLMB.

Manobra de proteção perineal	Frequência	(%)
Nenhuma	31	5,1
01 manobra	245	40,1
02 manobras ou mais	335	54,8
Total	611	100

Em relação à realização de duas ou mais manobras de proteção perineal (54,8%; 335), as combinações mais frequentes foram: realização simultânea de todas as manobras (27,2%; 91); apoio do períneo com compressa juntamente com solicitação à mulher para soltar o ar durante o desprendimento da cabeça fetal e fazer esforços expulsivos fora das contrações (16,7%; 56); apoio do períneo e cabeça fetal com os dedos concomitante ao apoio do períneo com compressa (15,8%; 53); apoio do períneo com compressa e pedido à parturiente para soltar o ar durante o desprendimento cefálico fetal (13,1%; 44); e apoio perineal com compressa concomitante à solicitação para fazer esforços expulsivos fora das contrações (7,8%; 26).

Outras combinações de manobra de proteção perineal realizadas foram: apoio do períneo e cabeça fetal com os dedos concomitante ao apoio do períneo com compressa e pedido à mulher para fazer esforços expulsivos fora das contrações (6,9%; 23); apoio do períneo e cabeça fetal com os dedos juntamente com solicitação à mulher para fazer esforços expulsivos fora das contrações (4,2%; 14); apoio do períneo e cabeça fetal com os dedos concomitante ao apoio do períneo com compressa e solicitação à mulher para soltar o ar durante o desprendimento da

cabeça fetal (3,3%; 11); apoio do períneo e cabeça fetal com os dedos juntamente com solicitação à mulher para soltar o ar durante o desprendimento e fazer esforços expulsivos fora das contrações (3,3%; 11); apoio do períneo e cabeça fetal com os dedos e solicitação à mulher para soltar o ar durante o desprendimento (1,5%; 5); e apenas 0,3% (1) de solicitação à mulher para soltar o ar durante o desprendimento da cabeça fetal e fazer esforços expulsivos fora das contrações.

O instrumento de coleta também permitia a descrição de outras manobras de proteção perineal. As enfermeiras obstétricas do CPN-HMLMB apontaram: lubrificação perineal com vaselina (51), massagem perineal durante o período expulsivo (9), manobra de McRoberts (2), redução periuretral com os dedos (que consistia em pressionar a região periuretral para trás, durante o desprendimento do polo cefálico fetal) (1) e manobra de Kristeller (1).

### Discussão

Este estudo teve como objetivos identificar os fatores associados à integridade perineal e as manobras de proteção perineal utilizadas no parto normal. As variáveis associadas à integridade perineal incluíram somente fatores maternos, tais como ser multípara e cor da pele autorreferida não branca. As manobras realizadas para proteger o períneo não impactaram as taxas de integridade perineal, mas foram utilizadas em aproximadamente 95% dos partos vaginais.

Há poucos dados disponíveis na literatura sobre a ocorrência e distribuição dos vários tipos de laceração perineal espontânea, especialmente em relação aos traumas que não comprometem o esfíncter anal. Neste estudo, observou-se que pouco mais de um terço das participantes apresentou períneo íntegro após o parto vaginal. Este achado é semelhante àqueles encontrados em serviços de maternidade, nacionais e internacionais, nos quais as enfermeiras obstétricas ou obstetrizes têm a responsabilidade primária pelo cuidado, onde as taxas de integridade perineal variaram entre 21,8% e 64,2% [11][12][14][16][17].

Neste CPN-IH, entre as mulheres com laceração perineal espontânea, a maioria (77,2%) apresentou trauma de 1º grau, que tem menor importância clínica, uma vez que não apresenta repercussão negativa nas atividades da puérpera nem resulta em danos ao assoalho pélvico. Os resultados encontrados corroboram os dados dos estudos acima mencionados, nos quais os traumas de 1º grau foram predominantes, correspondendo a 23,4% a 72,5% dos casos de laceração perineal espontânea, em comparação às taxas de laceração de segundo grau, que corresponderam a 5,9% a 39% dos casos [11][12][14]-[17].

Como esperado, a nuliparidade associou-se ao trauma perineal. A ocorrência do trauma perineal no parto vaginal está associada a fatores maternos, fetais e assistenciais. Embora estes fatores não estejam definitivamente estabelecidos, a associação entre o trauma perineal e a paridade materna é a relação melhor documentada na literatura [10][11][19]. Primíparas usualmente apresentam menor elasticidade da musculatura perineal, comparadas às mulheres com um ou mais partos vaginais, que têm mais chance de terem um períneo íntegro ou uma laceração espontânea de primeiro grau. Estudo americano que utilizou dados secundários de um ensaio clínico randomizado com 1.176 mulheres que tiveram parto vaginal sem episiotomia demonstrou que 50,2% das primíparas tiveram períneo íntegro em comparação a 64% das multíparas [11]. Igualmente, estudo observacional prospectivo sueco incluiu 2.883 mulheres e encontrou que 6,6% das primíparas não foram submetidas à episiotomia e não apresentaram nenhuma laceração perineal, enquanto que, entre multíparas, esse percentual correspondeu a 34,2% [12]. Da mesma forma, uma coorte retrospectiva austríaca incluiu 1.937 mulheres que tiveram parto vaginal espontâneo entre os anos de 2009 e 2014 e demonstrou que, para qualquer grau de laceração perineal, a multiparidade diminuiu significativamente o risco de trauma perineal ( $\beta = -0.379 \pm 0.141$ ) [13]. No Brasil, resultados semelhantes foram encontrados em estudos transversais conduzidos em Centros de Parto Normal intra-hospitalar [16] e extrahospitalar [17], nos quais, respectivamente, mulheres multíparas, em comparação às nulíparas, apresentaram uma chance 40% maior de ter um períneo íntegro ou foram menos submetidas à episiotomia (4,3% vs. 25,8%).

A cor autorreferida não branca foi um fator independentemente associado à integridade perineal. Neste estudo, aproximadamente 94% das mulheres categorizadas como não brancas se referiram como negra ou parda e o restante como amarela. Apesar de a significância desta variável ser limítrofe, a raça/etnia tem sido associada a variações nas taxas de laceração perineal e episiotomia. Estudo americano que incluiu 1809 mulheres (176 negras e 1633 brancas) demonstrou que, em comparação às mulheres brancas, as negras foram menos propensas a apresentar lacerações de segundo, terceiro ou quarto graus (43% comparado a 59%; p<0,001) e demonstraram uma chance 1,1 vez maior de períneo íntegro como desfecho perineal no parto [20], o que vai ao encontro de nossos achados. Já em relação à etnia asiática, as evidências científicas têm demonstrado que, em países ocidentais, estas mulheres apresentam um maior risco para lacerações perineais severas e episiotomia. Estudo australiano que inclui 697 primíparas comparou os desfechos entre mulheres asiáticas e não asiáticas e verificou que, em comparação às não asiáticas, as mulheres asiáticas foram significativamente mais propensas a serem submetidas à episiotomia, necessitarem de sutura perineal, apresentarem lacerações de

3º ou 4º graus e relatarem dor perineal moderada a severa no primeiro dia após o parto [21]. Outras evidências têm demonstrado achados semelhantes em relação às asiáticas e estes desfechos perineais [22][23]. Nesta pesquisa, no entanto, as mulheres asiáticas tiveram uma contribuição mínima na categoria de mulheres não brancas e, portanto, tiveram pouca influência nos resultados da condição perineal. Vale ressaltar a dificuldade de realizar a classificação étnico-racial em uma população miscigenada como a brasileira [24]. Estudo com maior tamanho de amostra seria útil para identificar a influência da cor da pele na condição perineal no parto de mulheres brasileiras.

Neste CPN-IH, o fio de origem animal (Catgut®) foi utilizado em todos os casos de laceração perineal com necessidade de sutura. Apesar de os fios sintéticos convencionais (Dexon® e Vicryl®) estarem associados a menores taxas de dor perineal em curto prazo, menor uso de analgesia nos dez primeiros dias após o parto e menor necessidade de ressutura [25], o material comumente utilizado no Brasil é o fio Catgut®, visto que o custo dos fios sintéticos é muito maior. Quanto ao método de reparo, a técnica mista foi a mais utilizada pelas enfermeiras obstétricas deste CPN-IH, seguida, respectivamente, pela técnica contínua e técnica interrompida. A técnica mista mescla os dois outros métodos de reparo, utilizando pontos interrompidos no plano muscular e na pele e pontos contínuos para a sutura da mucosa. Tais achados estão em direção das evidências científicas, que apontam vantagens para a sutura contínua dos planos, em comparação à técnica interrompida, por estar associada a menores taxas de dor perineal nos dez primeiros dias após o parto, menor necessidade de analgesia e de remoção de sutura, além de utilizar menos material do que a técnica interrompida (um pacote comparado a dois ou três pacotes, respectivamente) [26]. Vale ressaltar que, entre as lacerações suturadas, aproximadamente 77% corresponderam a traumas de 1º grau. Há controvérsia sobre a necessidade de sutura do trauma perineal, especialmente diante lacerações superficiais e sem sangramento, visto que as evidências apontam que mulheres submetidas à sutura perineal apresentam dificuldades, como dispareunia e dor perineal em longo prazo [27].

As manobras de proteção perineal foram realizadas em aproximadamente 95% dos partos, mas não impactaram as taxas de integridade perineal. Estes achados corroboram os resultados da revisão sistemática da biblioteca Cochrane sobre as técnicas perineais durante o segundo período do parto para reduzir o trauma perineal [4]. Nessa revisão, a técnica *hands off* (ou *hands poised*), que consiste em não tocar no períneo até o desprendimento da cabeça fetal, podendo ou não auxiliar o desprendimento dos ombros, apresentou um menor risco para episiotomia. No entanto, não houve efeito de tratamento do uso de manobras de proteção perineal sobre a frequência de laceração perineal severa e integridade perineal. Diferentes práticas para

prevenção do trauma perineal no parto vaginal têm sido usadas para retardar o nascimento e permitir que o períneo distenda lentamente, de forma a evitar lesões. No entanto, em relação às manobras de proteção perineal (*hands on vs. hands off*) não há dados conclusivos sobre o seu impacto sobre a condição perineal, sendo necessários estudos do tipo ensaio clínico randomizado para verificar sua efetividade.

As manobras de proteção perineal apontadas pelas enfermeiras obstétricas deste CPN-IH representam o esforço das profissionais para evitar o trauma perineal, ainda que sem respaldo na literatura científica. No Brasil, a lubrificação perineal com vaselina líquida é frequentemente realizada durante o período expulsivo do parto para evitar lacerações ou até mesmo facilitar o desprendimento fetal. No entanto, ensaio clínico randomizado brasileiro que incluiu 76 nulíparas e investigou a eficácia da vaselina líquida em reduzir a laceração perineal demonstrou que seu uso não protegeu a região perineal do trauma, pois a frequência de laceração perineal foi semelhante nos dois grupos (63,2% no grupo experimental e 60,5% no grupo controle) [28]. Em comparação, outros estudos encontraram proporções estatisticamente maiores de lacerações perineais em mulheres que fizeram uso de lubrificação perineal [29][30].

A massagem perineal durante o período expulsivo também foi apontada pelas profissionais desse CPN-IH e tem sido avaliada pelas evidências científicas. Segundo a supracitada revisão sistemática da biblioteca Cochrane [4], a realização da massagem perineal durante o período expulsivo demonstrou um menor risco de laceração perineal severa, mas não esteve associada a mudanças significativas nas taxas de integridade perineal. São necessárias mais evidências sobre o benefício desta intervenção sobre o trauma perineal, no entanto, a Diretriz Clínica britânica sobre Cuidado Intraparto [3] não recomenda a realização da massagem perineal durante este período do parto.

As demais manobras relatadas neste estudo também não são sustentadas pela literatura como práticas para a prevenção do trauma perineal no parto vaginal. A manobra de McRoberts, na qual a mulher flexiona as pernas a 45 graus em direção ao abdome [1], promove alterações na dimensão pélvica e pode ter sido interpretada pelas enfermeiras como uma forma de solicitar menos o períneo, uma vez que facilita o desprendimento fetal por meio da ampliação do diâmetro pélvico. Igualmente, a redução periuretral com os dedos pode ter sido interpretada como uma forma de evitar o estiramento excessivo da região, apesar de a manipulação de um tecido já em risco de traumatismo ser arriscada [4]. A compressão manual sobre o fundo uterino para empurrar o feto em direção à vagina, de forma a abreviar o período expulsivo (manobra de Kristeller), no entanto, é uma manobra controversa. A literatura sobre o tema é escassa [31], devido, em grande parte, ao fato de esta manobra não ser documentada, o que dificulta a

investigação de seus fatores associados. De forma geral, a manobra de Kristeller não abrevia o período expulsivo [32] e está associada a maiores frequências de episiotomia e laceração perineal severa [33], além de maior dor perineal e dispareunia no período pós-parto [34].

Tais aspectos podem indicar a necessidade de capacitação profissional em relação à prevenção e ao manejo do trauma perineal. Estudos têm demonstrado que os profissionais que atuam na assistência ao parto, frequentemente, expressam insegurança e insatisfação em relação à sua formação e conhecimento sobre a anatomia do períneo e identificação e reparo adequado do trauma perineal [8][35][36]. Esta falta de capacitação influencia, inclusive, a decisão clínica do profissional de realizar uma episiotomia [23][37].

Quanto às limitações deste estudo, estas incluem o uso de dados secundários, o que ocasionou eventuais perdas de dados em decorrência do preenchimento falho dos prontuários, apesar de este ser um estudo prospectivo. Igualmente, houve perdas nas coletas dos dados primários, mas estas foram menores do que 10% e não comprometeram a análise estatística. Além disso, o fato de as variáveis referentes à assistência ao trabalho de parto e parto não terem sido autopreenchidas pode ter gerado algum desconforto nas enfermeiras obstétricas em explicitar suas decisões clínicas durante os partos, influenciando suas respostas. Também é preciso considerar o potencial viés de classificação do trauma perineal, uma vez que foram as próprias profissionais que os classificaram e, portanto, podem ter registrado ou relatado traumas menos graves do que realmente foram. Igualmente, a classificação internacional na qual a rotura de terceiro grau é subdividida em 3a, 3b e 3c, de acordo com o grau de acometimento do estíncter anal, não é utilizada neste CPN-IH e na maioria dos serviços de maternidade brasileiros.

Vale ressaltar que este estudo consiste em uma análise exploratória dos dados de um estudo transversal delineado para a investigação dos fatores associados à episiotomia, portanto, o tamanho da amostra não foi calculado para a investigação dos fatores associados à integridade perineal. Dessa forma, o tamanho amostral pode ter sido insuficiente para a identificação de outros fatores associados a esse desfecho na literatura, tais como o peso do recém-nascido, puxo dirigido, o uso de ocitocina durante o trabalho de parto, entre outros. No entanto, este foi um estudo prospectivo capaz de obter respostas dos profissionais de saúde de maneira oportuna, de forma a minimizar o viés de memória relativo à tomada de decisão durante a assistência ao parto, além de explorar o domínio dos mesmos em relação às manobras de proteção perineal.

### Conclusões

O trauma perineal é um importante problema de saúde, que gera custos aos serviços de saúde, em curto ou longo prazo, além de repercussões importantes sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Nesta pesquisa, os fatores associados à integridade perineal consistiram em fatores maternos, que não podem ser controlados pelo profissional que assiste ao parto. Dados epidemiológicos confiáveis sobre a frequência e fatores associados ao trauma perineal nos diferentes modelos de atenção ao parto são essenciais para orientar as políticas de cuidado à mulher no parto. Igualmente, investigações sobre o uso de manobras de proteção perineal e sobre o conhecimento destas pelos profissionais que atuam na assistência ao parto são necessárias para a elaboração de estratégias que possibilitem modificações no manejo do períneo, de forma a contribuir para a melhoria da condição perineal no parto vaginal, com menos episiotomia e lacerações.

## Declaração de interesses

Os autores afirmam não ter nenhum conflito de interesse.

## Contribuição de cada autor

FMBS teve a ideia original da pesquisa à qual este estudo faz parte, contribuiu com a concepção e delineamento do estudo, com a coleta dos dados secundários, interpretação dos resultados e confecção do manuscrito. MG participou da concepção e delineamento do estudo, contribuiu com a coleta dos dados secundários, com a criação e consolidação do banco de dados, realização das análises estatísticas, interpretação dos resultados e confecção do manuscrito. EFT revisou as análises estatísticas e o manuscrito. RSA auxiliou na coordenação da coleta de dados e interpretação dos resultados. MIMS auxiliou na coleta dos dados primários e na elaboração do manuscrito. MGP foi responsável pela coleta dos dados primários e contribuiu com a coleta dos dados secundários e com a elaboração do manuscrito. Todos os autores leram e aprovaram o manuscrito final.

### Informações sobre os autores

MG é Obstetriz e aluna de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). FMBS é Enfermeira Obstétrica, Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, docente do curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP) e orientadora no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da FSP-USP. EFT é graduado em Estatística, Doutor em Engenharia Elétrica pela Escola Politécnica da Universidade de São Paulo e docente do curso de Sistemas de Informação da

EACH-USP. RSA é Enfermeira Obstétrica, Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo e docente do curso de Obstetrícia da EACH-USP. MIMS é Enfermeira Obstétrica no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros e Especialista de laboratório do curso de Obstetrícia da EACH-USP. MGP é graduada em Obstetrícia pela EACH-USP.

## Agradecimentos

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo financiamento da pesquisa que deu origem a este estudo (Processo nº 2013/16063-1) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão da bolsa de mestrado da MG.

### Referências bibliográficas

- 1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Obstetrícia de Williams. 23 ed. Porto Alegre: AMGH; 2012.
- 2. Kettle C, Tohill S. Perineal care. BMJ Clin Evid. 2008; pii:1401.
- 3. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth. 2014. http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-35109866447557. Accessed 8 Aug 2015.
- 4. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LV. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011; doi:10.1002/14651858.CD006672.pub12.
- 5. Kopas ML. A review of evidence-based practices for management of the second stage of labor. J Midwifery Womens Health. 2014; doi:10.1111/jmwh.12199.
- 6. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institucional settings for birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012; doi:10.1002/14651858.CD000012.pub4.
- 7. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015; doi:10.1002/14651858.CD004667.pub4.
- 8. Colacioppo PM, Riesco MLG, Colacioppo RC, Osava RH. Avaliação do viés de classificação da laceração perineal no parto normal. Acta paul. enferm. 2011; doi:10.1590/S0103-21002011000100009.
- 9. Mutema EK. 'A tale of two cities': auditing midwifery practice and perineal trauma. Br J Midwifery. 2013; doi:10.12968/bjom.2007.15.8.24394.
- 10. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. BMC Pregnancy Childbirth. 2013; doi:10.1186/1471-2393-13-59.
- 11. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal. Birth. 2006; doi:10.1111/j.0730-7659.2006.00085.x.
- 12. Samuelsson E, Ladfors L, Lindblom BG, Hagberg H. A prospective observational study on tears during vaginal delivery: occurrences and risk factors. Acta Obstet Gynecol Scand. 2002; doi:10.1046/j.0001-6349.2001.10182.x.

- 13. Ott J, Gritsch E, Pils S, Kratschmar S, Promberger R, Seemann R et al. A retrospective study on perineal lacerations in vaginal delivery and the individual performance of experienced mifwives. BMC Pregnancy Childbirth. 2015; doi:10.1186/s12884-015-0703-0.
- 14. Suto M, Takehara K, Misago C, Matsui M. Prevalence of Perineal Lacerations in Women Giving Birth at Midwife-Led Birth Centers in Japan: A Retrospective Descriptive Study. J Midwifery Womens Health. 2015; doi:10.1111/jmwh.12324.
- 15. Caroci AS, Riesco MLG, Leite JS, Araújo NM, Scarabotto LB, Oliveira SMJV. Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. Rev enferm UERJ. 2014;22:402-08.
- 16. Riesco MLG, Caroci AS, Almeida SFS, Basile ALO, Oliveira SMJV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. Rev enferm UERJ. 2011;19:77-83.
- 17. Silva FMB, Oliveira SMJV, Bick D, Osava RH, Tuesta EF, Riesco MLG. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. J Clin Nurs. 2012; doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04133.x.
- 18. Hosmer DW, Lemeshow S. Assessing the fit of the model. In: Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. 2<sup>nd</sup> ed. New York: John Wiley & Sons; 2000. p. 143-202.
- 19. Pergialiotis V, Vlachos D, Protopapas A, Pappa K, Vlachos G. Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. Int J Gynaecol Obstet. 2014; doi:10.1016/j.ijgo.2013.09.034.
- 20. Howard D, Davies PS, Delancey JOL, Small Y. Differences in perineal lacerations in black and white primiparas. Obstet Hynecol. 2005; doi:10.1016/S0029-7844(00)00956-X.
- 21. Dahlen D, Homer C. Perineal trauma and postpartum perineal morbidity in Asian and non-Asian primiparous women giving birth in Australia. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008; doi:10.1111/j.1552-6909.2008.00259.x.
- 22. Wheeler J, Davis D, Fry M, Brodie P, Homer CS. Is Asian ethnicity an independent risk factor for severe perineal trauma in childbirth? A systematic review of the literature. Women Birth. 2012; doi:10.1016/j.wombi.2011.08.003.
- 23. Wu LC, Malhotra R, Allen JCJr, Lie D, Tan TC, Ostbye T. Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. Arch Gynecol Obstet. 2013; doi:10.1007/s00404-013-2897-6.
- 24. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2005; doi:10.1590/S0102-311X2005000500033.
- 25. Kettle C, Dowswell T, Ismail KMK. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010; doi:10.1002/14651858.CD000006.pub2.
- 26. Kettle C, Dowswell T, Ismail KMK. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012; doi:10.1002/14651858.CD000947.pub3.
- 27. Cioffi JM, Swain J, Arundell F. The decision to suture after childbirth: cues, related factors, knowledge and experience used by midwives. Midwifery. 2010; doi:10.1016/j.midw.2008.05.004.
- 28. Araújo NM, Oliveira SMJV. The use of liquid petroleum jelly in the prevention of perineal lacerations during birth. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2008; doi:10.1590/S0104-11692008000300007.
- 29. Albers LL, Anderson D, Cragin L, Daniels SM, Hunter C, Sedler KD et al. Factors related to perineal trauma in childbirth. J Nurse Midwifery. 1996; doi:10.1016/0091-2182(96)00042-0.

- 30. Lydon-Rochelle MT, Albers L, Teaf D. Perineal outcomes and nurse-midwifery management. J Nurse Midwifery. 1995; doi:10.1016/0091-2182(94)00086-L.
- 31. Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009; doi:10.1002/14651858.CD006067.pub2.
- 32. Api O, Balcin ME, Ugurel V, Api M, Turan C, Unal O. The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: a randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009; doi:10.1080/00016340902730326.
- 33. Matsuo K, Shiki Y, Yamasaki M, Shimoya K. Use of uterine fundal pressure maneuver at vaginal delivery and risk of severe perineal laceration. Arch Gynecol Obstet. 2009; doi:10.1007/s00404-009-1015-2.
- 34. Sartore A, De Seta F, Maso G, Ricci G, Salvatore A, Borelli M et al. The effects of uterine fundal pressure (Kristeller maneuver) on pelvic floor function after vaginal delivery. Arch Gynecol Obstet. 2012; doi:10.1007/s00404-012-2444-x.
- 35. East CE, Lau R, Biro MA. Midwives' and doctors' perceptions of their preparation for and practice in managing the perineum in the second stage of labour: A cross-sectional survey. Midwifery. 2015; doi:10.1016/j.midw.2014.07.002.
- 36. Selo-Ojeme D, Pathak S, Joshi V. The knowledge, practice and opinion of midwives' in the UK on their training in obstetric perineal repair. Arch Gynecol Obstet. 2015; doi:10.1007/s00404-014-3574-0.
- 37. Wu LC, Lie D, Malhotra R, Allen Jr JC, Tay JSL, Tan TC et al. What factors influence midwives' decision to perform or avoid episiotomies? A focus group study. Midwifery. 2013; doi:10.1016/j.midw.2012.11.017.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trauma perineal é um importante problema de saúde, que gera custos aos serviços de saúde, em curto e longo prazo, além de repercussões importantes sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Nesta pesquisa, os fatores associados à episiotomia consistiram, em sua maioria, em fatores assistenciais (uso de ocitocina no trabalho de parto, posição materna no parto, puxos dirigidos e realização de manobras de proteção perineal), que podem ser controlados pelo profissional que assiste ao parto. A maior proporção das indicações apontadas para a realização da incisão envolveu motivos maternos, especialmente em relação às condições e dimensões do períneo. Os fatores associados à integridade perineal, por sua vez, consistiram em fatores maternos (ter parto vaginal anterior e cor da pele autorreferida não branca) e o uso de manobras de proteção perineal não impactou as taxas de períneo íntegro. Manobras não sustentadas pela literatura como práticas para a prevenção do trauma perineal no parto vaginal foram utilizadas pelas profissionais deste serviço.

Diante o exposto, investir na capacitação dos profissionais que atuam na assistência ao parto em relação à prevenção e ao manejo do trauma perineal pode contribuir para modificações no cuidado com o períneo, de forma a favorecer a redução das frequências de episiotomia e lacerações perineais no parto vaginal. Igualmente, investigações sobre o uso de manobras de proteção perineal e sobre o conhecimento destas pelos profissionais de saúde, bem como sobre as indicações apontadas pelos profissionais para a realização de episiotomia, podem contribuir para a elaboração de estratégias que permitam as modificações no manejo perineal. Dados epidemiológicos confiáveis sobre a frequência e os fatores associados ao trauma perineal nos diferentes modelos de atenção ao parto são essenciais para orientar as políticas de cuidado à mulher no parto. Informar as mulheres que buscam esse atendimento sobre os fatores associados à condição perineal e empoderá-las sobre seus direitos a uma assistência digna e respeitosa também podem contribuir para a redução do uso de episiotomia e para o aumento da frequência de integridade perineal no parto vaginal.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LV. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews [internet]. 2011 [cited 2015 Aug 8];Issue 6, Art. No. CD006672. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub2.

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa - RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Diário Oficial da União. 7 jan 2015;Seção 1:38.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade [internet]. Brasília: ANVISA; 2014 [acesso em 29 out 2015]. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/servicos-de-atencao-materna-e-neonatal-seguranca-e-qualidade.

Aguiar JM, d'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Interface (Botucatu) [internet]. 2011 [acesso em 2 set 2015];15(36):79-92. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000035.

Albers LL, Anderson D, Cragin L, Daniels SM, Hunter C, Sedler KD et al. Factors related to perineal trauma in childbirth. J Nurse Midwifery [internet]. 1996 [cited 2015 Oct 12];41(4):269-76. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/0091-2182(96)00042-0.

Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. Birth [internet]. 2006 [cited 2015 Aug 9];33(2):94-100. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.0730-7659.2006.00085.x.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Dystocia and Augmentation of Labor - ACOG practice bulletin no. 49. Obstet Gynecol [internet]. 2003 [cited 2015 Oct 10];85(3):315-24. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(04)00096-7.

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists. Episiotomy - ACOG practice bulletin no. 71. Obstet Gynecol [internet]. 2006 [cited 2015 Aug 8];107(4):957-62. Available from:http://journals.lww.com/greenjournal/Citation/2006/04000/ACOG\_Practice\_Bulletin\_N o\_\_71\_\_Episiotomy\_.49.aspx.

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No 579: Definition of term pregnancy. Obstet Gynecol [internet]. 2013 [cited 2015 Oct 5];122(5):1139-40. Available from: http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000437385.88715.4a.

American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstet Gynecol [internet]. 2014 [cited 2015 Oct 5];123(3):693-711. Available from: http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000444441.04111.1d.

Amigas do Parto [internet]. São Paulo: ONG Amigas do Parto; [acesso em 3 set 2015]. Disponível em: http://www.ongamigasdoparto.com.

Amorim MM, Franca-Neto AH, Leal NV, Melo FO, Maia SB, Alves JN. Is It Possible to Never Perform Episiotomy During Vaginal Delivery?. Obstet Gynecol [internet]. 2014 [cited 2015 Aug 18];123(Suppl 1):S38. Available from: http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000447314.51968.54.

Amorim MMR, Franca-Neto AH, Katz L, Coutinho I, Melo I, Leal NV. Selective Episiotomy Compared With Implementation of a Nonepisiotomy Protocol: A Randomized Clinical Trial. Obstet Gynecol [internet]. 2015 [cited 2015 Aug 18];125(Suppl 1):S41-42. Available from: http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000463055.68214.ee.

Amorim Francisco A, Oliveira SMJV, Silva FMB, Bick D, Riesco MLG. Women's experiences of perineal pain during the immediate postnatal period: a cross-sectional study in Brazil. Midwifery [internet]. 2011 [cited 2015 Aug 18];27(6):e254-59. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.10.012.

Amorim Francisco A, Oliveira SMJV, Silva FMB, Santos JO, Leister N, Riesco MLG. Efecto del dolor perineal en las actividades de mujeres sometidas a episiotomía. Index Enferm [internet]. 2012 [citado 2015 agosto 18];21(3):150-54. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000200009.

Ampt AJ, Ford JB, Roberts CL, Morris JM. Trends in obstetric anal sphincter injuries and associated risk factors for vaginal singleton term births in New South Wales 2001-2009. Aust N Z J Obstet Gynaecol [internet]. 2013 [cited 2015 Aug 8];53(1):9-16. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/ajo.12038.

Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Are mediolateral episiotomies actually mediolateral? BJOG [internet]. 2005 [cited 2015 Oct 2];112(8):1156-58. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00645.x.

Anim-Somuah M, Smyth RMD, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [internet]. 2011 [cited 2015 Oct 10];Issue 12. Art. No.: CD000331. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub3.

Api O, Emeksiz Balcin M, Ugurel V, Api M, Turan C, Unal O. The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: a randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand [internet]. 2009 [cited 2015 Oct 24];88(3):320-24. Available from: http://dx.doi.org/10.1080/00016340902730326.

Araújo NM, Oliveira SMJV. The use of liquid petroleum jelly in the prevention of perineal lacerations during birth. Rev Latino-Am. Enfermagem [internet]. 2008 [cited 2015 Oct 12];16(3):375-81. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000300007.

Artemis [internet]. São Paulo: Artemis; c2015 [acesso em 3 set 2015]. Disponível em: http://artemis.org.br.

Balchin I, Whittaker JC, Lamont RF, Steer PJ. Maternal and fetal characteristics associated with meconium-stained amniotic fluid. Obstet Gynecol [internet]. 2011 [cited 2015 Oct 10];117(4):828-35. Available from: http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182117a26.

Barbosa AMP. Efeito da Via de Parto na Força Muscular do Assoalho Pélvico, em Primíparas [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista; 2004.

Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Silveira M, Barros FC et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. Rev Saúde Pública [internet]. 2011 [cited 2015 Oct 2];45(4):635-43. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000039.

Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews [internet]. 2013 [cited 2015 Aug 8];Issue 4. Art. No.: CD005123. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005123.pub3.

Berquó E, Garcia S, Lago T, coordenadores. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança - PNDS 2006 [internet]. Brasília (DF): [s.n.]; 2008 [acesso em 18 ago 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio\_final\_pnds2006.pdf.

Bick D, MacArthur C, Winter H. Postnatal care: Evidence and guidelines for management. 2ed. Edinburgh: Churcill Livingstone; 2009. Perineal pain and dyspareunia; p. 19-40.

Bloom SL, Casey BM, Schaffer JI, McIntire DD, Leveno KJ. A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. Am J Obstet Gynecol [internet]. 2006 [cited 2015 Aug 9];194(1):10-13. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2005.06.022.

Brancato RM, Church S, Stone PW. A meta-analysis of passive descent versus immediate pushing in nulliparous women with epidural in the second stage of labor. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [internet]. 2008 [cited 2015 Aug 9];37(1):4-12. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00205.x.

Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. 8 abr 2005; Seção 1:1.

Brito LG, Ferreira CHJ, Duarte G, Nogueira AA, Marcolin AC. Antepartum use of Epi-No birth trainer for preventing perineal trauma: systematic review. Int Urogynecol J [internet]. 2015 [cited 2015 Nov 9];26(10):1429-36. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s00192-015-2687-8.

Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. BMJ [internet]. 2011 [cited 2015 July 29];343(7400):1-13. Available from: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d7400.

Bruin-Kooistra M, Amelink-Verburg MP, Buitendijk SE, Westert GP. Finding the right indicators for assessing quality midwifery care. Int J Qual Health Care [internet]. 2012 [cited 2015 Oct 29];24(3):301-10. Available from: http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzs006.

Bulchandani S, Watts E, Sucharitha A, Yates D, Ismail KM. Manual perineal support at the time of childbirth: a systematic review and meta-analysis. BJOG [internet]. 2015 [cited 2015 Aug 20];122(9):1157-65. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13431.

Caroci AS, Riesco MLG, Leite JS, Araújo NM, Scarabotto LB, Oliveira SMJV. Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. Rev enferm UERJ [internet]. 2014 [acesso em 8 ago 2015];22(3):402-08. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v22n3/v22n3a18.pdf.

Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews [internet]. 1999 [cited 2015 Aug 19]; Issue 3. Art. No. CD000081. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000081.

Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews [internet]. 2009 [cited 2015 Aug 8];Issue 6, Art. No. CD000081. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub2.

Chang SR, Chen KH, Lin HH, Chao YM, Lai YH. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study. Int J Nurs Stud [internet]. 2011 [cited 2015 Aug 18];48(4):409-18. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.017.

Childbirth Connection [internet]. New York: National Partnership for Women & Families; c2015 [cited 2015 Sept 3]. Available from: http://www.childbirthconnection.org.

Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública [internet]. 2005 [acesso 9 abr 2016];21(5):1586-94. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500033.

Cioffi JM, Swain J, Arundell F. The decision to suture after childbirth: cues, related factors, knowledge and experience used by midwives. Midwifery [internet]. 2010 [cited 2015 Dec 9];26(2):246-55. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.05.004.

Colacioppo PM, Riesco MLG, Colacioppo RC, Osava RH. Avaliação do viés de classificação da laceração perineal no parto normal. Acta paul. enferm [internet]. 2011 [acesso 18 ago 2015];24(1):61-66. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000100009.

Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Obstetrícia de Williams. 23 ed. Porto Alegre: AMGH; 2012.

Cutler DM, McClellan M. Is technological change in medicine worth it? Health Aff (Millwood) [internet]. 2001 [cited 2015 Oct 2];20(5):11-29. Available from: http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.20.5.11.

Dahlen HG, Homer C. Perineal trauma and postpartum perineal morbidity in Asian and non-Asian primiparous women giving birth in Australia. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [internet]. 2008 [cited 2016 Apr 8];37(4):455-63. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00259.x.

Dahlen HG, Homer CSE, Leap N, Tracy SK. From social to surgical: historical perspectives on perineal care during labour and birth. Women Birth [internet]. 2011 [cited 2015 July 6];24(3):105-11. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2010.09.002.

Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hermann H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand [internet]. 2004 [cited 2015 Aug 18];83(4):364-68. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.0001-6349.2004.00366.x.

Davis D, Baddock S, Pairman S, Hunter M, Benn C, Wilson D, et al. Planned Place of Birth in New Zealand: Does it Affect Mode of Birth and Intervention Rates Among Low-Risk Women?. Birth [internet]. 2011 [cited 2015 Aug 8];38(2):111-19. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00458.x.

Davis-Floyd RE. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. Int J Gynaecol Obstet [internet]. 2001 [cited 2015 July 12];75(Suppl 1):S5-23. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0.

Davis-Floyd RE. Birth as an American rite of passage. 2nd ed. Berkeley: University of California Press; 2003. The technocratic model: past and present; p. 44-72.

Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Herrlich A. Listening to Mothers III: Pregnancy and Birth [internet]. New York: Childbirth Connection; 2013 [cited 2015 Aug 18]. Available from: http://transform.childbirthconnection.org/wp-content/uploads/2013/06/LTM-III\_Pregnancy-and-Birth.pdf.

Descartes R. Discurso do método. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001.

Deslandes SF, Dias MAB. Humanização da assistência ao parto no serviço público: reflexão sobre desafios profissionais nos caminhos de sua implementação. In: Deslandes SF, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p.351-59.

D'Gregorio RP. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. Int J Gynaecol Obstet [internet]. 2010 [cited 2015 Sept 2];111(3):201-02. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002.

Diniz CSG, d'Oliveira AF. Gender violence and reproductive health. Int J Gynaecol Obstet [internet]. 1998 [cited 2015 Aug 28];63(Suppl 1):S33-42. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(98)00182-9.

Diniz CSG, Chacham A. Dossiê Humanização do parto. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 2002.

Diniz CSG, Chacham AS. "The Cut Above" and "the Cut Below": The Abuse of Caesareans and Episiotomy in São Paulo, Brazil. Reprod Health Matters [internet]. 2004 [cited 2015 Aug 18];12(23):100-10. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(04)23112-3.

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2005 [acesso em 11 jul 2015];10(3):627-37. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019.

Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum [internet]. 2009 [acesso em 12 jul 2015];19(2):313-26. Disponível em: http://producao.usp.br/handle/BDPI/14348.

d'Oliveira AFPL, Diniz CSG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. Lancet [internet]. 2002 [cited 2015 Sept 2];359(9318):1681-85. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6.

Downe S. Reducing routine interventions during labour and birth: first, do no harm. Cad. Saúde Pública [internet]. 2014 [cited 2015 Aug 28];30(Suppl 1):S37-39. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO04S114.

East CE, Sherburn M, Nagle C, Said J, Foster D. Perineal pain following childbirth: prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. Midwifery [internet]. 2012 [cited 2015 Aug 18];28(1):93-97. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.009.

East CE, Lau R, Biro MA. Midwives' and doctors' perceptions of their preparation for and practice in managing the perineum in the second stage of labour: A cross-sectional survey. Midwifery [internet]. 2015 [cited 2015 Aug 18];31(1):122-31. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.07.002.

Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Eogan M, Daly L, O'Connell PR, O'Herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? BJOG [internet]. 2006 [cited 2015 Oct 2];113(2):190-94. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00835.x.

FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics, ICM - International Confederation of Midwives, WRA - White Ribbon Alliance, IPA - International Pediatric Association, WHO - World Health Organization. Mother-baby friendly birthing facilities. Int J Gynaecol Obstet [internet]. 2015 [cited 2015 Sept 4];128(2):95-99. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013.

Folha de S.Paulo. Mulheres fazem marcha pelo parto em casa e contra 'violência obstetrícia' [internet]. São Paulo: Folha de S.Paulo; 2012 [acesso em 2 set 2015]. Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2012/08/1132284-mulheres-fazem-marcha-pelo-parto-em-casa-e-contra-violencia-obstetricia.shtml.

Foucault M. Microfísica do poder. 20 ed. Rio de Janeiro: Graal; 2004.

Friedman AM, Ananth CV, Prendergast E, D'Alton ME, Wright JD. Variation in and factors associated with use of episiotomy. JAMA [internet]. 2015 [cited 2015 Aug 8];313(2):197-99. Available from: http://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.14774.

Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado [internet]. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2010 [acesso em 2 set 2015]. Disponível em: http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf.

Goer H. Humanizing Birth: A Global Grassroots Movement. Birth [internet]. 2004 [cited 2015 Sept 2];31(4):308-14. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00324.x.

Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy Rates around the World: an Update. Birth [internet]. 2005 [cited 2015 Aug 8];32(3):219-23. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00373.x.

Grant D. Explaining source of payment differences in U.S. cesarean rates: why do privately insured mothers receive more cesareans than mothers who are not privately insured? Health Care Manag Sci [internet]. 2005 [cited 2015 Sept 20];8(1):5-17. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s10729-005-5212-7.

Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews [internet]. 2012 [cited 2015 Aug 9];Issue 5. Art. No. CD002006. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub3.

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 [internet]. 2013 [cited 2015 Aug 8]; 120(12):1516-25. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12363.

Hansen SL, Clark SL, Foster JC. Active pushing versus passive fetal descent in the second stage of labor: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol [internet]. 2002 [cited 2015 Aug 9];99(1):29-34. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0029-7844(01)01642-8.

Hemminki E, Simukka R. The timing of hospital admission and progress of labour. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [internet]. 1986 [cited 2015 Oct 10];22(1-2):85-94. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/0028-2243(86)90093-6.

Hilder L, Zhichao Z, Parker M, Jahan S, Chambers GM. Australia's mothers and babies 2012. Perinatal statistics series n° 30. Cat n° PER69 [internet]. Canberra: AIHW; 2014 [cited 2015 Aug 8]. Available from: http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=60129550054.

Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institucional settings for birth. Cochrane Database of Systematic Reviews [internet]. 2012 [cited 2015 July 29];Issue 6, Art. No. CD000012. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000012.pub4.

Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 2000. Assessing the fit of the model; p. 143-202.

Hotimsky SN. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.

- Howard D, Davies PS, Delancey JOL, Small Y. Differences in Perineal Lacerations in Black and White Primiparas. Obstet Gynecol [internet]. 2005 [cited 2016 Apr 8];96(4):1-7. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0029-7844(00)00956-X.
- Illich I. Limits to Medice. Medical Nemesis: the expropriation of health. London: Marion Boyars Publishers; 1976. The Epidemics of Modern Medicine; p. 3-36.
- IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [acesso em 2 out 2015]. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf.
- IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, SPI Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos, coordenadores. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento [internet]. Brasília: Ipea: MP,SPI; 2014 [acesso em 2 out 2015]. Disponível em: http://www.pnud.org.br/Docs/5\_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf.
- Jangö H, Langhoff-Roos J, Rosthoj S, Sakse A. Modifiable risk factors of obstetric anal sphincter injury in primiparous women: a population-based cohort study. Am J Obstet Gynecol [internet]. 2014 [cited 2015 Aug 8];210(1):59.e1-6. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2013.08.043.
- Jovanovic NS, Kocijancic DM, Terzic MM. Current approach to episiotomy: Inevitable or unnecessary? Cent. Eur. J. Med [internet]. 2011 [cited 2015 Aug 18];6(6):685-90. Available from: http://dx.doi.org/10.2478/s11536-011-0088-z.
- Kalis V, Stepan Jr J, Horak M, Roztocil A, Kralickova M, Rokyta Z. Definitions of mediolateral episiotomy in Europe. Int J Gynaecol Obstet [internet]. 2008a [cited 2015 Oct 2];100(2):188-89. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.07.022.
- Kalis V, Karbanova J, Horak M, Lobovsky L, Kralickova M, Rokyta Z. The incision angle of mediolateral episiotomy before delivery and after repair. Int J Gynaecol Obstet [internet]. 2008b [cited 2015 Oct 2];103(1):5-8. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2008.05.026.
- Kalis V, Laine K, de Leeuw JW, Ismail KM, Tincello DG. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. BJOG [internet]. 2012 [cited 2015 Aug 18];119(5):522-26. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.03268.x.
- Kettle C, Tohill S. Perineal care. BMJ Clin Evid [internet]. 2008 [cited 2015 Aug 06];2008(1401):1-49. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907946/pdf/2008-1401.pdf.
- Kettle C, Dowswell T, Ismail KMK. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. Cochrane Database of Systematic Reviews [internet]. 2010 [cited 2015 Aug 19]; Issue 6. Art. No. CD000006. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000006.pub2.
- Kettle C, Dowswell T, Ismail KMK. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. Cochrane Database of Systematic Reviews [internet].

2012 [cited 2015 Aug 19];Issue 11. Art. No. CD000947. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000947.pub3.

Kopas ML. A review of evidence-based practices for management of the second stage of labor. J Midwifery Womens Health [internet]. 2014 [cited 2015 Aug 8];59(3):264-76. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/jmwh.12199.

Kovacs GT, Heath P, Heather C. First Australian trial of the birth-training device Epi-No: a highly significantly increased chance of an intact perineum. Aust N Z J Obstet Gynaecol [internet]. 2004 [cited 2015 Nov 9];44(4):347-48. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-828X.2004.00265.x.

Landy HJ, Laughon SK, Bailit JL, Kominiarek MA, Gonzalez-Quintero VH, Ramirez M et al. Characteristics associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery. Obstet Gynecol [internet]. 2011 [cited 2015 Oct 30];117(3):627-35. Available from: http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e31820afaf2.

Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Marques AC, Mitsuhiro S. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas: o consumo do tabaco no brasil [internet]. São Paulo: INPAD; 2013 [acesso em 3 out 2015]. Disponível em: http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Resultados\_Preliminares\_Tabaco1.pdf.

Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [internet]. 2013 [cited 2015 Oct 10];Issue 10. Art. No.: CD003934. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4.

Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha Theme MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública [internet]. 2014 [acesso em 18 ago 2015];30(Supl 1):S17-32. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513.

Leal NV, Amorim MM, Franca-Neto AH, Leite DF, Melo FO, Alves JN. Factors associated with perineal lacerations requiring suture in vaginal births without episiotomy. Obstet Gynecol [internet]. 2014 [cited 2015 Aug 18];123(Suppl 1):S63-64. Available from: http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000447369.00977.4c.

Lemos A, Amorim MMR, Andrade AD, Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [internet]. 2015 [cited 2015 Oct 5]; Issue 10. Art. No.: CD009124. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009124.pub2.

Lobo SF, Oliveira SMJV, Schneck CA, Silva FMB, Bonadio IC, Riesco MLG. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. Rev. esc enferm USP [internet]. 2010 [acesso em 8 jul 2015];44(3):812-18. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300037.

Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica. 10 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.

Lydon-Rochelle MT, Albers L, Teaf D. Perineal outcomes and nurse-midwifery management. J Nurse Midwifery [internet]. 1995 [cited 2015 Oct 12];40(1):13-18. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/0091-2182(94)00086-L.

Martins APV. Visões do feminismo: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. A Ciência Obstétrica; p. 63-107.

Matsuo K, Shiki Y, Yamasaki M, Shimoya K. Use of uterine fundal pressure maneuver at vaginal delivery and risk of severe perineal laceration. Arch Gynecol Obstet [internet]. 2009 [cited 2015 Oct 24];280(5):781-86. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s00404-009-1015-2.

Mattar R, Aquino MMA, Mesquita MRS. A prática da episiotomia no Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [internet]. 2007 [acesso em 12 ago 2015];29(1):1-2. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032007000100001.

Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K, Rabl M, Kaider A, Wagenbichler P, et al. Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. J Reprod Med [internet]. 2002 [cited 2015 Aug 9];47(6):477-82. Available from: http://europepmc.org/abstract/med/12092017.

McLellan F. Medicalisation: a medical nemesis. Lancet [internet]. 2007 [cited 2015 July 8];369(9562):627-28. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60293-1.

Melo I, Katz L, Coutinho I, Amorim MM. Selective episiotomy vs. implementation of a non episiotomy protocol: a randomized clinical trial. Reprod Health [internet]. 2014 [cited 2015 Aug 18];11(66):1-6. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-11-66.

Metcalfe A, Tohill S, Williams A, Haldon V, Brown L, Henry L. A pragmatic tool for the measurement of perineal tears. Br J Midwifery [internet]. 2002 [cited 2015 Oct 10];10(7):412-17. Available from: http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2002.10.7.10582.

Metzl JM, Herzig RM. Medicalisation in the 21st century: Introduction. Lancet [internet]. 2007 [cited 2015 July 11];369(9562):697-98. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60317-1.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 985/GM, de 5 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal - CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. Diário Oficial da União. 5 ago 1999;Seção 1:51.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 8 jun 2000;Seção 1:4.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [acesso em 2 out 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\_13.pdf.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº1.459, de 24 de junho de 2011. Instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. 27 jun 2011;Seção 1:109.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 11, de 7 de 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. Diário Oficial da União. 8 jan 2015;Seção 1:30.

MPF - Ministério Público Federal | Procuradoria da República em São Paulo. MPF/SP instaura inquérito para investigar atos de violência obstétrica [internet]. São Paulo: Procuradoria da República no Estado de São Paulo; 2014a [acesso em 2 set 2015]. Disponível em: http://www.prsp.mpf.mp.br/sala-de-imprensa/noticias\_prsp/10-03-14-mpf-sp-instaura-inquerito-para-investigar-atos-de-violencia-obstetrica/.

MPF - Ministério Público Federal | Procuradoria da República em São Paulo. MPF em São Paulo realiza audiência pública para debater episiotomia e humanização do nascimento [internet]. São Paulo: Procuradoria da República no Estado de São Paulo; 2014b [acesso em 2 set 2015]. Disponível em: http://www.prsp.mpf.mp.br/sala-de-imprensa/noticias\_prsp/16-10-14-2013-mpf-em-sao-paulo-realiza-audiencia-publica-para-debater-episiotomia-e-humanizacao-do-nascimento.

Mold JW, Stein HF. The cascade effect in the clinical care of patients. N Engl J Med [internet]. 1986 [cited 2015 July 8];314(8):512-14. Available from: http://dx.doi.org/10.1056/NEJM198602203140809.

Mutema EK. 'A tale of two cities': auditing midwifery practice and perineal trauma. Br J Midwifery [internet]. 2013 [cited 2015 Oct 10];15(8):511-513. Available from: http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2007.15.8.24394.

Myrfield K, Brook C, Creedy D. Reducing perineal trauma: implications of flexion and extension of the fetal head during birth. Midwifery [internet]. 1997 [cited 2015 Aug 9];13(4):197-201. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0266-6138(97)80006-X.

NICE - National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth [internet]. London: NICE; 2014 [cited 2015 Aug 8]. Available from: http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-35109866447557.

Neme B. Obstetrícia básica. 3 ed. São Paulo: Sarvier; 2006.

Oliveira SMJV, Miquilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. Rev. esc enferm USP [internet]. 2005 [acessos em 8 ago 2015];39(3):288-95. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000300006.

O Renascimento do Parto [internet]. [S.l.: s.n.]; [acesso em 3 set 2015]. Disponível em: http://www.orenascimentodoparto.com.br.

Osava RH. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1997.

Osava RH, Silva FMB, Oliveira SMJV, Tuesta EF, Amaral MCE. Meconium-stained amniotic fluid and maternal and neonatal factors associated. Rev. Saúde Pública [internet]. 2012 [cited 2015 Oct 10];46(6):1023-29. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013005000005.

Ott J, Gritsch E, Pils S, Kratschmar S, Promberger R, Seemann R et al. A retrospective study on perineal lacerations in vaginal delivery and the individual performance of experienced mifwives. BMC Pregnancy Childbirth [internet]. 2015 [cited 2015 Nov 2];15(270):1-6. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12884-015-0703-0.

Parto do Princípio [internet]. [S.l.]: Parto do Princípio; c2014 [acesso em 3 set 2015]. Disponível em: http://www.partodoprincipio.com.br.

Pergialiotis V, Vlachos D, Protopapas A, Pappa K, Vlachos G. Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. Int J Gynaecol Obstet [internet]. 2014 [cited 2015 Sept 28];125(1):6-14. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.09.034.

Petrocnik P, Marshall JE. Hands-poised technique: The future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic literature review. Midwifery [internet]. 2015 [cited 2015 Aug 18];31(2):274-79. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.10.004.

Pintado-Cucarella S, Penagos-Corzo JC, Casas-Arellano MA. Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. Ginecol Obstet Méx [internet]. 2015 [citado 2015 sept 2];83(3):173-78. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\_articulo=105123&id\_seccion=407&id\_ejemplar=10202&id\_revista=40.

Portal Brasil. Centros especializados incentivam parto normal [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [atualizado em 14 out 2014; acesso em 29 jul 2015]. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/centros-especializados-incentivam-parto-normal.

Portal Brasil. Agência Nacional de Saúde busca novos modelos de atenção ao parto [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 29 jul 2015]. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/saude/2015/02/agencia-nacional-de-saude-busca-novos-modelos-de-atencao-ao-parto.

Portal da Saúde. Estado da Arte da Rede Cegonha é apresentado na CIT [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 29 jul 2015]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/537-sgep-raiz/dai-raiz/dai-sgep/13360-estado-da-arte-da-rede-cegonha-e-apresentado-na-cit.

Portal da Saúde. Ministério da Saúde e ANS selecionam 28 hospitais para projeto de incentivo ao parto normal [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [atualizado em 25 mai 2015; acesso em 29 jul 2015]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-da-mulher/noticias-saude-da-mulher/17238-ministerio-da-saude-e-ans-selecionam-28-hospitais-para-projeto-de-incentivo-ao-parto-normal.

Prins M, Boxem J, Lucas C, Hutton E. Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials. BJOG [internet]. 2011 [cited 2015 Aug 9];118(6):662-70. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02910.x.

Progianti JM, Araújo LM, Mouta RJO. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. Esc. Anna Nery [internet]. 2008 [acesso em 2 out 2015];12(1):45-49. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000100007.

Raiter C. 1:4 Retratos da Violência Obstétrica [internet]. São Paulo: Carla Raiter Fotografia; [acesso em 2 set 2015]. Disponível em: http://carlaraiter.com/1em4.

Rathfisch G, Dikencik BK, Beji NK, Comert N, Tekirdag AI, Kadioglu A. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. J Adv Nurs [internet]. 2010 [cited 2015 Aug 18];66(12):2640-49. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05428.x.

Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. Interface (Botucatu) [internet]. 2009 [acesso em 8 jul 2015];13(Supl 1):595-602. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500011.

Rezende J, Montenegro CAB. Rezende - Obstetrícia fundamental. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

Riesco MLG, Oliveira SMJV, Bonadio IC, Schneck CA, Silva FMB, Diniz CSG, et al. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. Rev. esc enferm USP [internet]. 2009 [acesso em 29 jul 2015];43(Supl 2):1297-302. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600026.

Riesco MLG, Caroci AS, Almeida SFS, Basile ALO, Oliveira SMJV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. Rev enferm UERJ [internet]. 2011 [acesso em 29 jul 2015];19(1):77-83. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a13.pdf.

Riesco MLG. Nascer no Brasil "em tempo": uma questão de hierarquia das intervenções no parto?. Cad. Saúde Pública [internet]. 2014 [acesso em 4 set 2015];30(Supl 1):S35-36. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO02S114.

Rose N. Beyond medicalisation. Lancet [internet]. 2007 [cited 2015 July 11];369(9562):700-02. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60319-5.

Rosenblatt RA. The perinatal paradox: doing more and accomplishing less. Health Aff (Millwood) [internet]. 1989 [cited 2015 July 21];8(3):158-68. Available from: http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.8.3.158.

RCM - Royal College of Midwives. Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour: care of the perineum [internet]. London: RCM; 2012 [cited 2015 Aug 8]. Available from: https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Care%20of%20the%20Perineum.pdf.

RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The management of third - and fourth - degree perineal tears. Green-top Guideline N°29 [internet]. London: RCOG; 2015 [cited 2015 Oct 2]. Available from: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf.

Ruckhaberle E, Jundt K, Bauerle M, Brisch KH, Ulm K, Dannecker C et al. Prospective randomised multicentre trial with the birth trainer EPI-NO for the prevention of perineal trauma. Aust N Z J Obstet Gynaecol. [internet]. 2009 [cited 2015 Nov 9];49(5):478-83. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-828X.2009.01044.x.

Samuelsson E, Ladfors L, Lindblom BG, Hagberg H. A prospective observational study on tears during vaginal delivery: occurrences and risk factors. Acta Obstet Gynecol Scand [internet]. 2002 [cited 2015 Oct 10];81(1):44-49. Available from: http://dx.doi.org/10.1046/j.0001-6349.2001.10182.x.

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews [internet]. 2015 [cited 2015 July 28];Issue 6, Art. No. CD004667. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub4.

São Bento PAS, Santos RS. Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. Esc. Anna Nery [internet]. 2006 [acesso em 8 ago 2015];10(3):552-59. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000300027.

Sartore A, De Seta F, Maso G, Ricci G, Salvatore A, Borelli M et al. The effects of uterine fundal pressure (Kristeller maneuver) on pelvic floor function after vaginal delivery. Arch Gynecol Obstet [internet]. 2012 [cited 2015 Oct 24];286(5):1135-39. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s00404-012-2444-x.

Schaffer JI, Bloom SL, Casey BM, McIntire DD, Nihira MA, Leveno KJ. A randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. Am J Obstet Gynecol [internet]. 2005 [cited 2015 Aug 9];192(5):1692-6. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2004.11.043.

Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, Oliveira SMJV. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. Rev. Saúde Pública [internet]. 2012 [acesso em 29 jul 2015];46(1):77-86. Disponível em: http://dx.doi.org/ 10.1590/S0034-89102012000100010.

Selo-Ojeme D, Pathak S, Joshi V. The knowledge, practice and opinion of midwives' in the UK on their training in obstetric perineal repair. Arch Gynecol Obstet [internet]. 2015 [cited 2015 Oct 24];291(6):1265-70. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s00404-014-3574-0.

Shek KL, Chantarasorn V, Langer S, Phipps H, Dietz HP. Does the Epi-No Birth Trainer reduce levator trauma? A randomised controlled trial. Int Urogynecol J. [internet]. 2011 [cited 2015 Nov 9];22(12):1521-28. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s00192-011-1517-x.

Sibanda T, Fox R, Draycott TJ, Mahmood T, Richmond D, Simms RA. Intrapartum care quality indicators: a systematic approach for achieving consensus. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol

[internet]. 2013 [cited 2015 Oct 29];166(1):23-29. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.09.018.

Silva FMB, Oliveira SMJV, Bick D, Osava RH, Tuesta EF, Riesco MLG. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. J Clin Nurs [internet]. 2012 [cited 2015 July 29];21(15-16):2209-18. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04133.x.

Silva FMB, Paixão TCR, Oliveira SMJV, Leite JS, Riesco MLG, Osava RH. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. Rev esc enferm USP [internet]. 2013 [acesso em 29 jul 2015];47(5):1031-38. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000500004.

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 [cited 2015 Sept 4];13(59):1-9. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-13-59.

Souza JP. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [internet]. 2013 [acesso em 4 set 2015];35(12):533-535. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013001200001.

Souza JP, Pileggi-Castro C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quartenária. Cad. Saúde Pública [internet]. 2014 [acesso em 4 set 2015];30(Supl 1):S11-13. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE02S114.

Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. BJOG [internet]. 2014 [cited 2015 Sept 4];121(Suppl 1): 1-4. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12735.

Stedenfeldt M, Pirhonen J, Blix E, Wilsgaard T, Vonen B, Øian P. Episiotomy characteristics and risks for obstetric anal sphincter injuries: a case-control study. BJOG [internet]. 2012 [cited 2015 Oct 2];119(6):724-30. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03293.x.

Steiner N, Weintraub AY, Wiznitzer A, Sergienko R, Sheiner E. Episiotomy: the final cut? Arch Gynecol Obstet [internet]. 2012 [cited 2015 Aug 18];286(6):1369-73. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s00404-012-2460-x.

Suto M, Takehara K, Misago C, Matsui M. Prevalence of Perineal Lacerations in Women Giving Birth at Midwife-Led Birth Centers in Japan: A Retrospective Descriptive Study. J Midwifery Womens Health [internet]. 2015 [cited 2015 Nov 2];60(4):419-27. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/jmwh.12324.

Tanaka ACd'A. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec; 1995.

Thacker SB, Stroup D, Chang MH. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. Cochrane Database of Systematic Reviews [internet]. 2006 [cited 2015 Oct 10];Issue 3. Art. No.: CD000063. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000063.pub2.

Tincello DG, Williams A, Fowler GE, Adams EJ, Richmond DH, Alfirevic Z. Differences in episiotomy technique between midwives and doctors. BJOG [internet]. 2003 [cited 2015 Oct 2];110(12):1041-44. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2003.03030.x.

Tomes N. Patient empowerment and the dilemmas of late-modern medicalisation. Lancet [internet]. 2007 [cited 2015 July 11];369(9562):698-700. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60318-3.

United Nations. The Millennium Development Goals Report 2015 [internet]. New York: UN; 2015 [cited 2015 Sept 4]. Available from: http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/mdg/the-millennium-development-goals-report-2015.html.

Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [internet]. 2009 [cited 2015 Oct 2];Issue 4. Art. No.: CD006067. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006067.pub2.

Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. The Lancet [internet]. 2011 [cited 2015 Oct 2];377(9780):1863-76. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4.

Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. In: Griffin K, Costa SH. Questões da Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 66-78.

Vogt SE, Diniz CSG, Tavares CM, Santos NCP, Schneck CA, Zorzam B et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [internet]. 2011 [acesso em 28 jul 2015];27(9):1789-1800. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000900012.

Wagner M. Episiotomy: a form of genital mutilation. The Lancet [internet]. 1999 [cited 2015 Aug 23];353(9168):1977-78. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)77197-X.

Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. Int J Gynaecol Obstet [internet]. 2001 [cited 2015 July 12];75(Suppl 1):S25-37. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00519-7.

Webb S. Sherburn M, Ismail KMK. Managing perineal trauma after childbirth. BMJ [internet]. 2014 [cited 2015 Aug 8];349(g6829):1-10. Available from: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g6829.

Wheeler J, Davis D, Fry M, Brodie P, Homer C. Is Asian ethnicity an independent risk factor for severe perineal trauma in childbirth? A systematic review of the literature. Women Birth [internet]. 2012 [cited 2016 Apr 8];25(3):108-13. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2011.08.003.

WHO - World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet [internet]. 1985 [cited 2015 July 8];326(8452):436-37. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3.

- WHO World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide [internet]. Geneva: Departament of Reproductive Health & Research, WHO; 1996 [cited 2015 July 11]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\_FRH\_MSM\_96.24.pdf?ua=1.
- WHO World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth [internet]. Geneva: Departament of Reproductive Health & Research, WHO; 2014 [cited 2015 Aug 31]; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO\_RHR\_14.23\_eng.pdf?ua=1&ua=1.
- Wu LC, Lie D, Malhotra R, Allen JCJr, Tay JSL, Tan TC et al. What factors influence midwives' decision to perform or avoid episiotomies? A focus group study. Midwifery [internet]. 2013 [cited 2015 Aug 18];29(8):943-49. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.017.
- Wu LC, Malhotra R, Allen JCJr, Lie D, Tan TC, Ostbye T. Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. Arch Gynecol Obstet [internet]. 2013 [cited 2015 Sep 28];288(6):1249-56. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s00404-013-2897-6.
- Yildirim G, Beji NK. Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. Birth [internet]. 2008 [cited 2015 Aug 9];35(1):25-30. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00208.x.
- Zhang J, Troendle JF, Yancey MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. Am J Obstet Gynecol [internet]. 2002 [cited 2015 Oct 8];187(4):824-28. Available from: http://dx.doi.org/10.1067/mob.2002.127142.
- Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD et al. Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes. Obstet Gynecol [internet]. 2010 [cited 2015 Oct 8];116(6):1281-87. Available from: http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e.

Zugaib M. Zugaib Obstetrícia. 2 ed. São Paulo: Manole; 2012.

## 7. ANEXOS

## 7.1 ANEXO 1 - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FSP/USP

## FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores associados à episiotomia: estudo transversal

Pesquisador: Flora Maria Barbosa da Silva

Área Temática: Versão: 1

CAAE: 25526113.2.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

#### **DADOS DO PARECER**

Número do Parecer: 498.698 Data da Relatoria: 13/12/2013

### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, com coleta de dados prospectiva, com o objetivo de analisar os fatores maternos, fetais e relacionados ao trabalho de parto associados à realização de episiotomia e investigar os motivos para a realização de episiotomia por enfermeiras obstétricas, em um centro de parto normal.

### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os fatores associados à realização de episiotomia em um CPN intra-hospitalar;Investigar os motivos para a realização de episiotomia por enfermeiras obstétricas.

Objetivo Secundário:

Descrever a condição perineal de mulheres que dão à luz em um CPN intra-hospitalar; Investigar os fatores maternos, relacionados à assistência obstétrica e ao recém-nascido associados à condição perineal de mulheres assistidas em um CPN intra hospitalar; Verificar os motivos para a realização de episiotomia por enfermeiras obstétricas em um CPN intra-hospitalar.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos, entendido como algum embaraço ou desconforto causado pela entrevista durante a sua realização junto às enfermeiras do centro obstétrico. Os cuidados quanto ao sigilo estão devidamente contemplados no projeto.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904

UF: SP Município: SAO PAULO

## FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 498.698

### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de interesse, projeto adequado aos objetivos. Estudo transversal com coleta de dados prospectiva. O estudo será desenvolvido na instituição Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB), localizada na cidade de São Paulo. O estudo irá incluir todas as parturientes atendidas no CPN-HMLMB no período de um ano, com data prevista para o início da coleta entre Janeiro a Março de 2014.

### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nada a considerar. Concordo com a dispensa do TCLE para as parturientes e sua manutenção para as enfermeiras informantes dos dados.

#### Recomendações:

Nada a considerar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 17 de Dezembro de 2013

Assinador por: Sandra Roberta Gouvea Ferreira Vivolo (Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904

UF: SP Município: SAO PAULO

## 7.2 ANEXO 2 - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HMLMB

## HOSPITAL MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS - UGA IV



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### **DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Fatores associados à episiotomia: estudo transversal

Pesquisador: Flora Maria Barbosa da Silva

Área Temática: Versão: 1

CAAE: 25526113.2.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

#### **DADOS DO PARECER**

Número do Parecer: 520.344 Data da Relatoria: 14/01/2014

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, com coleta de dados prospectiva, com o objetivo de analisar os fatores maternos, fetais e relacionados ao trabalho de parto associados à realização de episiotomia e investigar os motivos para a realização de episiotomia por enfermeiras obstétricas, em um centro de parto normal.

### Objetivo da Pesquisa:

### Objetivo Primário:

Analisar os fatores associados à realização de episiotomia em um CPN intra-hospitalar;Investigar os motivos para a realização de episiotomia por enfermeiras obstétricas.

## Objetivo Secundário:

Descrever a condição perineal de mulheres que dão à luz em um CPN intra-hospitalar; Investigar os fatores maternos, relacionados à assistência obstétrica e ao recém-nascido associados à condição perineal de mulheres assistidas em um CPN intra hospitalar; Verificar os motivos para a realização de episiotomia por enfermeiras obstétricas em um CPN intra-hospitalar.

### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco mínimo associado ao estudo, a obstetriz pode se sentir desconfortável em explicar as razões por que fez episiotomia ou tomou alguma decisão clínica durante o parto.

Endereço: Av. Celso Garcia 2477

Bairro: Belenzinho CEP: 03.015-000

UF: SP Município: SAO PAULO

## HOSPITAL MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS - UGA IV



Continuação do Parecer: 520.344

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de interesse, projeto adequado aos objetivos. Estudo transversal com coleta de dados prospectiva. O estudo será desenvolvido na instituição Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB), localizada na cidade de São Paulo. O estudo irá incluir todas as parturientes atendidas no CPNHMLMB no período de um ano, com data prevista para o início da coleta entre Janeiro a Março de 2014.

### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nada a considerar. Concordo com a dispensa do TCLE para as parturientes e sua manutenção para as enfermeiras informantes dos dados.

#### Recomendações:

Nada a considerar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Nada a declarar.

SAO PAULO, 04 de Fevereiro de 2014

Assinador por: Regina Dias de Barros (Coordenador)

Endereço: Av. Celso Garcia 2477

Bairro: Belenzinho CEP: 03.015-000

UF: SP Município: SAO PAULO

# 8. APÊNDICES

# 8.1 APÊNDICE 1 - FORMULÁRIO CODIFICADO DA COLETA DE DADOS

FORMULARIO DE COLETA DE DA	ADOS - Fatores associados à episi	otomia: estudo transversal
	ome	
	ernação/5) Hora	
6) Idade anos Sem registro 99( )	<b>15) Tabagismo</b> Sim 1( ) Não 0( )	25) Uso de indução Ocitocina 1( )
7) Escolaridade em anos (DNV) Sem escolaridade 0( ) Fundamental I (1.ª a 4.ª) 1( ) Fundamental II (5.ª a 8.ª) 2( )	Parou na gestação 2( ) Sem registro 99( )  16) Intercorrência clínica ou	Ocitocina 1( ) Misoprostol 2( ) Não 0( ) Sem registro 99( )  26) Início do uso da ocitocina
Médio (antigo 2º grau) 3( ) Superior incompleto 4( ) Superior completo 5( ) Sem registro 99( )	obstétrica na gestação Sim 1( ) Descrever	Aoscm Não se aplica 88( )  27) Uso da ocitocina quando
8) Possui companheiro         Sim       1( )         Não       0( )         Sem registro       99( )	Não       0( )         Sem registro       99 ( )         Condições na admissão         17) AUcm         Sem registro       99 ( )	Dilatação       1( )         Expulsivo       2( )         1ª hora após o parto       3( )         Não se aplica       88( )         Sem registro       99( )
9) Ocupação         Do lar       1( )         Trabalho remunerado       2( )         Sem registro       99( )	18) Idade gestacional (DUM )semanas e dias Sem registro 99 ( )	28) Rotura das membranas Artificial 1( ) Espontânea 2( ) BR na internação 3( ) Sem registro 99( )
10) Nacionalidade         Brasileira       1( )         Boliviana       2( )         Outra - Qual?       3( )         Sem registro       99( )	19) Idade gestacional (1° USG)semanas e dias Sem registro 99 ( ) 20) Dilataçãocm	29) Rotura artificial da bolsa das águas (quando) Dilatação em cm Sem registro 99 ( )
11) Cor da pele (DNV) Sem declaração 0( ) Branca 1( ) Preta 2( )	Sem registro 99 ( )  21) Condição das membranas amnióticas	Não se aplica 88 ( ) 30) Número de toques vaginais ———
Preta       2( )         Amarela       3( )         Parda       4( )         Indígena       5( )         Sem registro       99 ( )	Íntegras 1( ) Se íntegras: ir para questão 24 Rotas 2( ) Sem registro 99( )	31) Práticas de conforto Banho de imersão 0( ) Banho de aspersão 1( ) Bola suíça 2( ) Massagem 3( ) Deambulação 4( )
12) N° de consultas pré-natais ( DNV) Sem registro 99 ( )	22) Condição do líquido amniótico Claro 1( ) Meconial 2( ) Sanguinolento 3( )	Deambulação 4( ) Outra (descrever) 5( )
13) Unidade Básica de Saúde Sem registro 99 ( )	Sem registro 99 ( ) Não se aplica 88 ( )	Sem registro 99 ( )  32) Presença do acompanhante
14) Gestação e paridade - Descrever n° e tipo de partos e n° de abortamentos Nulípara 0( )	23) Tempo de bolsa rota horas Sem registro 99( )	Sim       1( )         Não       0( )         Sem registro       99( )
1 PN anterior 1( ) 1 PN e 1 abortamento anterior 2( )	Assistência à mulher no trabalho de parto 24) Monitorização fetal	33) Intercorrência clínica ou obstétrica no trabalho de parto LA meconial fluido 1( )
2 PN ou mais 3( ) 1 PC e 1 PN anterior 4( ) 1 PC e >1 PN anterior 5( ) Só abortamento 6( )	Sim 1( ) Não 0( ) Sem registro 99( )	LA meconial espesso 2( )  Outra(descrever)  Não 0( )  Sem registro 99( )

A : - + 2 :	44) Candia San da andres	40) Time de file
<u>Assistência à mulher no parto</u>	41) Condições do períneo	49) Tipo de fio
34) Puxos dirigidos	Integro 0( )	Catgut 1( )
Sim 1( )	Lac. 1º grau 1( )	Vicryl 2( )
Não 0( )	Lac. 2º grau 2( ) Rotura 3º grau 3( )	Sem registro 99( )
Sem registro 99( )	Rotura 3º grau 3( )	Não se aplica 88( )
	Rotura 4º grau 4( )	50) Dequitação
35) Posição no parto	EMLD 5( )	Espontânea 1( )
Semissentada 1( )	Episiotomia mediana 6( )	Com manobras 2( )
Lateral 2( )	Sem registro 99( )	Sem registro 99( )
Cócoras 3( )	Motivo para realizar	
Quatro apoios 4( )	episiotomia (pode ser mais	51) Intercorrência clínica ou
Em pe 5( )	de uma alternativa)	obstétrica no parto ou pós-parto
Outro 6( )		Sim 1( )
Descrever	42) Motivos maternos I	Descrever
Sem registro 99 ( )	Rigidez perineal <u>sem</u> episiotomia	
26) Doonwoodimento de cabaca	anterior 1( )	<u> </u>
36) Desprendimento da cabeça	Rigidez perineal com episiótomia	Não 0( )
fetal	anterior 2( )	Sem registro 99( )
Em OP 1( )	Períneo curto 3( )	
Em OS 2( )		<u>Assistência ao RN</u>
Sem registro 99( )	43) Motivos maternos II	52) Data do nascimento
37) Manobra de proteção perinea	Eminência de rotura perineal	
Apoiar períneo e cabeça fetal	extensa 4( )	
	Eminência de rotura de esfíncter	53) Hora do nascimento
com os dedos 1( )	anal 5( )	<u></u>
Apoiar somente períneo com a	Sem registro 99 ( )	EA) Anger 40 min
compressa 2( )		54) Apgar 1° min
Pedir que a mulher solte o ar	44) Motivos maternos III	Sem registro 99( )
durante o desprendimento da	Exaustão materna 6( )	55) Apgar 5° min
cabeça fetal 3( )	Período expulsivo prolongado	55) Apgar 5° min Sem registro 99( )
Pedir que a mulher faça esforços	7( )	
expulsivos <u>fora</u> das contrações	Sem registro 99 ( )	56) Peso do RNg Sem registro 99( )
4( )	45) Motivos fetais	Sem registro 99( )
Sem registro 99( )	Feto macrossômico 8( )	57) Manobras de
38) Outra manobra de proteção	Desaceleração do BCF 9( )	reanimação neonatal
		Sim 1( )
perineal	Líquido amniótico meconial	Descrever
Sim 1( )	10( )	DescreverNão 0( )
Descrever	Sem registro 99 ( )	Na0 0( )
	46) Se necessário, descrever	Sem registro 99( )
Não 0( )	o motivo para realizar	58) Unidade de internação
39) Anestesia (antes do parto)	episiotomia	
Sim 1( )		<b>mãe e RNg</b> Ambos em AC 1( )
Não 0( )		Unidade Neonatal (RN) 2( )
Sem registro 99( )	Control Contro	Descrever
	47) Sutura perineal	Outra unidade (mãe) 3( )
40) Tipo de anestesia perineal	Sim 1( )	Descrever
Infiltração 1( )	Não 0( )	
Bloqueio do nervo pudendo	Sem registro 99( )	Sem registro 99( )
2( )	Não se aplica 88( )	59) Data da alta
Sem registro 99( )		<u> </u>
Não se aplica 88( )	48) Técnica de sutura	CO) Hore de alte
	perineal	60) Hora da alta
	Interrompida 1( )	:
	Contínua 2( )	4NOT408E0
	Mista 3( )	ANOTAÇÕES
	Sem registro 99( )	
	Não se aplica 88( )	-
	200	

## 8.2 APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Coordenadoria de Serviços de Saúde HOSPITAL MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS Av. Celso Garcia 2477 – Belenzinho – CEP: 03015-000 – São Paulo



Folha 01 de 02

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Fatores associados à episiotomia: estudo transversal Versão 1 - 02 de dezembro de 2013

Você está sendo convidada(o) a participar da pesquisa "Fatores associados à episiotomia: estudo transversal", que tem como objetivos: analisar os fatores associados à realização de episiotomia em um CPN intra-hospitalar e investigar os motivos para a realização de episiotomia por enfermeiras obstetras. Você foi selecionado por ser integrante da equipe de enfermeiras obstetras do CPN desta instituição. Sua participação neste projeto não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a questionários, com a duração prevista de, no máximo, 10 minutos cada, sobre o cuidado prestado às mulheres que você assistir durante o parto no Centro de Parto Normal do Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros (CPN-HMLMB), especificamente sobre a assistência à mulher no parto. O estudo irá incluir todas as parturientes atendidas no CPN-HMLMB no período de um ano. O restante do questionário será preenchido pela equipe de pesquisa, supervisionada pela pesquisadora responsável. Sua participação nesta pesquisa não lhe acarretará qualquer ônus. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores, com a Universidade de São Paulo ou com o HMLMB.

A finalidade desta pesquisa é obter subsídios para práticas que reduzam a episiotomia no cuidado a mulheres no parto normal. Os benefícios relacionados à sua participação são a possibilidade de colaborar na elaboração de práticas para a diminuição do trauma perineal de mulheres que têm parto normal. Esta pesquisa é um estudo observacional (sem intervenção) e os pesquisadores não terão nenhum contato com as mulheres cujos dados forem coletado. A assistência oferecida a elas não sofrerá qualquer modificação do que é usualmente oferecido no CPN-HMLMB.

Existe risco mínimo associado à realização deste estudo, pois entendemos que você pode se sentir desconfortável em explicar as razões porque fez episiotomia ou tomou alguma outra decisão clínica durante o parto. No entanto, as informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação e sobre a identidade das mulheres. Os dados serão utilizados de forma a evitar a possibilidade de sua identificação, uma vez que seu nome não estará vinculado aos dados relativos aos partos.



### SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Coordenadoria de Serviços de Sauíde **HOSPITAL MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS** Av. Celso Garcia 2477 – Belenzinho – CEP: 03015-000 – São Paulo



Folha 02 de 02

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Fatores associados à episiotomia: estudo transversal Versão 1 - 02 de dezembro de 2013

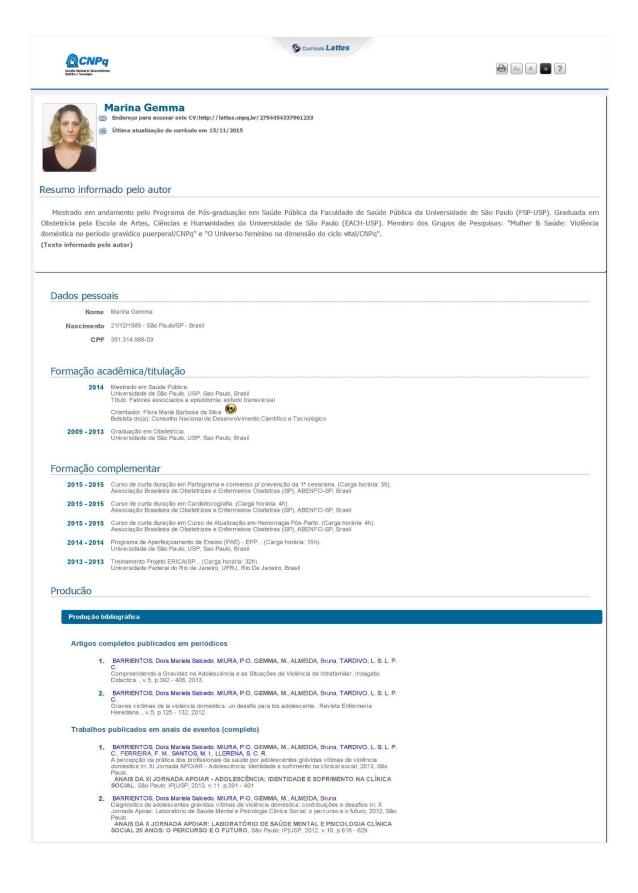
Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da Pesquisadora Principal, do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros e do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP da Universidade de São Paulo (USP). Você pode tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

monento.
Nome da Pesquisadora Principal: Prof. <sup>a</sup> Dr. <sup>a</sup> Flora Maria Barbosa da Silva Assinatura
. isomutuu
Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.
Enfermeira obstetra (favor preencher seu nome em letra de forma)
Assinatura
São Paulo (SP), Data:/ Versão nº 1
<b>Endereço e telefones da Pesquisadora Principal</b> : Flora Maria Barbosa da Silva - Av. Dr. Arlindo Bettio, 1.000 -Ermelino Matarazzo -São Paulo - Fone (11) 3091-8143
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros - Av. Celso Garcia, 2477, Belém - São Paulo, SP, fone (11) 2294-4188, ramal 278 (e-mail cep.leonor@gmail.com)

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saude Publica da USP - Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira

Cesar, São Paulo, SP, fone (11) 3061-7779 (e-mail coep@fsp.usp.br)

## 8.3 APÊNDICE 3 - CURRÍCULO LATTES RESUMIDO DA ALUNA



## 8.4 APÊNDICE 4 - CURRÍCULO LATTES RESUMIDO DA ORIENTADORA

