

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

JAQUELINE SOUSA LEITE

CARACTERIZAÇÃO DAS LACERAÇÕES PERINEAIS
ESPONTÂNEAS NO PARTO NORMAL

SÃO PAULO
2012

JAQUELINE SOUSA LEITE

**CARACTERIZAÇÃO DAS LACERAÇÕES PERINEAIS
ESPONTÂNEAS NO PARTO NORMAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração:
Cuidado em Saúde

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

**SÃO PAULO
2012**

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU
ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE
CITADA A FONTE.**

Assinatura: _____ **Data:** ___/___/___

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

Leite, Jaqueline Sousa
Caracterização das lacerações perineais espontâneas
no parto normal / Jaqueline Sousa Leite. – São Paulo, 2012.
110 p.: il.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.
Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Luiza Gonazalez Riesco
Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Parto 2. Períneo – Lesões 3. Enfermagem
obstétrica I. Título.

Nome: Jaqueline Sousa Leite

Título: Caracterização das lacerações perineais espontâneas no parto normal

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof.Dr: _____ Instituição: _____

Julgamento. _____ Assinatura: _____

Prof.Dr: _____ Instituição: _____

Julgamento. _____ Assinatura: _____

Prof.Dr: _____ Instituição: _____

Julgamento. _____ Assinatura: _____

*“A resposta certa, não importa nada: o essencial é que
as perguntas estejam certas”.*

Mario Quintana

DEDICATÓRIA

*Dedico essa dissertação
Aos meus queridos pais e minha querida avó.*

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Luiza Gonzalez Riesco, pela paciência, amizade e dedicação.

A meus pais, Jaime e Nanci pelo dom da vida.

A minha amada e estimada avó Audila Correa da Silva Sousa pela nossa maravilhosa relação de amor e amizade.

Ao querido irmão Jaime Braz Martino Leite Jr, pela amizade e carinho.

À Professora Doutora Ruth Hitomi Osava e Maria Alice Tsunechiro, pela confiança

À Professora Doutora Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira, pela amizade e sugestões no exame de Qualificação.

A Mieko Nakamura, amiga e parceira nos plantões, pela colaboração nesta pesquisa e sobretudo, o apoio nos momentos difíceis.

Ao Amparo Maternal, por ter me acolhido e tornado possível a realização deste trabalho.

Às Enfermeiras Obstétricas e funcionários do Amparo Maternal pelo carinho e apoio que deram em vários momentos deste estudo.

À Professora Ivone Borelli pela correção de Língua Portuguesa.

Às amigas Camilla Schneck, Flora Maria Barbosa da Silva, Carina Barreto e Adriana Amorim pela ajuda na finalização da dissertação.

Ào Lucas Petri Damiani pela acessória estatística.

A minha família e os amigos que direta ou indiretamente apoiaram-me na realização deste estudo.

E, meu último e especial agradecimento, às mulheres que participaram desta pesquisa, pois sem elas este estudo não seria possível.

Epígrafe

*"Viver é a coisa mais rara do mundo. A maioria das
pessoas apenas existem"*

Oscar Wilde

Leite JS. Caracterização das lacerações perineais espontâneas no parto normal [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2012.

RESUMO

Introdução: No parto normal, muitas mulheres têm lacerações perineais espontâneas, mas a prevalência, as características e os fatores relacionados a estas são pouco estudados. **Objetivos:** 1. Caracterizar as lacerações perineais espontâneas no parto normal; 2. Analisar as lacerações perineais espontâneas no parto normal, conforme as condições sociodemográficas maternas, as condições clínicas e obstétricas na gestação e no parto e as condições do recém-nascido; 3. Avaliar as morbidades perineais relacionadas às lacerações espontâneas até 48 horas após o parto. **Método:** Estudo transversal, realizado no Amparo Maternal, São Paulo (SP), entre outubro de 2011 e janeiro de 2012. Foram incluídas 100 mulheres com idade ≥ 18 anos; gestação a termo; feto único, em apresentação cefálica; parto normal com laceração espontânea. Os desfechos primários foram tipo, localização, grau, forma e tamanho da laceração espontânea, avaliados com a *Peri-Rule*TM. As análises descritiva e inferencial foram realizadas por meio dos testes Qui-quadrado, t-Student, ANOVA e correlação de Pearson, com p-valor $< 0,05$ apontado como estatisticamente significativo. **Resultados:** 51% das mulheres tiveram laceração única, 49% lacerações múltiplas; 58% tiveram laceração na região anterior do períneo, 80% na região posterior e 23% na parede vaginal; 77,5% tiveram laceração de 1º grau, 20% de 2º grau e 2,5% de 3º grau (sem rotura completa do esfíncter anal); 62,5% das lacerações eram de forma linear, 35% em forma de “U” e 2,5% ramificadas; na região anterior, a média da extensão das lacerações foi 28,6mm ($\pm 12,9$); na região posterior, a média da extensão da mucosa foi 26,1mm ($\pm 10,5$), a média da extensão da pele foi 24,3mm ($\pm 10,4$) e a média da profundidade foi 18,1mm ($\pm 8,6$). Na parede vaginal, a média da extensão foi 19,8mm ($\pm 6,5$). Para o cálculo da média do tamanho das lacerações, foi considerado o maior valor para cada mulher. Houve diferença estatisticamente significativa em relação às seguintes variáveis: localização (região anterior e posterior do períneo e parede vaginal) e idade materna; grau (primeiro, segundo e terceiro) e realização de exercícios perineais na gestação, edema perineal no parto, tipo de puxo, variedade de posição no desprendimento cefálico e tamanho da circunferência cefálica; forma (linear, “U” ou ramificada) e exercício perineal na gestação, uso de misoprostol, tipo de puxo, variedade de posição no desprendimento cefálico e circunferência cefálica; tamanho das lacerações na região posterior do períneo (extensão na pele) e edema perineal, altura do períneo e uso de ocitocina; tamanho das lacerações na região anterior do períneo (extensão da mucosa) e idade materna, uso de misoprostol e peso do recém-nascido; extensão parede vaginal e edema perineal. Não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao tipo de laceração (única ou múltipla). As principais morbidades perineais no pós-parto foram ardência, edema, hematoma, equimose e dor. **Conclusão:** A região posterior do períneo foi a mais afetada e as médias do tamanho das lacerações variaram de acordo com o local atingido. A ocorrência de lacerações de terceiro grau e a frequência de lacerações na parede vaginal indicam a importância da avaliação criteriosa do esfíncter anal, assim como do canal de parto, mesmo quando não há solução de continuidade aparente na região perineal.

Descritores: Parto. Períneo. Lacerações. Enfermagem obstétrica.

Leite JS. Characterization spontaneous perineal lacerations in normal birth [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2012.

ABSTRACT

Introduction: Most vaginal delivery are accompanied by spontaneous perineal lacerations. However there is a lack of knowledge related to prevalence, characteristics and risk factors of these lacerations in the literature. **Aims:** **1.** To characterize the spontaneous lacerations in normal birth; **2.** To analyze the spontaneous perineal lacerations in normal birth, according to socio-demographic, clinical and obstetric conditions during pregnancy and childbirth and the conditions of the newborn; **3.** To evaluate morbidities related to spontaneous perineal lacerations until 48 hours after delivery. **Methods:** A cross-sectional study was carried out in Amparo Maternal maternity unit, São Paulo, BR. The data was collected from October, 2011 to January, 2012. There were included 100 women aged ≥ 18 years; fullterm pregnancy; single live fetus and vertex presentation; normal birth with spontaneous laceration. The primary outcomes were type, area, degree, shape and size of spontaneous lacerations, using the *Peri-Rule*TM. Descriptive and inferential analyzes were appraised using the chi-square test, Student's t-test, ANOVA and Pearson's correlation, with p-value < 0.05 indicated as statistically significant. **Results:** 51% of women had single laceration and 49% multiple ones; 58% had anterior perineum lacerations, 80% in the posterior area and 23% in the vaginal wall; 77.5% had 1st degree, 20% 2nd degree and 2.5% 3rd degree lacerations (without complete rupture of the anal sphincter); 62.5% of lacerations were linear, 35% were "U" shape and 2.5% star shape. The average length of lacerations was 28.6 mm (sd \pm 12.9) in the anterior area; the average length of the mucosa in the posterior area was 26.1 mm (sd \pm 10.5), the length of skin was 24.3 mm (sd \pm 10.4) and the depth was 18.1 (\pm 8.6); the average length of the vaginal wall was 19.8 mm (sd \pm 6.5). In order to calculate the average size of lacerations, the highest value for each woman was considered. There were significant differences for the following variables: area (anterior and posterior perineum area and vaginal wall) and maternal age; degree (first, second and third) and perineal exercises during pregnancy, presence of perineal edema during labor, type of pushing, fetal position variety and size of head circumference; shape (linear, "U" or star) and perineal exercise during pregnancy, use of misoprostol, type of pushing, head delivery position and head circumference; size of lacerations in the posterior perineum area (skin length) and perineal edema, perineum height and use of oxytocin; size of lacerations in the anterior perineum area (mucosa length) and maternal age, use of misoprostol and weight of the newborn; length of the laceration on vaginal wall and perineal edema. There was no statistically significant difference in the type of laceration (single or multiple). Major postpartum perineal morbidities were blazing, edema, hematoma, ecchymosis and pain. **Conclusion:** The posterior perineum area was the most affected and the average size of lacerations varied according to the affected area. The occurrence of third degree lacerations and the frequency of lacerations in the vaginal wall indicate the importance of careful evaluation of the anal sphincter, as well as the birth canal, even if when there is no apparent solution of continuity in the perineum.

Descriptors: Childbirth. Perineum. Lacerations. Midwifery.

Leite JS. Caracterización de las laceraciones perineales espontáneas en el parto vaginal [disertación]. Escuela de Enfermería de la Universidade de São Paulo, 2012.

RESUMEN

Introducción: En el parto normal, muchas mujeres tienen laceraciones perineales espontáneas, pero la prevalencia, las características y los factores de riesgo relacionados con éstas son poco estudiados. **Objetivos:** 1. Caracterizar las laceraciones perineales espontáneas en el parto normal; 2. Analizar las laceraciones perineales espontáneas en el parto normal, según las condiciones sociodemográficas maternas, las condiciones clínicas y obstétricas en el embarazo y parto y las condiciones del recién nacido; 3. Evaluar las morbilidades relacionadas con las laceraciones perineales espontáneas hasta 48 horas después del parto. **Método:** Estudio transversal en Amparo Maternal, São Paulo (SP), entre Octubre de 2011 y Enero de 2012. Se incluyeron a 100 mujeres con edad ≥ 18 años; embarazo a término; feto único en presentación cefálica; parto normal con laceración espontánea. Los resultados primarios fueron tipo, localización, grado, tamaño y forma de la laceración espontánea, evaluada con la *Peri-Rule*TM. El análisis descriptivo e inferencial se realizó utilizando la prueba de chi-cuadrado, teste Student-t, ANOVA y correlación de Pearson, con valor de $p < 0,05$ indicado como estadísticamente significativo. **Resultados:** El 51% de las mujeres tuvieron laceración única y el 49%, laceraciones múltiples; el 58% tenían un desgarro en el perineo anterior, el 80% en la región posterior y el 23% en la pared vaginal; el 77,5% presentaban laceraciones de 1^{er} grado, el 20% de 2^o grado y el 2,5% de 3^{er} grado (sin rotura completa del esfínter anal); el 62,5% de las laceraciones eran lineales, el 35% en forma de "U" y el 2,5% ramificados; en la región anterior, la media de la extensión de la laceración fue de 28,6 mm ($\pm 12,9$); en la región posterior, la media de la extensión de la mucosa fue de 26,1 mm ($\pm 10,5$), la media de la extensión de la piel fue de 24,3 mm ($\pm 10,4$) y la media de la profundidad fue de 18,1 ($\pm 8,6$). En la pared vaginal, la media de la extensión fue de 19,8 mm ($\pm 6,5$). Para calcular el tamaño promedio de las laceraciones, se considero el mayor valor para cada mujer. Hubo diferencias estadísticamente significativas para las siguientes variables: localización (región anterior y posterior del perineo y pared vaginal) y edad materna; grado (primero, segundo y tercero) y ejercicios perineales durante el embarazo, presencia de edema perineal en el parto, tipo de pujo, variedad de posición en el desprendimiento cefálico y tamaño de la circunferencia de la cabeza fetal; forma (lineal, "U" o ramificada) y ejercicios perineales durante el embarazo, uso de misoprostol, tipo de pujo, variedad de posición en el desprendimiento cefálico y tamaño de la circunferencia de la cabeza fetal; tamaño de las laceraciones en la región posterior del perineo (extensión de la piel) y edema perineal, altura del perineo y uso de oxitocina; tamaño de las laceraciones en la región anterior del perineo (extensión de la mucosa) y edad materna, uso de misoprostol y peso del recién nacido; extensión de la pared vaginal y edema perineal. No hubo diferencia estadísticamente significativa con relación al tipo de laceración (única o múltiple). Las principales morbilidades perineales después del parto fueron escozor, inflamación, hematomas, moretones y dolor. **Conclusión:** La región posterior del perineo fue la más afectada y el tamaño medio de las laceraciones variaron de acuerdo al local afectado. La ocurrencia de laceraciones de tercer grado y la frecuencia de laceraciones en la pared vaginal indican la importancia de la evaluación cuidadosa del esfínter anal, así como del canal de parto, incluso cuando no hay solución de continuidad aparente en la región perineal.

Descriptor: Parto. Perineo. Laceraciones. Enfermería obstétrica.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 -	Instrumento de uso individual e descartável para medida do tamanho da laceração perineal (Peri-Rule™).....	36
Figura 2-	Escala numérica visual, com valores de 0 a 10.....	36
Figura 3-	Regiões da vulva e períneo para identificar a localização da laceração. Fonte: Costa (2002).....	37
Figura 4 -	Laceração linear.....	38
Figura 5 -	Laceração em “U”.....	38
Figura 6 -	Laceração ramificada.....	38
Figura 7 -	Distância A: profundidade da laceração (da fúrcula até o corpo perineal).....	39
Figura 8 -	Distância B: extensão da mucosa vaginal (da fúrcula até o ângulo vaginal)....	40
Figura 9 -	Distância C: extensão da pele (da fúrcula em direção ao ânus).....	40
Figura 10 -.	Fluxograma das participantes do estudo, São Paulo – 2011-2012.....	46
Figura 11 -	Localização e número de lacerações na região anterior do períneo, São Paulo – 2011- 2012.....	54
Figura 12 -	Localização e número de lacerações na região posterior do períneo, São Paulo – 2011- 2012.....	54
Figura 13 -	Localização e número de lacerações na parede vaginal, São Paulo – 2011- 2012.....	55
Figura 14 -	Boxplot da extensão e profundidade das lacerações de tamanho máximo na região anterior e posterior do períneo e parede vaginal, São Paulo – 2011- 2012.....	68

LISTA DE TABELA

Tabela 1 -	Distribuição das mulheres, segundo as características sócio-demográficas, clínicas e obstétricas, São Paulo – 2011-2012.....	48
Tabela 2 -	Média, desvio-padrão, mediana e valores máximo e mínimo da idade, em anos, do IMC e da altura do períneo, em milímetros, São Paulo – 2011-2012	49
Tabela 3 -	Distribuição das mulheres com parto anterior, segundo a via e as condições perineais, São Paulo – 2011-2012	49
Tabela 4 -	Distribuição das mulheres, segundo as características do parto, São Paulo – 2011-2012	50
Tabela 5 -	Distribuição das mulheres que receberam ocitocina e misoprostol no parto, segundo o início da administração e a quantidade de comprimidos, respectivamente, São Paulo – 2011-2012.....	51
Tabela 6 -	Média, desvio-padrão, mediana e valores máximo e mínimo da duração do período expulsivo do parto, em minutos, São Paulo – 2011-2012	51
Tabela 7 -	Distribuição dos recém-nascidos, segundo o índice de Apgar no primeiro e quinto minutos e o peso ao nascer, em gramas, São Paulo – 2011-2012	52
Tabela 8 -	Média, desvio-padrão, mediana e valores máximo e mínimo do peso do recém-nascido, em gramas, e das circunferências cefálica e biacromial, em centímetros, São Paulo – 2011-2012	52
Tabela 9 -	Distribuição das mulheres, segundo o tipo e a localização das lacerações perineais e vaginais no parto, São Paulo – 2011-2012	53
Tabela 10 -	Distribuição das mulheres, segundo o grau e a forma das lacerações na região posterior do períneo, São Paulo – 2011-2012	55
Tabela 11 -	Média, desvio-padrão, mediana e valores máximo e mínimo da extensão das lacerações na região anterior do períneo, em milímetros, São Paulo – 2011-2012	56
Tabela 12 -	Média, desvio-padrão, mediana e valores máximo e mínimo do tamanho das lacerações na região posterior do períneo, em milímetros, São Paulo – 2011-2012.....	57
Tabela 13 -	Análise estatística bivariada das variáveis qualitativas em relação ao tipo de laceração perineal, São Paulo – 2011-2012.....	58
Tabela 14 -	Análise estatística bivariada das variáveis quantitativas em relação ao tipo de laceração perineal, São Paulo – 2011-2012.....	59
Tabela 15 -	Análise estatística bivariada das variáveis qualitativas em relação à localização da laceração perineal, São Paulo – 2011-2012.....	60
Tabela 16 -	Análise estatística bivariada das variáveis quantitativas em relação à localização da laceração perineal, São Paulo – 2011-2012.....	61

Tabela 17 -	Análise estatística bivariada das variáveis qualitativas em relação à ocorrência de laceração vaginal, São Paulo – 2011-2012.....	62
Tabela 18 -	Análise estatística bivariada das variáveis quantitativas em relação à ocorrência de laceração vaginal, São Paulo – 2011-2012.....	63
Tabela 19-	Análise estatística bivariada das variáveis qualitativas em relação ao grau das lacerações na região posterior do períneo, São Paulo – 2011-2012.....	64
Tabela 20-	Análise estatística bivariada das variáveis quantitativas em relação em relação ao grau das lacerações na região posterior do períneo, São Paulo – 2011-2012....	65
Tabela 21-	Análise estatística bivariada das variáveis qualitativas em relação à forma das lacerações na região posterior do períneo, São Paulo – 2011-2012.....	66
Tabela 22-	Análise estatística bivariada das variáveis quantitativas em relação em relação à forma das lacerações na região posterior do períneo, São Paulo – 2011-2012	67
Tabela 23-	Análise estatística bivariada da forma da laceração perineal em relação ao grau da laceração na região posterior do períneo, São Paulo – 2011-2012.....	67
Tabela 24-	Média, desvio-padrão, mediana e valores máximo e mínimo do tamanho máximo das lacerações perineais, em milímetros, São Paulo – 2011-2012.....	68
Tabela 25-	Análise estatística bivariada das variáveis qualitativas em relação ao tamanho das lacerações na região anterior do períneo, em milímetros, São Paulo – 2011-2012.....	70
Tabela 26-	Análise estatística bivariada das variáveis qualitativas em relação ao tamanho das lacerações na região posterior do períneo, em milímetros, São Paulo – 2011-2012.....	72
Tabela 27-	Análise estatística bivariada das variáveis qualitativas em relação ao tamanho das lacerações na parede vaginal, em milímetros, São Paulo – 2011-2012.....	74
Tabela 28-	Correlação de Pearson entre as variáveis quantitativas em relação ao tamanho das lacerações na região anterior e posterior do períneo e parede vaginal, São Paulo – 2011-2012.....	75
Tabela 29-	Distribuição das mulheres no quarto período do parto e entre 24 e 48 horas após o parto, segundo as condições do períneo e a dor perineal, pela escala numérica de 0 a 10, São Paulo – 2011-2012.....	77
Tabela 30-	Distribuição das mulheres, segundo a medicação analgésica e anti-inflamatória recebida imediatamente após o parto, São Paulo – 2011-2012.....	78

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 ANATOMIA VULVOPERINEAL.....	24
1.2 REPARO E RECUPERAÇÃO DO TRAUMA PERINEAL.....	26
2 OBJETIVOS	30
3 MÉTODO.....	32
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	32
3.2 LOCAL	32
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	33
3.4 COLETA DE DADOS.....	34
3.4.1 PROTEÇÃO PERINEAL NO PARTO	34
3.4.2 AVALIAÇÃO PERINEAL.....	35
3.4.3 REPARO PERINEAL.....	35
3.4.4 INSTRUMENTOS.....	35
3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	36
3.5.1 VARIÁVEIS DEPENDENTES.....	37
3.5.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	40
3.5.3 OUTRAS VARIÁVEIS	42
3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	43
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
4 RESULTADOS.....	45
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	47
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO PARTO E DO RECÉM-NASCIDO	49
4.3 CARACTERIZAÇÃO DAS LACERAÇÕES PERINEAIS NO PARTO.....	52
4.3.1 ANÁLISE BIVARIADA EM RELAÇÃO ÀS LACERAÇÕES PERINEAIS.....	57
4.4 CONDIÇÕES DO PERÍNEO NO PÓS-PARTO.....	76
5. DISCUSSÃO	80
6 CONCLUSÃO	93

REFERÊNCIAS.....	<u>96</u>
APÊNDICES.....	<u>102</u>
ANEXO.....	<u>110</u>

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Muitas mulheres, mesmo com assistência ao parto normal sem a realização da episiotomia de rotina, apresentam o períneo íntegro ou têm lacerações perineais espontâneas

Na literatura, o conhecimento sobre a ocorrência de lacerações espontâneas é limitado, visto que poucos estudos abordam sua prevalência, classificação, fatores relacionados, cuidados e morbidades associadas, bem com a experiência das mulheres com lacerações perineais espontâneas. Assim, a dificuldade na avaliação dessas lacerações, é destacada pela falta de parâmetros mais precisos (Colacioppo et al. 2011).

Habitualmente, as lacerações espontâneas são classificadas como de primeiro, segundo, terceiro ou quarto graus, de acordo com os tecidos afetados. As de primeiro grau atingem apenas a pele ou a mucosa vulvovaginal; nas de segundo grau, feixes musculares também sofrem alguma solução de continuidade. Quando a laceração atinge o esfíncter anal, é considerada de terceiro grau; caso haja lesão envolvendo a mucosa retal, é de quarto grau (Kettle, 2005).

O tipo e a frequência do desfecho perineal variam muito, na dependência de diversos fatores, relacionados ao serviço, ao profissional, às práticas adotadas no parto e à própria mulher. Dentre estes, podem ser citados: escolaridade materna, paridade, altura do períneo, duração do segundo estágio do parto, cicatriz perineal anterior, infusão de ocitocina, posição no parto, puxos dirigidos, manobras de proteção perineal, idade gestacional, peso e perímetro cefálico do recém-nascido, entre outros (Samuelsson et al., 2002; Rizk et al., 2005; Soong, Barnes, 2005; Albers et al., 2006; Scarabotto, Riesco, 2006; Kudish, Sokol, Kruger, 2008; Mikolajczyk et al., 2008; Mouta et al., 2008; Hornemann et al., 2010).

Estudo transversal com 6.365 partos ocorridos, entre 1999 e 2001, no Hospital Geral de Itapeceira da Serra (São Paulo), mostrou que 25,9% das mulheres foram submetidas à episiotomia, 28,6% tiveram a integridade perineal preservada e 45,5%, tiveram laceração espontânea. O desfecho perineal associou-se com a paridade, prematuridade, peso e vitalidade do recém-nascido. A análise de regressão logística indicou que a chance de episiotomia aumenta com a nuliparidade (OR=3,0), prematuridade (OR=2,3) e Apgar<7 no primeiro minuto (OR=2,1), e a chance de

laceração de segundo grau associa-se ao peso do recém-nascido $>3.300\text{g}$ (OR=1,6) (Riesco et al., 2011).

Estudo transversal realizado em um hospital filantrópico em Ribeirão Preto, (São Paulo), analisou a relação entre o uso de analgesia epidural e a trauma perineal no parto vaginal em 109 primíparas, sem associação estatisticamente significativa. Lacerações espontâneas ocorreram em 38,5% das mulheres (Monteiro et al., 2009).

Igualmente, ao estudarem 67 primíparas com parto normal, Scarabotto e Riesco (2006) não encontraram associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de trauma perineal e as seguintes variáveis: altura perineal, duração do período expulsivo, tipo de puxo, variedade de posição no desprendimento cefálico, circular de cordão umbilical e peso do recém-nascido.

Resultados de 725 partos normais realizados na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em 2000, indicaram que a episiotomia foi realizada em 77,7% das parturientes (64,3% eram primíparas) e 11,7% tiveram lacerações espontâneas (Davim, Enders, Reis, 2003).

A única pesquisa em âmbito nacional que apresenta dados sobre episiotomia em 5.028 nascimentos mostrou taxa de 71,6%, com variação regional de 54,8% a 80,3%, nas regiões Norte e Sudeste, respectivamente (Lago, Lima, 2009).

Considerando o ambiente de centros de parto extra-hospitalares localizados em Belo Horizonte e em Juiz de Fora (Minas Gerais), pode-se verificar a frequência de episiotomia de 26,2% e 40,2%, em primíparas, e de 15,9% e 24,7%, entre todas as parturientes, nos dois serviços, respectivamente (Campos, 2004; Fernandes, 2006). Para uma amostra de 168 primíparas que deram à luz no referido centro de parto normal, em Belo Horizonte, entre 2006 e 2007, Baracho et al. (2009) encontraram taxas de 11,3% de episiotomia e 36,9%, 23,2% e 1,2% de lacerações de primeiro, segundo e terceiro graus, respectivamente.

Ainda quanto à prevalência do trauma perineal, além de serem poucos os estudos em nosso meio que apresentam informações detalhadas, os dados sobre lacerações espontâneas são restritos.

Em uma maternidade pública no Rio de Janeiro, foi realizado estudo descritivo sobre 1.276 partos assistidos por enfermeiras obstétricas, em 2007. Os dados mostraram que, independentemente da paridade, 32,4% das mulheres tiveram períneo íntegro e 16,2% episiotomia, e 47,7% e 4% tiveram lacerações de primeiro e

segundo graus, respectivamente (Silva, Costa, Pereira, 2011).

Dados de outro estudo realizado em uma maternidade pública no Rio de Janeiro, em 2005, onde foram estudadas 1.715 mulheres de todas as paridades, com partos também assistidos por enfermeiras obstétricas, apontam que 29,1% delas tiveram episiotomia e que a laceração de primeiro e segundo graus ocorreu, respectivamente, em 33,7% e 3,1% das mulheres (Mouta et al., 2008).

Na cidade de São Paulo, estudo que comparou os resultados de 1.316 partos ocorridos em centro de parto e no hospital de referência mostrou taxa de episiotomia de 25,7% e 32,9%, respectivamente; considerando-se exclusivamente as primíparas, as taxas variaram de 41,8% a 49,7%, sem diferença estatisticamente significativa entre os dois locais. Quanto às lacerações espontâneas de segundo e terceiro graus, as taxas foram de 7,5% e 6,6% no centro de parto e no hospital, respectivamente (Schneck, 2009; Lobo et al., 2010).

Uma consequência do uso restrito de episiotomia, sobretudo, entre primíparas, é a ocorrência de lacerações de segundo grau. Estas podem ser prevenidas ou reduzidas, com a adoção de práticas que protejam o períneo, durante a gestação e o parto, mesmo que, para algumas dessas recomendações, não existam estudos conclusivos quanto à sua efetividade. A ocorrência é variável, com proporções de lacerações de segundo grau de 14,3%, 17,1%, 19,2% e 13,2% nos estudos de Basile (2001), Costa e Riesco (2006), Araújo e Oliveira (2008) e Scarabotto e Riesco (2008), respectivamente.

Diversos estudos indicam uma grande variação das taxas de episiotomia no mundo, com valores de 9,7% (Suécia) a 100% (Taiwan), ficando a maioria abaixo de 50%. Quando são consideradas apenas as primíparas, a quase totalidade das estatísticas de episiotomia identificadas é superior a 65% (Graham et al., 2005).

Nos Estados Unidos da América (EUA), os dados mostram a tendência de redução do uso rotineiro de episiotomia. Em 1998, 62% dos partos foram sem episiotomia e, entre 1980 e 1998, os casos de laceração de primeiro e segundo graus passaram de 133.000 para 882.000, representando 43% e 82% do total de traumas perineais, respectivamente (Weeks, Kozak, 2001).

Estudo realizado no Novo México (EUA), mostra que, desde 1980, o uso frequente de episiotomia caiu de 64% para 30%; porém, a frequência de lacerações perineais aumentou de 11% para mais de 40%, em partos vaginais. O uso da

episiotomia continua decaindo, dado que as evidências científicas mostram que a episiotomia de rotina causa mais dano que benefício. Em contrapartida, não há evidências conclusivas que mostrem como reduzir a laceração perineal espontânea no parto vaginal (Albers et al., 2005).

A prevalência de trauma perineal é elevada, mesmo em serviços com taxas reduzidas de episiotomia. Resultados de ensaio clínico aleatorizado sobre o manejo do períneo, realizado nos EUA com 1.176 mulheres que deram à luz sem episiotomia, mostrou que dentre aquelas sem partos anteriores, 18,8% tiveram laceração de primeiro grau e 29% de segundo grau Albers et al. (2006).

Algumas questões podem ser levantadas das estatísticas de todos os estudos sobre lacerações perineais, especialmente, em relação à grande variedade nas taxas apontadas e à baixa prevalência de lacerações de terceiro grau. Nesse sentido, vale questionar o modo como as lacerações espontâneas no parto são avaliadas, registradas e tratadas pelos profissionais. Pode-se supor que existem dificuldades em sua classificação, pois não há uma padronização detalhada ou um consenso frente à grande variabilidade quanto ao tipo, localização, forma e tamanho da laceração. Embora na literatura exista uma definição que considera os tecidos perineais afetados no trauma espontâneo, no caso da laceração que atinge o esfíncter anal, sua avaliação requer perícia do profissional.

Com a finalidade de dirimir divergências na estimativa do trauma perineal, evitando a sub ou superestimação do grau e extensão do trauma, Colacioppo et al. (2011) desenvolveram um estudo no Centro de Parto Normal do Amparo Maternal (CPN-AM), para avaliar o viés de classificação das lacerações. O protocolo da pesquisa previa a avaliação perineal imediatamente após a expulsão fetal ou a dequitação, com a puerpéra em posição semissentada, seguindo classificação baseada na literatura (períneo íntegro, laceração de 1º, 2º e 3º graus). O estudo foi realizado em duas etapas. A primeira, com 11 e a segunda, com 15 puérperas; para cada mulher, foram feitas três avaliações independentes das condições perineais. Participaram das avaliações 14 enfermeiras obstétricas da instituição e uma pesquisadora. A primeira etapa, ocorreu antes da apresentação do protocolo da pesquisa e a segunda, após sua apresentação. Na primeira etapa, houve 72,7% de repetibilidade e concordância e na segunda, estas características totalizaram 66,7%. Desta forma, indicaram a persistência do viés de classificação. Estas divergências

foram atribuídas a: 1) falta de protocolo definido no serviço para avaliação e classificação das lacerações perineais; 2) falta de instrumentos que favoreçam a avaliação objetiva, com itens padronizados; 3) dificuldade na visualização adequada da região perineal, pelo sangramento, dor ou desconforto da parturiente e 4) variação na experiência profissional e atualização das enfermeiras.

A pesquisa desenvolvida por Samuelsson et al. (2002), com 2.883 parturientes, entre 1995 e 1997, na Suécia, estudou a prevalência de lacerações perineais em partos vaginais de primíparas e múltiparas e sua distribuição na região anterior e posterior do períneo. Dentre as 1.296 primíparas do estudo, 34,8% tiveram lacerações de primeiro grau, que ocorreram com mais frequência na região posterior do períneo (41,7%), seguidas das lacerações de pequenos lábios, vestibulo e clitóris (38,8%; 17,5%; 8,1%, respectivamente). Dentre as primíparas, 38,5% tiveram lacerações de segundo grau, distribuídas na linha mediana e do lado esquerdo ou direito da região perineal posterior. Os autores adotaram um protocolo para avaliar a extensão dessas lacerações, considerando seu tamanho de até 3 cm ou maior que 3 cm, medindo com o dedo indicador e médio, como usado no toque vaginal. Além da avaliação do grau e do tamanho da laceração, o estudo propõe um modelo de classificação, considerando a localização e a forma do trauma.

Para auxiliar na avaliação e descrição mais objetiva do trauma ocorrido no parto, foi desenvolvida uma ferramenta pelo *Birmingham Perineal Research Evaluation Group*, do Reino Unido. A ferramenta denominada Peri-Rule™ consiste em uma régua de plástico maleável, graduada em milímetros. É recomendada para mensurar a profundidade e a extensão do trauma perineal, é esterilizável, de uso único, fácil e rápido, não causa nenhum desconforto à mulher, podendo ser adotada na clínica, na pesquisa e na educação (Metcalf et al., 2002).

Em nosso meio, Colacioppo, Riesco e Koiffman (2011) adotaram a *Peri-Rule™* em estudo controlado aleatorizado sobre o uso da hialuronidase na prevenção do trauma perineal no parto normal, realizada com 156 primíparas, no CPN-AM. Os resultados mostraram que a média da profundidade da laceração foi de 0,3 e 0,4 cm, para as lacerações de primeiro grau, e de 1,9 e 2,3, para as de segundo grau, nos grupos experimental e controle, respectivamente. Em relação à extensão da pele, a média variou de 0,3 a 4,5 cm, de acordo com o grau da laceração. Para a extensão da mucosa, a variação foi de 1,6 a 3,9 cm.

1.1 Anatomia vulvoperineal

A seguir, as considerações anatômicas foram extraídas dos estudos de Costacurta (1975a, 1975b), Wheeler, Burkitt e Daniels (1982), Cunningham et al. (2000a) e Rezende (2007).

Os órgãos genitais femininos externos compreendem os lábios maiores e menores, o vestíbulo vaginal, o clitóris e o monte púbico, formando a vulva ou pudendo. Os lábios maiores ou grandes lábios são duas formações cutâneas delimitando os lados da rima do pudendo. Os lábios menores ou pequenos lábios são duas pregas cutâneas dispostas sagitalmente; geralmente, assimétricas, com espessura variável e cobertos pelos lábios maiores. O vestíbulo vaginal é a área entre os pequenos lábios que, em sua junção posterior, forma a fúrcula. No vestíbulo vaginal, ficam o óstio da vagina e o meato uretral.

Os órgãos eréteis do pudendo são: clitóris; bulbo do vestíbulo; aparelho glandular do vestíbulo. O clitóris é um órgão homólogo ao pênis, composto de dois corpos cavernosos, direito e esquerdo, que seguem póstero-inferiormente o ramo do ísquio correspondente. Na parte anterior, os corpos cavernosos juntam-se para formar o corpo do clitóris que termina na glândula, recoberta pelo prepúcio. O bulbo do vestíbulo, em número de dois, é formado por tecido erétil, envolvido por uma túnica conjuntiva. O aparelho glandular do vestíbulo é constituído pelas glândulas vestibulares maiores (glândulas de Bartholin) e por outras glândulas do vestíbulo. As glândulas vestibulares maiores são volumosas e localizam-se ao lado do vestíbulo vaginal, em correspondência à extremidade posterior do bulbo do vestíbulo. Existem inúmeras glândulas do tipo mucoso – as glândulas vestibulares menores – que liberam sua secreção no vestíbulo da vagina, próximo ao sulco existente entre o hímen ou carúnculas mirtiformes e os lábios menores do pudendo. Existem ainda as glândulas para-uretrais (glândulas de Skene) e glândulas sebáceas.

A vagina é um tubo fibromuscular expansível que se estende da região vestibular até a cérvix uterina. Apresenta uma túnica mucosa, músculo liso e uma camada adventícia, formada por tecido conjuntivo denso, rico em fibras elásticas espessas; essa associação de uma túnica muscular com uma lâmina própria rica em fibras elásticas permite a grande distensão que ocorre durante o parto.

Os diafragmas urogenital e pélvico são os principais responsáveis pela sustentação das estruturas genitais. O diafragma urogenital está localizado na área

triangular entre as tuberosidades isquiáticas e a sínfise púbica e consiste dos músculos transversos profundos do períneo, do constritor da uretra e dos revestimentos fasciais interno e externo. O diafragma pélvico é composto pelos músculos levantadores do ânus, músculos coccígeos e de seus revestimentos, possuindo três fendas: a uretra, a vagina e o reto.

No momento do desprendimento da apresentação, todas as formações musculares distendem-se e formam um canal membranoso ou trajeto mole, que se prolonga inferiormente ao trajeto ósseo da parturição.

O períneo é uma área losângica, cujas linhas imaginárias unem o pube às tuberosidades isquiáticas e estas ao ápice do cóccix. É dividido por uma linha transversa, que passa pela superfície anterior das tuberosidades isquiáticas e pelo centro tendíneo do períneo, em duas regiões triangulares. A região anterior, ou triângulo urogenital, contém os órgãos genitais externos. A região posterior, ou triângulo anal, contém o ânus.

No espaço superficial do períneo, encontram-se, em cada antímero, além do bulbo do vestíbulo, do ramo do clitóris e da glândula vestibular maior, os músculos bulboesponjoso (bulbocavernoso), isquiocavernoso e transverso superficial do períneo. Essa musculatura participa da região anterior do períneo.

O músculo bulboesponjoso encontra-se em pares. Origina-se no centro tendíneo do períneo e na fâscia inferior do diafragma urogenital adjacente. Os feixes musculares profundos passam entre o bulbo do vestíbulo e a parede vaginal, terminando na parte anterior à vagina, próximo à uretra; como uma lâmina muscular delgada, esta parte do músculo bulboesponjoso é também descrita como músculo constritor do vestíbulo. O músculo isquiocavernoso, bilateral, origina-se no ramo inferior do pube e no ramo do ísquio, terminando no ramo homolateral do clitóris. O músculo transverso superficial do períneo também par tem origem na borda medial do ramo do ísquio; suas fibras dirigem-se à região mediana e para frente, a fim de alcançar o centro tendíneo do períneo; alguns feixes continuam no músculo bulboesponjoso e no músculo esfíncter externo do ânus.

Na região posterior do períneo, ficam o músculo esfíncter anal, com suas porções externa e interna, e os músculos elevadores do ânus, constituídos de cada lado pelos músculos pubococcígeo e isquiococcígeo. Esse conjunto de estruturas constitui o chamado assoalho pélvico.

A principal fonte de nutrição do períneo e das partes genitais externas é a artéria pudenda interna. Na pelve, ela emite ramos para o plexo nervoso sacral, músculos obturário interno, piriforme e coccígio, a vagina (arterial vaginal) e o reto (artéria retal média). As veias do períneo seguem o mesmo trajeto das artérias, porém, em sentido inverso. Os vasos linfáticos da vulva e os superficiais do períneo terminam em linfonodos inguinais superficiais; os mais profundos alcançam em partes os supracitados linfonodos. A inervação do períneo é realizada primordialmente, pelo nervo do pudendo, surgindo dos ramos anteriores de S2 e S3 ou de S3 e S4; o nervo pudendo deixa a pelve, prosseguindo o trajeto da artéria interna. O nervo do pudendo é dividido em ramos superficiais e profundos; os ramos superficiais atravessam o corpo adiposo da fossa ísquiorectal e emitem ramos para a pele anal, vulva e parte dos lábios maiores do pudendo (nervos labiais posteriores). Os nervos labiais posteriores seguem para o ligamento redondo no trajeto inguinal, emergem no ângulo inguinal superficial e fornecem os ramos labiais anteriores; estes inervam o monte púbico e a parte anterior dos lábios maiores do pudendo.

1.2 Reparo e recuperação do trauma perineal

As considerações sobre o reparo e recuperação do trauma perineal foram extraídas de Mandelbaum, Santi e Mandelbaum (2003); Kettle (2005) e Kettle, Dowsell e Ismail (2011).

Apesar das controvérsias sobre a necessidade de reparo de lacerações perineais superficiais ou de pequena extensão, a maioria dos autores concorda que as lacerações que atingem o plano muscular devem ser suturadas após o parto, com especial atenção às lacerações que atingem o esfíncter anal (Kettle, 2005).

O sucesso da cicatrização e a boa recuperação perineal dependem, em parte, dos cuidados com a sutura, como técnica asséptica e aproximação adequada dos planos teciduais, além da escolha do material e da competência do profissional (Grant, 1986). Embora o tipo de fio mais usado em nosso meio seja o catagute, fio absorvível de origem bovina, estudos indicam que melhores resultados têm sido obtidos com fio sintético de ácido poliglicólico (Kettle, Dowsell, Ismail, 2011).

A cicatrização de soluções de continuidade tecidual começa dentre as primeiras 24 horas da lesão inicial. Primeiramente, inicia-se o processo inflamatório, com neutrófilos, monócitos e macrófagos, apresentando-se no local da lesão. A

evolução do processo depende do controle do crescimento bacteriano e da remoção de tecido necrótico. Verifica-se hiperemia, calor, dor e edema, com aumento da circulação sanguínea capilar, que estimula e dá suporte ao crescimento epitelial. Esse processo dura de cerca 4 a 5 dias. A proliferação tecidual inicia-se dentro de 24 horas após a lesão inicial e continua por 21 dias. Caracteriza-se por três eventos: granulação, epitelização e síntese do colágeno (Mandelbaum, Santi, Mandelbaum, 2003).

A granulação consiste na formação de novos capilares que irão estimular o crescimento e fornecer nutrientes ao tecido neoformado. O tecido de granulação caracteriza-se por uma aparência esponjosa, de cor vermelho vivo, com sangramento fácil ao toque. A epitelização consiste na formação de uma camada epitelial que veda e protege a ferida de bactérias e perda de líquido. É essencial um microambiente adequado para estimular o crescimento da camada. É uma camada muito frágil que pode ser facilmente destruída por irrigação vigorosa ou limpeza impetuosa da área.

A síntese da matriz é obtida pelo colágeno, que fornece uma matriz de suporte para o crescimento de novo tecido, sendo também responsável pela força tensil. O oxigênio, o ferro, a vitamina C, o zinco, o magnésio e as proteínas são importantes para a síntese do colágeno.

O estágio final da cicatrização é o remodelamento, e é influenciado pelas condições gerais da puerpera e condições gerais da laceração. Nesse estágio, ocorre a redução do colágeno, sua destruição e redução ao estímulo de sua síntese. A resolução e o remodelamento da laceração inicia-se cerca de 21 dias, após o trauma e continua por até 2 anos. A síntese de colágeno continua independente do fechamento superficial da laceração e aumenta a força tensil da ferida. A força tensil da cicatriz é de cerca de 80% do tecido original, e é obtida cerca de 11 meses, após o trauma.

As lacerações espontâneas podem sofrer deiscência, e os fatores de risco são deficiência nutricional, anemia, exaustão posterior a um parto longo e difícil, tecido cicatricial avascularizado, uso de instrumentos que esmagam o tecido, estrangulamento dos tecidos por pontos muito apertados, erro técnico de reparo com aproximação descuidada dos planos, hemostasia incompleta com formação de hematoma e falha na obliteração de espaços mortos.

A literatura relata as possíveis complicações pós-parto, como edema, dor perineal, equimose, hematoma, infecção e deiscência; estes poderão ser, na maior

parte dos casos, identificados nas primeiras 48 horas, mas as complicações mais graves, como dispareunia, incontinência urinária, incontinência fecal, fistula retal são identificadas somente a longo prazo (Mandelbaum, Santi, Mandelbaum, 2003; Colacioppo, 2009 Samuelson et al., 2002 e Zanetti et al., 2007).

Objetivos

2 OBJETIVOS

- ◆ Caracterizar as lacerações perineais espontâneas no parto normal.
- ◆ Analisar lacerações perineais espontâneas no parto normal, conforme as condições sociodemográficas maternas, as condições clínicas e obstétricas na gestação e no parto e as condições do recém-nascido.
- ◆ Avaliar as morbidades perineais relacionadas às lacerações espontâneas até 48 horas, após o parto.

Método

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Estudo transversal sobre as características das lacerações perineais espontâneas no parto normal e sua relação com as condições sociodemográficas maternas, as condições clínicas e obstétricas na gestação e no parto e as condições do recém-nascido.

3.2 Local

O estudo foi realizado no Centro de Parto Normal do Amparo Maternal (CPN-AM), localizado na cidade de São Paulo. O Amparo Maternal é uma maternidade filantrópica, sob gestão da Congregação Santa Catarina, desde 2009. Vincula-se ao Sistema Único de Saúde e atende a parturientes classificadas, como de risco habitual ou baixo risco e risco moderado. Na admissão, a gestante é atendida pela equipe de médicos obstetras, responsável por assistir partos operatórios e distócicos, fornecendo retaguarda nas intercorrências detectadas pelas enfermeiras obstétricas. O atendimento ao trabalho de parto e parto de evolução fisiológica do CPN-AM é prestado por enfermeiras obstétricas, seguindo a política assistencial de não realização rotineira de episiotomia. Após o parto, a puérpera é avaliada pela enfermeira obstétrica e pelo médico obstetra, sendo encaminhada ao alojamento conjunto com o recém-nascido onde ambos permanecem internados por 48 horas, no mínimo.

O AM dispõe também de leitos para internação de gestantes e de unidade neonatal com leitos para recém-nascidos patológicos e para tratamento intensivo.

Os registros do CPN-AM informam que, em 2010, ocorreram 6.955 partos, sendo 5.363 (77,2%) partos normais, 1.575 (22,6%) cesarianas e 17 (0,2%) fórceps. No período de agosto a dezembro de 2010, houve 2.927 partos normais, com o seguinte desfecho perineal: períneo íntegro = 36%; laceração espontânea = 36%; episiotomia = 28%. No primeiro trimestre de 2011, ocorreram 1.834 partos, dos quais, 1.471 (80,2%) foram normais, 359 (19,6%), cesarianas e 4 (0,2%), foram

fôrceps. O desfecho entre 1.342 mulheres com parto normal foi: períneo íntegro = 31,9% (428); laceração de primeiro grau = 32,3% (432); laceração de segundo grau = 6,9% (93); laceração de terceiro grau = 0,4% (6); episiotomia = 28,5% (380). Em três partos com episiotomia, houve também laceração perineal espontânea (dois de primeiro grau e um de terceiro grau). Estes casos foram incluídos entre as mulheres com episiotomia. Vale considerar que, em 129 partos não foi registrado o desfecho perineal no livro de registro de partos, no período entre janeiro e março de 2011.

3.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída de por parturientes, sem indicação prévia de cesariana, que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade e inclusão:

- ♦ Idade igual ou maior que 18 anos;
- ♦ Gestação única, entre 37 e 42 semanas, com feto vivo, em apresentação cefálica;

Os critérios de exclusão foram:

- ♦ Ter cesariana ou parto fórceps;
- ♦ Ter parto assistido por profissional que não faz parte da equipe de pesquisa;
- ♦ Ter parto normal sem laceração perineal espontânea, ou seja, com integridade perineal conservada ou com episiotomia.

A amostra foi por conveniência, e o tamanho foi calculado considerando a prevalência de laceração espontânea em partos normais em torno de 37%, no período entre agosto de 2010 e março de 2011. Assim, utilizando-se a fórmula para cálculo do tamanho de amostra em populações infinitas (Lwanga, Lemeshow, 1991), com prevalência estimada de 40% de lacerações na população do estudo e precisão relativa de 10%, para 95% de probabilidade, obteve-se um n de 93 parturientes.

A fórmula utilizada:

$$n = z_{\alpha/2}^2 \times \frac{p \times q}{e_0^2}, \text{ onde:}$$

p prevalência na população = 0,40

q 1 - p

e₀ precisão relativa = 0,10

z_{α/2} valor tabelado de z para 95% de probabilidade (α de 5%) = 1,96

3.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período entre 27 de outubro de 2011 e 25 de janeiro de 2012.

Imediatamente, após a admissão no CPN-AM, as gestantes internadas que atenderam aos critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo e o parto foi assistido pela própria pesquisadora e por duas profissionais (uma enfermeira obstétrica e uma obstetrix) treinadas pela pesquisadora para seguirem o protocolo da pesquisa.

3.4.1 Proteção perineal no parto

Durante o desprendimento cefálico, foi feita a proteção perineal, conforme os procedimentos descritos a seguir (Cunningham et al., 2000b):

- ◆ Realização da manobra de *Ritgen* modificada, que consiste em manter uma mão espalmada na região perineal, exercendo pressão de média intensidade sobre o local, no ato do coroamento;
- ◆ Sincronicamente, os dedos da outra mão são mantidos em contato com a região subpúbica, para controlar a deflexão do polo cefálico;
- ◆ Após o desprendimento, o polo cefálico é apreendido com ambas as mãos para auxiliar na rotação externa da cabeça, quando isso não ocorre espontaneamente;
- ◆ A seguir, realiza-se o movimento de abaixamento para o desprendimento do acrômio anterior; durante o desprendimento do acrômio posterior, a proteção da região perineal é mantida com a outra mão.

A possibilidade de dirigir o parto sem estimular o puxo foi dada à mulher, respeitando as contrações voluntárias dos músculos abdominais, pois, geralmente, o desejo de fazer força é reflexo e espontâneo durante a segunda fase do parto. No caso de alteração da frequência cardíaca fetal, durante o período expulsivo ou quando o puxo espontâneo foi ineficaz para promover a progressão do parto, a mulher foi estimulada a empurrar, usando a prensa abdominal durante as contrações.

3.4.2 Avaliação perineal

Após a saída da placenta, a profissional que assistiu o parto realizou a avaliação da laceração perineal, mediante inspeção perineal com a mulher em posição litotômica, para identificação da localização, tipo e forma, grau e tamanho do trauma perineal espontâneo.

No período de 2 horas após o parto e entre 24 e 48 horas depois, a pesquisadora realizou nova inspeção perineal, para identificar a presença de edema, hiperemia, hematoma ou outra anormalidade. Nesse momento, foram também avaliadas a presença de dor referida pela puérpera e a interferência da dor ou desconforto nas atividades realizadas.

3.4.3 Reparo perineal

A sutura da laceração foi iniciada após avaliação da sensibilidade local e administração de anestesia local, quando necessário. A solução utilizada foi cloridrato de lidocaína 2% sem vasoconstritor, com dose inicial de 1 a 5 ml, de acordo com o grau da laceração, complementada quando a mulher referiu dor durante a sutura. Nas lacerações de primeiro grau, a sutura foi indicada em função da extensão e da presença de sangramento que não cessou, após hemostasia por compressão local. O fio utilizado foi catagute simples 0 e 2-0 agulhado, nas lacerações de primeiro e segundo graus, e ácido poliglicólico (Vicryl®) nas lacerações de terceiro grau.

3.4.4 Instrumentos

Para a coleta de dados, foram adotados os seguintes instrumentos:

- ♦ Formulário com informações relativas à identificação da participante, ao parto e à laceração perineal e ao recém-nascido (Apêndice 1);
- ♦ Régua *Peri-Rule*™ (Figura 1);
- ♦ Escala numérica visual para avaliar a intensidade de dor perineal 2 horas e 24 e 48 horas, após o parto (Figura 2);

Previamente à utilização, a régua, de uso único, foi lavada com água e sabão e esterilizada em autoclave, de acordo com as recomendações do fornecedor (ciclo de 121°C, com parâmetros de 121°C-124°C por 15 minutos, com ciclo completo de 45 minutos) (Metcalf, 2002). O processamento do instrumento foi realizado na Central de Material e Esterilização do CPN-AM.



Figura 1 – Instrumento de uso individual e descartável para medida do tamanho da laceração perineal (*Peri-Rule*TM)

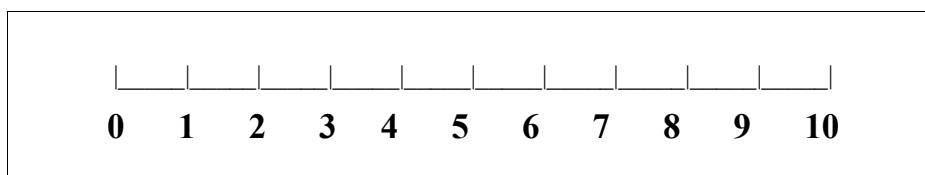


Figura 2 – Escala numérica visual, com valores de 0 a 10

3.5 Variáveis do estudo

Os **desfechos primários** do estudo foram definidos, conforme as seguintes variáveis dependentes: tipo, localização, grau, forma e tamanho da laceração espontânea, de acordo com a classificação descrita a seguir..

Os demais desfechos referem-se às morbidades perineais relacionadas às lacerações espontâneas.

3.5.1 Variáveis dependentes

O **tipo** de laceração foi avaliado como única ou múltipla, considerando as regiões perineal anterior e posterior e a parede vaginal.

A **localização** da laceração perineal foi classificada, considerando a região anterior do períneo (clitório, pequeno lábio esquerdo, pequeno lábio direito, região vestibular esquerda e região vestibular direita), a região posterior do períneo (lado esquerdo, lado direito e região mediana), e a parede vaginal (anterior, posterior, lateral-esquerda e lateral-direita), conforme a Figura 3.

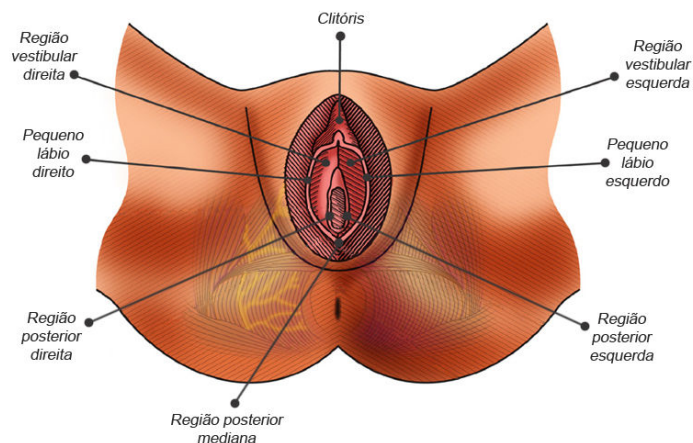


Figura 3 – Regiões da vulva e períneo para identificar a localização da laceração Fonte: Costa (2002)

O **grau** de laceração perineal foi avaliado, conforme os critérios definidos por Kettle (2005):

- ♦ Laceração perineal de primeiro grau – lesão de pele ou da mucosa vulvovaginal, somente;
- ♦ Laceração perineal de segundo grau – lesão do períneo envolvendo músculos perineais sem envolver o esfíncter anal;

- ♦ Laceração perineal de terceiro grau – lesão no períneo envolvendo o conjunto do esfíncter anal:
 - 3A: acometimento de menos de 50% da espessura do esfíncter anal externo;
 - 3B: acometimento de mais de 50% da espessura do esfíncter anal externo;
 - 3C: ruptura do esfíncter anal interno.
- ♦ Lesões perineal de quarto grau – envolvendo o conjunto do esfíncter anal (esfíncter anal externo e interno) e exposição do epitélio anal.

A **forma** da laceração foi considerada exclusivamente para as lacerações na região perineal posterior, classificadas como: linear, ramificada e “U”, conforme as Figuras 4 a 6.



Figura 4 – Laceração linear



Figura 5 – Laceração em “U”



Figura 6 – Laceração ramificada

O **tamanho** da laceração foi avaliado com uso da *Peri-Rule*TM, apenas para aquelas de forma linear e “U”, localizadas na região anterior e posterior do períneo. Na região posterior do períneo, a mensuração foi feita, conforme indicam as Figuras 7 a 9:

- ◆ Profundidade da laceração – medida em centímetros, da fúrcula até o ponto mais profundo da laceração (distância A),
- ◆ Extensão da solução de continuidade na mucosa vaginal – medida em centímetros, da fúrcula até o ângulo da laceração na mucosa vaginal (distância B);
- ◆ Extensão da solução de continuidade na pele – medida em centímetros, da fúrcula em direção ao ânus (distância C).

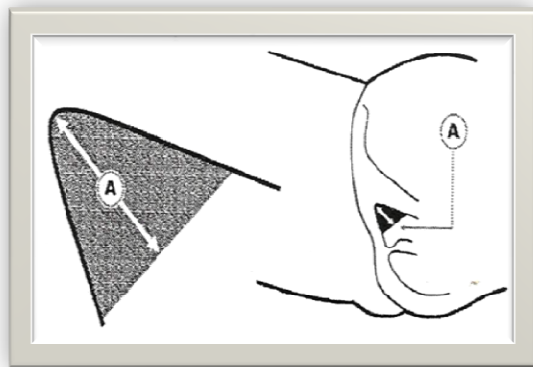


Figura 7 – Distância A: profundidade da laceração (da fúrcula até o corpo perineal)

Fonte: Tohill e Metcalfe (2005)

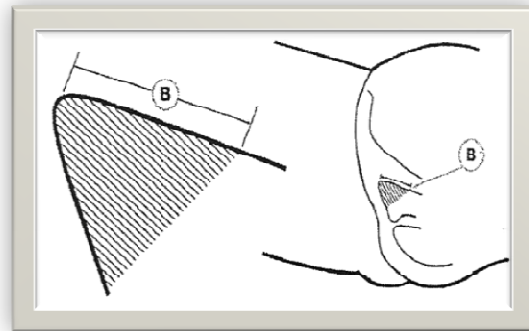


Figura 8 – Distância B: extensão da mucosa vaginal (da fúrcula até o ângulo vaginal)

Fonte: Tohill e Metcalfe (2005)

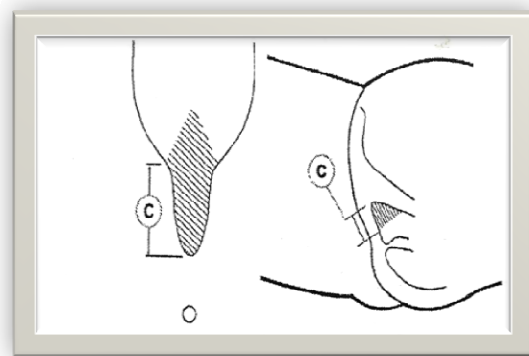


Figura 9 – Distância C: extensão da pele (da fúrcula em direção ao ânus)

Fonte: Tohill e Metcalfe (2005)

3.5.2 Variáveis independentes

- ♦ Idade – avaliada em anos completos;
- ♦ Cor da pele – autodeclarada, classificada de acordo com o grupo étnico-racial definido pelo IBGE¹, como amarela, branca, indígena, parda ou preta;
- ♦ Índice de massa corporal – calculada com base no peso e estatura;
- ♦ Altura do períneo – considerado a distância entre o orifício anal e a fúrcula, medida em centímetros, com a Peri-Rule™, antes do início da distensão perineal;

¹ http://www.ibge.gov.br/censo2010/download/questionarios/censo2010_basico.pdf

- ♦ Condição perineal em parto vaginal anterior – classificado como íntegro ou com trauma perineal;
- ♦ Exercício perineal – considerado qualquer tipo de exercício para fortalecimento do assoalho pélvico, realizado sistematicamente durante a gestação;
- ♦ Edema perineal – avaliado, mediante inspeção da região perineal durante o trabalho de parto;
- ♦ Acompanhante – considerado o acompanhante de escolha da mulher ou a doula presentes durante o parto;
- ♦ Ocitocina – considerada a administração intravenosa no trabalho de parto ou no período expulsivo;
- ♦ Misoprostol – considerada a administração intravaginal na indução ou condução do parto;
- ♦ Posição no parto – posição escolhida pela mulher, definida como a posição materna durante o período expulsivo, classificada, como: cócoras, joelhos, lateral, litotômica, semissentada, sentada ou outra;
- ♦ Tipo de puxo – descrito como espontâneo, quando realizado sem interferência da equipe que assiste a parturiente e dirigido, quando a parturiente é estimulada a empurrar, usando a prensa abdominal durante as contrações;
- ♦ Desprendimento do polo cefálico – descrito como occítopúbico (OP) ou occítoossacro (OS), em função da região da cabeça fetal locada sob o pube materno para o desprendimento cefálico;
- ♦ Distocia de ombro – definida como dificuldade na expulsão da cintura escapular, que exige tração ou outras manobras adicionais, além do abaixamento e elevação, para o desprendimento dos acrômios;
- ♦ Circular de cordão umbilical no pescoço, tronco ou membros do feto, observada no momento da expulsão fetal;
- ♦ Tipo de manobra realizada para desfazer a circular de cordão – definida como manobra de redução, quando desfeita pelo traspasse do cordão ao redor do polo cefálico ou manobra de clampeamento, quando utilizadas a pinça e a tesoura para desfazer a circular;
- ♦ Peso do recém-nascido – medido em gramas (g) imediatamente, após o nascimento;
- ♦ Circunferência cefálica do recém-nascido – medida em centímetros; e

- ♦ Circunferência biacromial – medida em centímetros;

3.5.3 Outras variáveis

- ♦ Escolaridade – classificada como fundamental incompleto, fundamental completo ou médio incompleto, médio completo ou superior incompleto e superior completo, de acordo com os estudos;
- ♦ Situação conjugal – classificada como com companheiro (em co-habitação) e sem companheiro;
- ♦ Peso corporal – avaliado em quilogramas e frações, na admissão no CPN-AM, para cálculo do IMC no início do trabalho de parto;
- ♦ Estatura corporal – avaliada em metro e frações, na admissão no CPN-AM, para cálculo do IMC no início do trabalho de parto;
- ♦ Estado nutricional – classificado de acordo com o IMC em baixo peso, adequado, sobrepeso e obesidade, conforme a idade gestacional (Atalah et al., 1997);
- ♦ Parto anterior – classificado como sim ou não e como via vaginal ou abdominal;
- ♦ Início da administração de ocitocina – iniciada na fase latente, ativa ou período expulsivo;
- ♦ Quantidade de comprimidos de misoprostol administrados – número de comprimidos de 25 microgramas;
- ♦ Duração do período expulsivo do parto – medida em minutos, com base na dilatação total da cérvix uterina até o nascimento;
- ♦ Sutura – considerada como realizada ou não, em qualquer tipo de laceração;
- ♦ Condições do períneo após o parto – avaliada a presença de edema, equimose, hiperemia, hematoma ou outra anormalidade, até 2 horas após o parto e entre 24 e 48 horas, após o parto;
- ♦ Dor na região perineal – ocorrência de dor atual ou em qualquer momento após o parto, avaliada até 2 horas após o parto e entre 24 e 48 horas após o parto, mediante escala numérica visual de 0 a 10, graduada em intervalos de uma unidade, considerando o valor 0 como sem dor, 1 como a dor de menor intensidade e 10 com a dor de máxima magnitude;
- ♦ Medicação analgésica e anti-inflamatória recebida imediatamente após o parto – tipo de medicamento administrado, conforme protocolo do CPN-AM;
- ♦ Idade gestacional – avaliada pela maturidade do recém-nascido, conforme o

método de Capurro Somático; e

- ♦ Boletim de Apgar – registro da vitalidade do recém-nascido, nos primeiro e quinto minutos de vida.

3.6 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram digitados em dupla entrada no aplicativo *Epi-Info™*, versão 3.5.3, validados, transportados e armazenados em banco de dados do aplicativo *Excel*. O tratamento estatístico foi realizado pelo aplicativo *R 2.14.1*.

Na análise descritiva, foram consideradas as frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas e as medidas de tendência central e dispersão das variáveis quantitativas (média, mediana, desvio-padrão, máximo e mínimo).

Na análise inferencial, para as variáveis qualitativas, foi utilizado o teste Qui-quadrado (Agresti, 2002). Para as variáveis quantitativas, quando esta análise envolvia apenas duas variáveis, utilizou-se o teste t-Student para a comparação das médias. Quando a análise envolvia mais de duas variáveis, foi empregada a análise de variância (ANOVA) a um fator (Neter et. al., 1996). A correlação de Pearson (Pereira, 2010) foi usada para a análise das variáveis quantitativas e tamanho das lacerações, sendo considerado um nível de significância de 5%.

3.7 Aspectos éticos

Conforme determinação da Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (Anexo), visto que o local da coleta de dados não dispunha de Comitê de Ética em Pesquisa, e o estudo foi aprovado pelo Diretor Científico do Amparo Maternal (Apêndice 2).

As mulheres foram admitidas no estudo somente depois de receberem informação verbal e após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3).

Resultados

4 RESULTADOS

No período de coleta de dados, entre 27 de outubro de 2011 e 25 de janeiro de 2012, a média mensal de partos normais no local do estudo foi de 408. Nesse período, 407 mulheres foram consideradas elegíveis, pois foram admitidas no CPN-AM durante a permanência da pesquisadora para a coleta de dados e atenderam aos critérios de inclusão. Mas, 307 mulheres foram excluídas porque o parto foi assistido por profissional que não fazia parte da equipe de pesquisa, tiveram cesariana ou parto fórcepe, tiveram parto normal com períneo íntegro ou com episiotomia e uma recusou-se a continuar no estudo. Do total de 100 mulheres da amostra final, 58 tiveram lacerações na região anterior do períneo sendo todas de primeiro grau, 80 tiveram lacerações na região posterior do períneo – 62 de primeiro grau, 16 de segundo grau e duas de terceiro grau – conforme mostra a Figura 10.

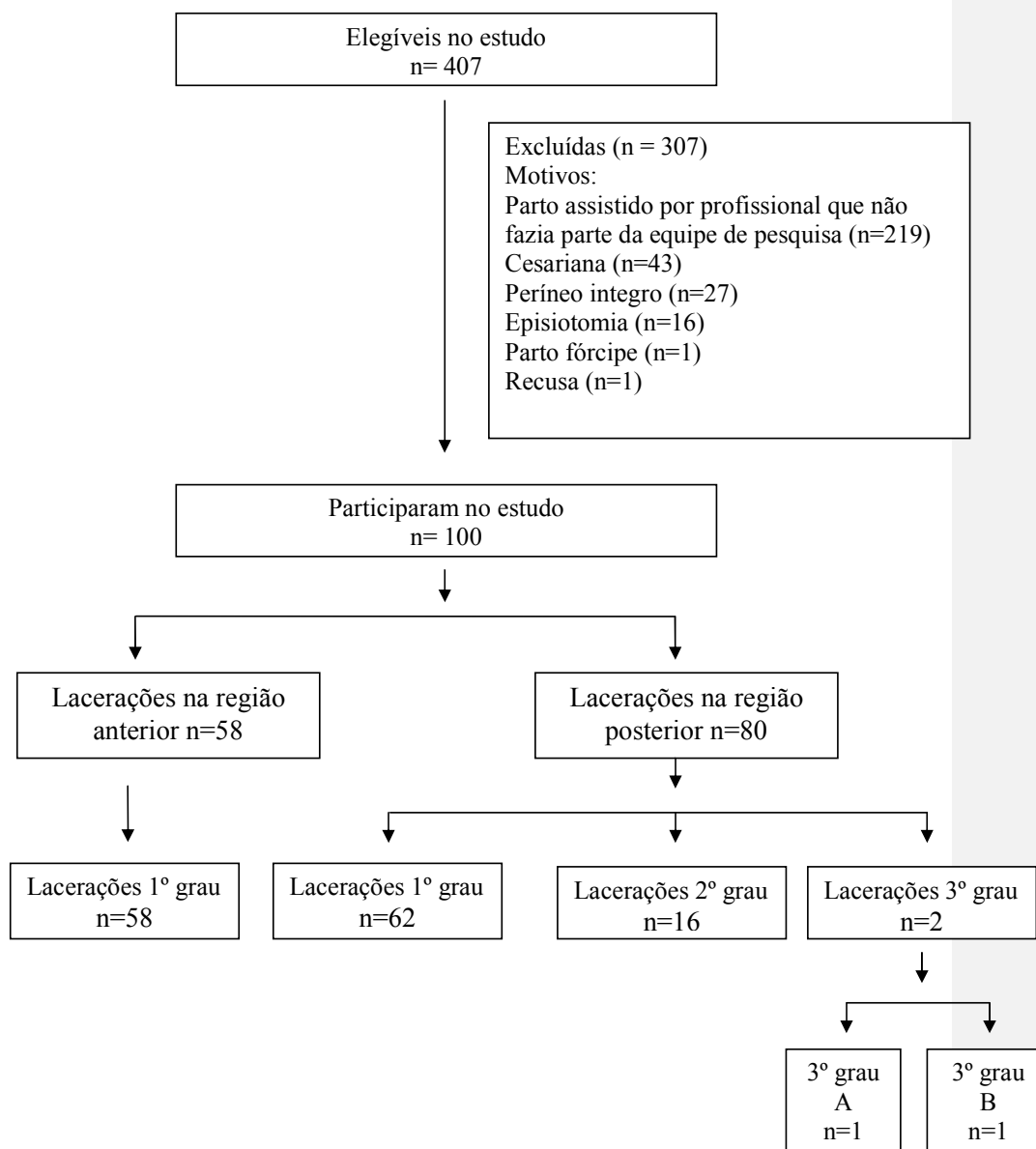


Figura 10 – Fluxograma das participantes do estudo, São Paulo – 2011-2012

Os dados foram coletados conforme descrito no Método e os resultados foram apresentados nos seguintes itens: **4.1 Caracterização das mulheres** (Tabelas 1 a 3); **4.2 Caracterização do parto e do recém-nascido** (Tabelas 4 a 8); **4.3 Caracterização das lacerações perineais no parto** (Tabelas 9 a 12 e Figuras 11 a 13); **4.3.1 Análise bivariada em relação às lacerações perineais** (Tabelas 13 a 28 e Figura 14); **4.4 Condições do períneo no pós-parto** (Tabelas 29 e 30).

4.1 Caracterização das mulheres

As características sócio-demográficas, clínicas e obstétricas das mulheres estudadas são apresentadas nos dados das Tabelas 1 a 3. Com relação à idade, 60% delas tinham entre 20 e 29 anos, com média de 25,3 (d.p. = 5,4) anos. A quase totalidade das mulheres era de cor branca (47%) ou parda (44%). 53%, estudaram pelo menos até o final do ensino médio, e 77% tinham companheiro. O estado nutricional era adequado em menos da metade das gestantes (47%), com média de IMC igual a 26,9 (d.p. = 3,8). Durante a gestação, apenas 7% das mulheres realizaram exercícios perineais. A altura do períneo predominante era de 40 a 49 mm (47%), com média de 46,1 (d.p. = 7,8) mm. Em duas mulheres, não foi possível medir a altura do períneo, em razão da brevidade do parto. A metade das participantes tinha, pelo menos, um parto anterior. Destas, 94% tiveram parto vaginal e a maioria (83%) havia sofrido algum trauma perineal durante o parto vaginal anterior, considerado como trauma perineal prévio.

Tabela 1– Distribuição das mulheres, conforme as características sócio-demográficas, clínicas e obstétricas, São Paulo – 2011-2012

Variável	n	%
Idade (anos)		
18 - 20	25	25,0
20 - 25	29	29,0
25 - 30	31	31,0
30 -35	11	11,0
≥ 35	4	4,0
Cor da pele		
Branca	47	47,0
Parda	44	44,0
Negra	9	9,0
Escolaridade		
Fundamental incompleto	13	13,0
Fundamental completo ou médio incompleto	35	35,0
Médio completo ou superior incompleto	44	44,0
Superior completo	8	8,0
Situação conjugal		
Com companheiro	77	77,0
Sem companheiro	23	23,0
Estado nutricional		
Baixo peso	28	28,0
Adequado	47	47,0
Sobrepeso	19	19,0
Obesidade	6	6,0
Exercício perineal na gestação		
Sim	7	7,0
Não	93	93,0
Altura do períneo (mm)		
30 - 40	28	28,0
40 - 50	47	47,0
50 - 60	22	22,0
60 - 70	1	1,0
Ignorado	2	2,0
Parto anterior		
Sim	50	50,0
Não	50	50,0
Total	100	100

Tabela 2 – Média, desvio-padrão, mediana e valores máximo e mínimo da idade, em anos, do IMC e da altura do períneo, em milímetros, São Paulo – 2011-2012

Variável	n	Média (d.p.)	Mediana	Máx	Min
Idade (anos)	100	25,3 (5,4)	24,5	44,0	18,0
IMC	100	26,9 (3,8)	26,8	39,7	19,8
Altura do períneo (mm)	98	46,1 (7,8)	45,0	70,0	30,0

Tabela 3 – Distribuição das mulheres com parto anterior, conforme a via e as condições perineais, São Paulo – 2011-2012

Variável	N	%
Via de parto anterior		
Vaginal	47	94,0
Abdominal	3	6,0
Total	50	100
Condição perineal em parto vaginal anterior		
Trauma perineal	39	83,0
Íntegro	8	17,0
Total	47	100

4.2 Caracterização do parto e do recém-nascido

Os dados relativos ao parto são apresentados nas Tabelas 4 a 6. Quanto à presença de acompanhante, a maioria das parturientes (82%) teve a seu lado uma pessoa de sua escolha ou uma *doula* do CPN-AM.

Em relação às condições no parto, 19% das mulheres apresentaram edema perineal, seja no trabalho de parto ou no período expulsivo, 77% delas receberam ocitocina endovenosa, iniciada precocemente na maioria dos casos (58,4%, na fase latente) e em 8% das mulheres foi feita administração de misoprostol por via vaginal, para indução do parto.

No que se refere à posição no parto, em 95% dos casos as mulheres adotaram a posição semissentada, com puxo espontâneo. Também, na quase totalidade dos partos (98%), o desprendimento do polo cefálico do feto foi na variedade OP. A distocia de ombro ocorreu em 4% dos partos e em 12% deles houve presença de circular de cordão umbilical, utilizando-se manobra de redução para desfazer a

circular. O período expulsivo teve duração média de 16,5 (d.p. = 12,1) minutos e em 80% das mulheres houve necessidade de realizar sutura das lacerações perineais.

Tabela 4 – Distribuição das mulheres, conforme as características do parto, São Paulo – 2011-2012

Variável	n	%
Edema perineal		
Sim	19	19,0
Não	81	81,0
Acompanhante		
Sim	82	82,0
Não	18	18,0
Ocitocina		
Sim	77	77,0
Não	23	23,0
Misoprostol		
Sim	8	8,0
Não	92	92,0
Posição		
Semissentada	95	95,0
Lateral	5	5,0
Tipo de puxo		
Espontâneo	95	95,0
Dirigido	5	5,0
Desprendimento do polo cefálico		
OP	98	98,0
OS	2	2,0
Distocia de ombro		
Sim	4	4,0
Não	96	96,0
Circular de cordão		
Sim	12	12,0
Não	88	88,0
Sutura perineal		
Sim	80	80,0
Não	20	20,0
Total	100	100,0

Tabela 5 – Distribuição das mulheres que receberam ocitocina e misoprostol no parto, conforme o início da administração e a quantidade de comprimidos, respectivamente, São Paulo – 2011-2012

Variável	n	%
Início da administração de ocitocina		
Fase latente	45	58,4
Fase ativa	26	33,8
Período expulsivo	6	7,8
Total	77	100
Misoprostol (comprimidos)		
1	3	37,5
2	4	50,0
3	1	12,5
Total	8	100

Tabela 6 – Média, desvio-padrão, mediana e valores máximo e mínimo da duração do período expulsivo do parto, em minutos, São Paulo – 2011-2012

Variável	n	Média (d.p.)	Mediana	Máx	Min
Duração do período expulsivo (min)	100	16,5 (12,1)	15,0	72,0	2,0

Os dados das Tabelas 7 e 8 mostram as condições dos recém-nascidos. A quase totalidade teve boa vitalidade ao nascer, com Apgar ≥ 7 (97% e 99%, nos primeiro e quinto minutos, respectivamente). Três bebês apresentaram máscara equimótica e dois permaneceram por 24 horas na unidade neonatal por desconforto respiratório adaptativo, sendo encaminhados ao alojamento conjunto, após esse período.

Quando às características biométricas, a faixa de peso ao nascer predominante foi entre 3.000 e 3.495 gramas, com média de 3.210,0 (410) gramas e a média das circunferências cefálica e biacromial foi de 34,1 (d.p. = 1,3) cm e 34,8 (d.p. = 2,2) cm, respectivamente.

Tabela 7 – Distribuição dos recém-nascidos, conforme o índice de Apgar nos primeiro e quinto minutos e o peso ao nascer, em gramas, São Paulo – 2011-2012

Variável	n	%
Apgar – 1º min		
≥ 7	97	97,0
< 7	3	3,0
Apgar – 5º min		
≥ 7	99	99,0
< 7	1	1,0
Peso (g)		
< 2.500	5	5,0
2.500 3.000	29	29,0
3.000 3.500	38	38,0
3.500 4.000	26	26,0
≥ 4.000	2	2,0
Total	100	100

Tabela 8 – Média, desvio-padrão, mediana e valores máximo e mínimo do peso do recém-nascido, em gramas, e das circunferências cefálica e biacromial, em centímetros, São Paulo – 2011-2012

Variável	n	Média (d.p.)	Mediana	Máx	Min
Peso do recém-nascido (g)	100	3210,0 (410)	3162,2	4330	2300
Circunferência cefálica (cm)	100	34,1 (1,3)	34,0	36,5	31,0
Circunferência biacromial (cm)	100	34,8 (2,2)	35,0	41,5	31,0

4.3 Caracterização das lacerações perineais no parto

As características das lacerações perineais espontâneas ocorridas no parto relativas ao tipo, localização, grau, forma e tamanho estão descritas nos dados das Tabelas 9 a 12. A localização das lacerações está apresentada nas Figuras 11 a 13.

O tipo de laceração – única ou múltipla – teve distribuição semelhante entre as mulheres (51% e 49%, respectivamente) e sua localização predominante foi na região posterior do períneo (80% das mulheres, considerando as lacerações únicas e múltiplas). Vale destacar que em 23% das mulheres, a laceração na região posterior do períneo ocorreu na parede vaginal, associada ou não a outra laceração na região perineal posterior ou anterior (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição das mulheres, conforme o tipo e a localização das lacerações perineais e vaginais no parto, São Paulo – 2011-2012

Variável	n	%
Tipo		
Única	51	51,0
Múltipla	49	49,0
Localização		
Região posterior*	42	42,0
Região anterior e posterior*	38	38,0
Região anterior	20	20,0
Parede vaginal		
Anterior	2	2,0
Posterior	5	5,0
Lateral – esquerda	6	6,0
Lateral – direita	9	9,0
Lateral - esquerda e direita	1	1,0
Sem laceração	77	77,0
Total	100	100

* Inclui 23 mulheres com laceração na parede vaginal.

A seguir, as Figuras 11 a 13 mostram a localização das lacerações na região anterior e posterior do períneo e na parede vaginal.

Na região anterior, o número total de lacerações foi de 82, com predomínio daquelas localizadas na região vestibular direita (40) e esquerda (32), seguidas daquelas no clitóris (5) e nos pequenos lábios (5) (Figura 11).

Na região posterior, ocorreram 67 lacerações, com predomínio na região mediana (52), seguidas da região lateral direita (7), esquerda (6) e fúrcula (2) (Figura 12).

Na mucosa vaginal, houve 24 lacerações, a maioria na parede lateral (17), seguidas da parede posterior (5) e anterior (2) (Figura 13).

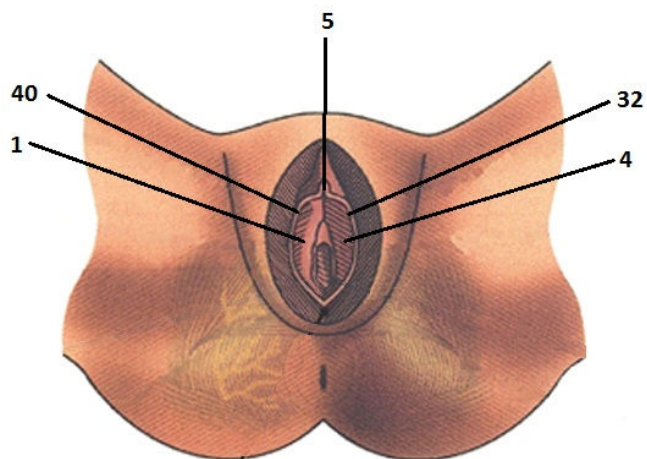


Figura 11 – Localização e número de lacerações na região anterior do períneo, São Paulo – 2011- 2012

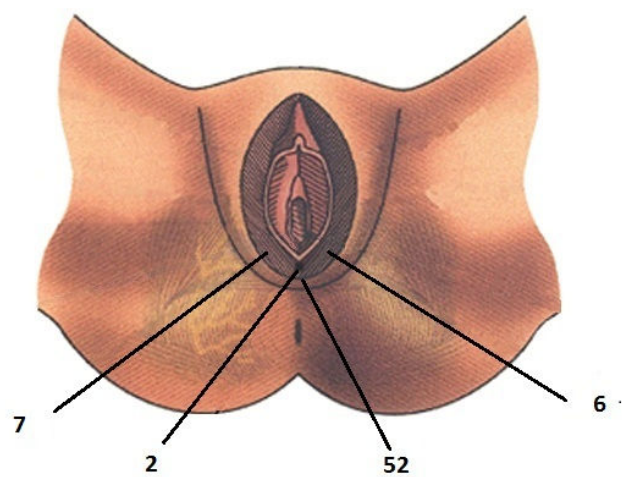


Figura 12 – Localização e número de lacerações na região posterior do períneo, São Paulo – 2011- 2012

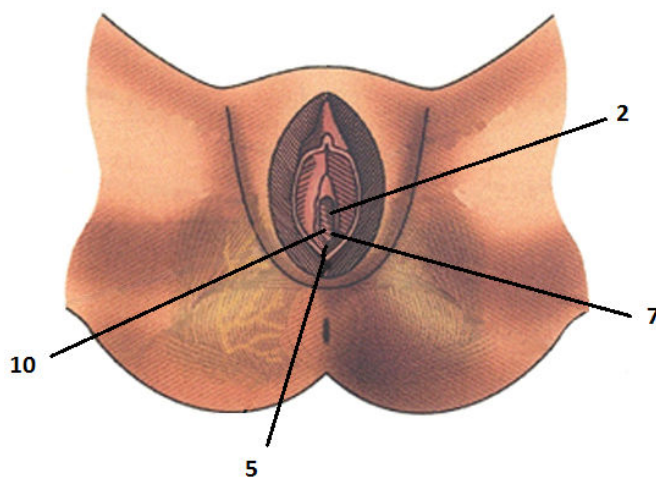


Figura 13 – Localização e número de lacerações na parede vaginal, São Paulo – 2011-2012

Quanto ao grau e à forma das lacerações localizadas na região posterior do períneo (n = 80), a maioria das mulheres teve lacerações lineares (62,5%) de primeiro grau (77,5%). Nas duas únicas mulheres com lacerações de terceiro grau, classificadas como 3A e 3B, a forma foi ramificada (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição das mulheres, conforme o grau e a forma das lacerações na região posterior do períneo, São Paulo – 2011-2012

Variável	n	%
Grau		
Primeiro	62	77,5
Segundo	16	20,0
Terceiro*	2	2,5
Forma		
Linear	50	62,5
“U”	28	35,0
Ramificada	2	2,5
Total	80	100

* Uma laceração grau 3A e uma laceração grau 3B.

Conforme especificado no Método, o tamanho das lacerações perineais foi avaliado por meio da Peri-Rule™, considerando a extensão da solução de continuidade da mucosa na região anterior do períneo, conforme indica os dados da Tabela 11. Nesta região, houve cinco lacerações na linha mediana com extensão média de 11,4 mm (d.p. = 3,1), e 77 nos lados esquerdo e direito, com extensão média de 28,5 e 26,7 mm, respectivamente (d.p. = 11,8 e 12,0, respectivamente). Vale destacar que nestas análises do tamanho das lacerações o *n* correspondeu ao número de lacerações ocorridas, e não ao número de mulheres em que a laceração ocorreu.

Tabela 11 – Média, desvio-padrão, mediana e valores máximo e mínimo da extensão das lacerações na região anterior do períneo, em milímetros, São Paulo – 2011-2012

Laceração na região anterior Extensão da laceração (mm)	n	Média (d.p.)	Mediana	Máx	Min
Linha mediana	5	11,4 (3,1)	10	17	10
Lado esquerdo	36	28,5 (11,8)	30	55	5
Lado direito	41	26,7 (12,0)	25	70	10

No que se refere ao tamanho das lacerações na região posterior do períneo (Tabela 12), nas 47 lacerações na linha mediana, predominantes, a extensão da mucosa mediu 25,6 (d.p. = 3,5) mm, em média, embora a extensão média das lacerações do lado esquerdo tenha média superior ($28,8 \pm 11,3$). Entre as 60 mulheres que tiveram solução de continuidade na pele, aquelas no lado esquerdo tiveram maior média ($26,0 \pm 11,4$). A média da profundidade das lacerações variou de 13,3 mm (d.p. = 8,3) a 19,8 mm (d.p. = 7,1). A profundidade não foi avaliada nas lacerações vaginais.

Vale destacar que, nesta análise do tamanho das lacerações o *n* correspondeu ao número de lacerações ocorridas, e não ao número de mulheres em que a laceração ocorreu.

Tabela 12 – Média, desvio-padrão, mediana e valores máximo e mínimo do tamanho das lacerações na região posterior do períneo, em milímetros, São Paulo – 2011-2012

Laceração na região posterior	N	Média (d.p.)	Mediana	Máx	Min
Extensão da mucosa (mm)					
Linha mediana	47	25,6 (10,7)	25,0	45,0	5,0
Lado esquerdo	8	28,8 (11,3)	30,0	40,0	10,0
Lado direito	4	20,0 (4,1)	20,0	25,0	15,0
Parede vaginal	24	19,9 (6,4)	20,0	30,0	10,0
Extensão da pele (mm)					
Linha mediana	50	24,8 (10,2)	25,0	50,0	3,0
Lado esquerdo	5	26,0 (11,4)	30,0	40,0	10,0
Lado direito	5	13,4 (7,1)	15,0	20,0	5,0
Profundidade (mm)					
Linha mediana	49	17,9 (9,0)	20,0	45,0	4,0
Lado esquerdo	5	19,8 (7,1)	20,0	30,0	10,0
Lado direito	4	13,3 (8,3)	15,0	20,0	4,0

4.3.1 Análise bivariada em relação às lacerações perineais

A análise bivariada em relação do tipo de laceração – única ou múltipla – não mostrou diferença estatisticamente significativa, conforme mostram os dados das Tabelas 13 e 14.

Tabela 13 – Análise estatística bivariada das variáveis qualitativas em relação ao tipo de laceração perineal, São Paulo – 2011-2012

Variável	Tipo				p-valor*
	Única		Múltipla		
	n	%	n	%	
Cor da pele					
Branca	23	47,0	24	47,0	0,51
Parda	6	12,2	3	5,9	
Negra	20	40,8	24	47,1	
Estado nutricional					
Baixo peso	11	22,5	17	33,3	0,43
Adequado	27	55,1	20	39,2	
Sobrepeso	8	16,3	11	21,6	
Obesidade	3	6,1	3	5,9	
Exercício perineal na gestação					
Sim	4	8,2	3	5,9	0,956
Não	45	91,8	48	94,1	
Edema perineal					
Sim	10	20,4	9	17,6	0,923
Não	39	79,6	42	82,4	
Acompanhante					
Sim	43	87,8	39	76,5	0,227
Não	6	12,2	12	23,5	
Ocitocina					
Sim	37	75,5	39	76,5	0,903
Não	12	24,5	12	23,5	
Misoprostol					
Sim	4	8,2	4	7,8	0,757
Não	45	91,8	47	92,2	
Posição					
Semissentada	47	95,9	47	92,2	0,56
Lateral	2	4,1	3	5,8	
Litotômica	0	0	1	2	
Tipo de puxo					
Espontâneo	47	95,9	48	94,1	0,963
Dirigido	2	4,1	3	5,9	
Desprendimento do polo cefálico					
OP	49	100	49	96,1	0,493
OS	0	0	2	3,9	
Distocia de ombro					
Sim	3	6,1	1	2	0,581
Não	46	93,9	50	98	
Circular de cordão					
Sim	6	12,2	6	11,8	0,815
Não	43	87,8	45	88,2	
Trauma perineal prévio					
Sim	15	30,6	24	47,1	0,139
Não	34	69,4	27	52,9	
Total	49	100	51	100	

* Teste Qui-quadrado

Tabela 14 – Análise estatística bivariada das variáveis quantitativas em relação ao tipo de laceração perineal, São Paulo – 2011-2012

Variável	Tipo				p-valor*
	Única		Múltipla		
	n	Média (d.p.)	n	Média (d.p.)	
Idade (anos)	51	24,8 (5,2)	49	25,8 (5,6)	0,358
IMC	51	26,7 (3,8)	49	27,1 (3,7)	0,588
Altura do períneo (mm)	49	45,4 (7,6)	49	46,9 (8,0)	0,355
Peso do recém-nascido (g)	51	3130,0 (400)	49	3290,0 (370)	0,057
Circunferência cefálica (cm)	51	33,9 (1,3)	49	34,3 (1,3)	0,129
Circunferência biacromial (cm)	51	34,7 (2,0)	49	35,0 (2,4)	0,51

* Teste t-Student

Em relação à localização da laceração na região anterior ou posterior do períneo, a análise bivariada não mostrou diferença estatisticamente significativa, conforme mostram os dados das Tabelas 15 e 16. Em relação à localização da laceração na parede vaginal, os resultados mostraram que, nas mulheres com esta laceração, a idade média foi superior, com diferença estatisticamente significativa ($p = 0,036$) (Tabela 18). Para as demais variáveis, não houve diferenças estatisticamente significantes (Tabelas 17 e 18).

Tabela 15 – Análise estatística bivariada das variáveis qualitativas em relação à localização da laceração perineal, São Paulo – 2011-2012

Variável	Localização – Região perineal						p-valor*
	Anterior		Ant/Post		Posterior		
	n	%	n	%	n	%	
Cor da pele							
Branca	7	35	18	47,3	22	52,4	0,204
Parda	-	-	5	13,2	4	9,5	
Negra	13	65	15	39,5	16	38,1	
Estado nutricional							
Baixo peso	5	25	10	26,3	13	31	0,83
Adequado	11	55	19	50	17	40,5	
Sobrepeso	4	20	6	15,8	9	21,4	
Obesidade	-	-	3	7,9	3	7,1	
Exercício perineal na gestação							
Sim	-	-	4	10,5	3	7,1	0,327
Não	20	100	34	89,5	39	92,9	
Edema perineal							
Sim	3	15	9	23,7	7	16,7	0,638
Não	17	85	29	76,3	35	83,3	
Acompanhante							
Sim	14	70	33	86,8	35	83,3	0,272
Não	6	30	5	13,2	7	16,7	
Ocitocina							
Sim	16	80	29	76,3	31	73,8	0,866
Não	4	20	9	23,7	11	26,2	
Misoprostol							
Sim	1	5	3	7,9	4	9,5	0,828
Não	19	95	35	92,1	38	90,5	
Posição							
Semissentada	17	85	36	94,7	41	97,6	0,213
Lateral	2	10	2	5,3	1	2,4	
Litotômica	1	5	-	-	-	-	
Tipo de puxo							
Espontâneo	19	95	36	94,7	40	95,2	0,995
Dirigido	1	5	2	5,3	2	4,8	
Desprendimento do polo cefálico							
OP	20	100	38	100	40	95,2	0,244
OS	-	-	-	-	2	4,8	
Distocia de ombro							
Sim	-	-	3	7,9	1	2,4	0,27
Não	20	100	35	92,1	41	97,6	
Circular de cordão							
Sim	3	15	3	7,9	6	14,3	0,611
Não	17	85	35	92,1	36	85,7	
Trauma perineal prévio							
Sim	8	40,0	12	31,6	19	45,2	0,455
Não	12	60,0	26	68,4	23	54,8	
Total	20	100	38	100	42	100	

* Teste Qui-quadrado

Tabela 16 – Análise estatística bivariada das variáveis quantitativas em relação à localização da laceração perineal, São Paulo – 2011-2012

Variável	Localização						p-valor*
	Região perineal						
	Anterior		Anterior Posterior		Posterior		
	N	Média (d.p.)	n	Média (d.p.)	n	Média (d.p.)	
Idade (anos)	20	23,7 (4,5)	38	26,3 (5,8)	42	25,2 (5,3)	0,248
IMC	20	26,2 (2,6)	38	27,4 (4,0)	42	26,7 (4,0)	0,522
Altura do períneo (mm)	19	44,9 (7,4)	38	47,8 (8,3)	41	45,3 (7,5)	0,236
Peso do recém-nascido (g)	20	3,2 (0,5)	38	3,3 (0,4)	42	3,2 (0,4)	0,500
Circunferência cefálica (cm)	20	33,9 (1,4)	38	34,3 (1,2)	42	33,9 (1,3)	0,358
Circunferência biacromial_(cm)	20	34,6 (2,6)	38	35,0 (2,3)	42	34,7 (1,9)	0,734

* ANOVA

Tabela 17 – Análise estatística bivariada das variáveis qualitativas em relação à ocorrência de laceração vaginal, São Paulo – 2011-2012

Variável	Laceração vaginal				p-valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Cor da pele					
Branca	11	47,9	36	46,7	0,702
Parda	3	13	6	7,8	
Negra	9	39,1	35	45,5	
Estado nutricional					
Baixo peso	6	26,1	22	28,5	0,943
Adequado	12	52,2	35	45,5	
Sobrepeso	4	17,4	15	19,5	
Obesidade	1	4,3	5	6,5	
Exercício perineal na gestação					
Sim	-	-	7	9,1	0,301
Não	23	100	70	90,9	
Edema perineal					
Sim	6	26,1	13	16,9	0,494
Não	17	73,9	64	83,1	
Acompanhante					
Sim	20	87	62	80,5	0,692
Não	3	13	15	19,5	
Ocitocina					
Sim	18	78,3	58	75,3	0,991
Não	5	21,7	19	24,7	
Misoprostol					
Sim	2	8,7	6	7,8	0,766
Não	21	91,3	71	92,2	
Posição					
Semissentada	21	91,3	73	94,8	0,566
Lateral	2	8,7	3	3,9	
Litotômica	-	-	1	1,3	
Tipo de puxo					
Espontâneo	21	91,3	74	96,1	0,703
Dirigido	2	8,7	3	3,9	
Desprendimento do polo cefálico					
OP	23	100	75	97,4	0,946
OS	-	-	2	2,6	
Distocia de ombro					
Sim	-	-	4	5,2	0,611
Não	23	100	73	94,8	
Circular de cordão					
Sim	2	8,7	10	13	0,849
Não	21	91,3	67	87	
Trauma perineal prévio					
Sim	7	30,4	32	41,6	0,474
Não	16	69,6	45	58,4	
Total	23	100	77	100	

* Teste Qui-quadrado

Tabela 18 – Análise estatística bivariada das variáveis quantitativas em relação à ocorrência de laceração vaginal, São Paulo – 2011-2012

Variável	Laceração vaginal				p-valor*
	Sim		Não		
	n	Média (d.p.)	n	Média (d.p.)	
Idade (anos)	23	27,4 (6,6)	77	24,7 (4,9)	0,036
IMC	23	27,1 (3,9)	77	26,8 (3,7)	0,717
Altura do períneo (mm)	23	47,3 (9,1)	75	45,7 (7,4)	0,402
Peso do recém-nascido (g)	23	3160,0 (400)	77	3220,0 (400)	0,531
Circunferência cefálica (cm)	23	34,0 (1,2)	77	34,1 (1,3)	0,928
Circunferência biacromial (cm)	23	35,0 (2,3)	77	34,8 (2,2)	0,564

* Teste t-Student

No que se refere ao grau da laceração na região posterior do períneo, a análise mostrou diferença estatisticamente significativa para as seguintes variáveis: exercício perineal na gestação ($p < 0,001$), edema perineal durante o trabalho de parto ($p = 0,013$), tipo de puxo na expulsão fetal ($p = 0,011$), variedade de posição no desprendimento cefálico ($p < 0,001$) e tamanho da circunferência cefálica ($p = 0,026$) (Tabelas 19 e 20). A laceração de segundo grau foi mais frequente entre as mulheres que realizaram exercício perineal, apresentaram edema e realizaram o puxo dirigido. Quanto à variedade de posição, nos dois únicos casos em que o desprendimento foi em OS, a laceração foi de primeiro ou de terceiro graus. Em relação à circunferência cefálica, os resultados indicaram que a gravidade do trauma perineal aumentou entre os recém-nascidos com maiores médias.

Tabela 19 – Análise estatística bivariada das variáveis qualitativas em relação ao grau das lacerações na região posterior do períneo, São Paulo – 2011-2012

Variável	Grau						p-valor*
	Primeiro		Segundo		Terceiro		
	n	%	n	%	n	%	
Cor da pele							
Branca	32	51,6	7	43,7	1	50,0	0,846
Parda	6	9,7	3	18,8	-	-	
Negra	24	38,7	6	37,5	1	50,0	
Estado nutricional							
Baixo peso	18	29	3	18,8	2	100	0,416
Adequado	27	43,5	9	56,2	-	-	
Sobrepeso	12	19,4	3	18,8	-	-	
Obesidade	5	8,1	1	6,2	-	-	
Exercício perineal na gestação							
Sim	2	3,2	3	18,8	2	100	<0,001
Não	60	96,8	13	81,2	-	-	
Edema perineal							
Sim	8	12,9	7	43,8	1	50,0	0,013
Não	54	87,1	9	56,2	1	50,0	
Acompanhante							
Sim	52	83,9	14	87,5	2	100	0,781
Não	10	16,1	2	12,5	-	-	
Ocitocina							
Sim	48	77,4	11	68,8	1	50,0	0,551
Não	14	22,6	5	31,2	1	50,0	
Misoprostol							
Sim	5	8,1	1	6,2	1	50,0	0,109
Não	57	91,9	15	93,8	1	50,0	
Posição							
Semissentada	59	95,2	16	100	2	100	0,636
Lateral	3	4,8	-	-	-	-	
Tipo de puxo							
Espontâneo	60	96,8	15	93,8	1	50,0	0,011
Dirigido	2	3,2	1	6,2	1	50,0	
Desprendimento do polo cefálico							
OP	61	98,4	16	100	1	50,0	<0,001
OS	1	1,6	-	-	1	50,0	
Distocia de ombro							
Sim	3	4,8	1	6,2	-	-	0,923
Não	59	95,2	15	93,8	2	100	
Circular de cordão							
Sim	7	11,3	1	6,2	1	50,0	0,182
Não	55	88,7	15	93,8	1	50,0	
Trauma perineal prévio							
Sim	28	45,2	3	18,8	-	-	0,081
Não	34	54,8	13	31,2	2	100	
Total	62	100	16	100	2	100	

* Teste Qui-quadrado

Tabela 20 – Análise estatística bivariada das variáveis quantitativas em relação em relação ao grau das lacerações na região posterior do períneo, São Paulo – 2011-2012

Variável	Grau						p-valor*
	Primeiro		Segundo		Terceiro		
	n	Média (d.p.)	n	Média (d.p.)	n	Média (d.p.)	
Idade (anos)	62	26,1 (5,6)	16	24,4 (5,5)	2	21,5 (2,1)	0,323
IMC	62	27,0 (4,2)	16	27,7 (3,2)	2	22,8 (2,5)	0,271
Altura do períneo (mm)	61	45,9 (8,0)	16	47,9 (7,8)	2	52,5 (3,5)	0,365
Peso do recém-nascido (g)	62	3180,0 (400)	16	3320,0 (350)	2	3520,0 (350)	0,322
Circunferência cefálica (cm)	62	33,9 (1,9)	16	34,4 (1,5)	2	36,2 (0,3)	0,026
Circunferência biacromial (cm)	62	34,7 (2,0)	16	35,3 (2,6)	2	34,5 (2,1)	0,669

* ANOVA

Quanto à forma da laceração na região posterior do períneo – linear, “U” ou ramificada – a análise mostrou diferença estatisticamente significativa para as seguintes variáveis: exercício perineal na gestação ($p < 0,001$), uso de misoprostol ($p = 0,034$), tipo de puxo na expulsão fetal ($p = 0,008$), variedade de posição no desprendimento cefálico ($p < 0,001$) e tamanho da circunferência cefálica ($p = 0,044$) (Tabelas 21 e 22). A laceração em forma de “U” foi mais frequente entre as mulheres que realizaram o exercício perineal, receberam misoprostol e realizaram o puxo dirigido. Quanto à variedade de posição, nos dois únicos casos em que o desprendimento foi em OS, a laceração foi linear ou ramificada. Os resultados indicaram que a média da circunferência cefálica foi maior entre recém-nascidos das mulheres que tiveram laceração ramificada.

Existe associação estatisticamente significativa entre a forma e o grau das lacerações. Aquelas de primeiro grau têm forma predominantemente linear, e entre as de segundo grau predominam as lacerações em forma de “U”. As duas de forma ramificada são de terceiro grau (Tabela 23).

Tabela 21 – Análise estatística bivariada das variáveis qualitativas em relação à forma das lacerações na região posterior do períneo, São Paulo – 2011-2012

Variável	Forma						p-valor*
	Linear		"U"		Ramificada		
	n	%	n	%	n	%	
Cor da pele							
Branca	24	48,0	15	53,6	1	50,0	0,883
Parda	7	14,0	2	7,1	-	-	
Negra	19	38,0	11	39,3	1	50,0	
Estado nutricional							
Baixo peso	14	28,0	7	24,9	2	100	0,066
Adequado	24	48,0	12	42,9	-	-	
Sobrepeso	11	22,0	4	14,3	-	-	
Obesidade	1	2,0	5	17,9	-	-	
Exercício perineal na gestação							
Sim	2	4,0	3	10,7	2	100	<0,001
Não	48	96,0	25	89,3	-	-	
Edema perineal							
Sim	7	14,0	8	28,6	1	50,0	0,171
Não	43	86,0	20	71,4	1	50,0	
Acompanhante							
Sim	42	84,0	24	85,7	2	100	0,817
Não	8	16,0	4	14,3	-	-	
Ocitocina							
Sim	42	84,0	17	60,7	1	50,0	0,053
Não	8	16,0	11	39,3	1	50,0	
Misoprostol							
Sim	2	4,0	4	14,3	1	50,0	0,034
Não	48	96,0	24	85,7	1	50,0	
Posição							
Semissentada	47	94,0	28	100	2	100	0,393
Lateral	3	6,0	-	-	-	-	
Tipo de puxo							
Espontâneo	49	98,0	26	92,9	1	50,0	0,008
Dirigido	1	2,0	2	7,1	1	50,0	
Desprendimento do polo cefálico							
OP	49	98,0	28	100	1	50,0	<0,001
OS	1	2,0	-	-	1	50,0	
Distocia de ombro							
Sim	2	4,0	2	7,1	-	-	0,786
Não	48	96,0	26	92,9	2	100	
Circular de cordão							
Sim	5	10,0	3	10,7	1	50,0	0,213
Não	45	90,0	25	89,3	1	50,0	
Trauma perineal prévio							
Sim	19	30,8	12	42,9	-	-	0,478
Não	31	62,0	16	57,1	2	100	
Total	50	100	28	100	2	100	

* Teste Qui-quadrado

Tabela 22 – Análise estatística bivariada das variáveis quantitativas em relação em relação à forma das lacerações na região posterior do períneo, São Paulo – 2011-2012

Variável	Forma						p-valor*
	Linear		“U”		Ramificada		
	n	Média (d.p.)	n	Média (d.p.)	n	Média (d.p.)	
Idade (anos)	50	25,8 (5,2)	28	25,6 (6,3)	2	21,5 (2,1)	0,565
IMC	50	26,7 (3,6)	28	27,9 (4,5)	2	22,8 (2,5)	0,133
Altura do períneo (mm)	49	46,7 (7,8)	28	45,6 (8,3)	2	52,5 (3,5)	0,469
Peso do recém-nascido (g)	50	3200,0 (370)	28	3220,0 (430)	2	3420,0 (350)	0,733
Circunferência cefálica (cm)	50	33,9 (1,2)	28	34,1 (1,4)	2	36,2 (0,3)	0,044
Circunferência biacromial(cm)	50	34,5 (2,2)	28	35,4 (1,8)	2	34,5 (2,1)	0,192

* ANOVA

Tabela 23 – Análise estatística bivariada da forma da laceração perineal em relação ao grau da laceração na região posterior do períneo, São Paulo – 2011-2012

Forma da laceração perineal	Grau						p-valor*
	Primeiro		Segundo		Terceiro		
	n	%	n	%	n	%	
Linear	45	72,6	5	31,3	-	-	<0,001
“U”	17	27,4	11	68,8	-	-	
Ramificada	-	-	-	-	2	100	
Total	62	100	16	100	2	100	

* Teste Qui-quadrado

Na análise comparativa das médias da extensão das lacerações, foi considerada apenas a laceração de tamanho maior em cada mulher, quando a mulher apresentou mais de uma laceração nesses locais.

Assim, conforme mostram os dados da Tabela 24, a média da extensão das lacerações de maior tamanho localizadas na mucosa da região anterior do períneo foi de 28,6 ($\pm 12,9$) mm. Na região posterior do períneo, a média da extensão das

soluções de continuidade de tamanho maior foi 26,1 ($\pm 10,5$), 24,3 ($\pm 10,4$) e 19,8 ($\pm 6,5$) mm, na mucosa, pele e parede vaginal, respectivamente. Em relação à profundidade das lacerações na região posterior do períneo, a média foi de 18,1 ($\pm 8,6$) mm.

A Figura 14 mostra a mediana, os primeiro e terceiro quartis do tamanho máximo das lacerações perineais. O mesmo número de mulheres teve alguma solução de continuidade na pele da região posterior do períneo.

Tabela 24 – Média, desvio-padrão, mediana e valores máximo e mínimo do tamanho máximo das lacerações perineais, em milímetros, São Paulo – 2011-2012

Tamanho máximo da laceração perineal (mm)	n	Média (d.p.)	Mediana	Máx	Min
Extensão da mucosa – região anterior	58	28,6 (12,9)	30	70	10
Extensão da mucosa – região posterior	56	26,1 (10,5)	25	45	5
Extensão da pele – região posterior	58	24,3 (10,4)	25	50	3
Profundidade – região posterior	56	18,1 (8,6)	20	45	3
Extensão – parede vaginal	23	19,8 (6,5)	20	30	10

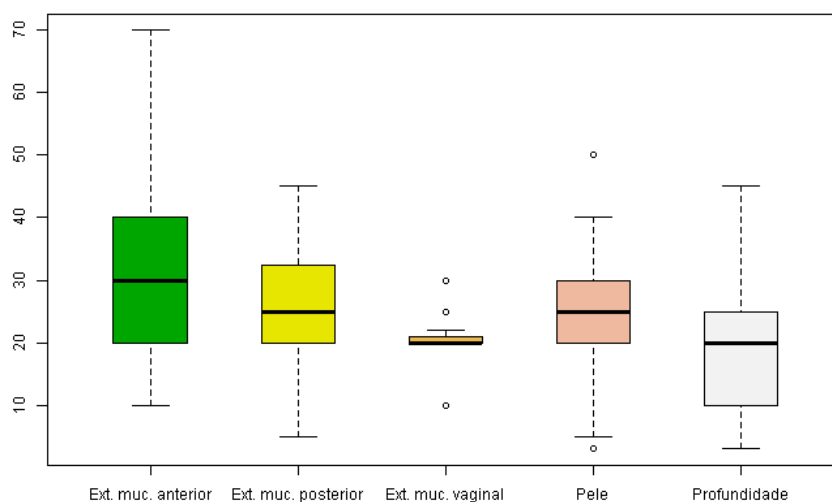


Figura 14 – Boxplot da extensão e profundidade das lacerações de tamanho máximo na região anterior e posterior do períneo e parede vaginal, São Paulo – 2011-2012

A análise inferencial do tamanho das lacerações – extensão e profundidade – em relação às variáveis qualitativas e quantitativas é apresentada nos dados das Tabelas 25 a 28.

Em relação à extensão das lacerações na região anterior do períneo, a análise mostrou que entre as mulheres que receberam misoprostol, a média do tamanho destas lacerações foi menor, com diferença estatisticamente significativa ($p = 0,027$). Para as demais variáveis, a associação em relação à extensão das lacerações localizadas neste local não mostrou significância estatística (Tabela 25).

Tabela 25 – Análise estatística bivariada das variáveis qualitativas em relação ao tamanho das lacerações na região anterior do períneo, em milímetros, São Paulo – 2011-2012

Variável	Laceração na região anterior			p-valor
	Extensão (mm)			
	n	Média	d.p.	
Cor da pele				
Branca	25	29,3	11,6	
Parda	28	29,9	13,7	0,152*
Negra	5	18,0	10,9	
Estado nutricional				
Baixo peso	15	27,7	11,0	
Adequado	30	29,3	14,5	0,973*
Sobrepeso	10	28,7	12,2	
Obesidade	3	26,7	11,5	
Exercício perineal na gestação				
Sim	4	25,0	5,8	
Não	54	28,9	13,2	0,593†
Edema perineal				
Sim	12	28,7	11,3	
Não	46	28,6	13,4	0,973†
Acompanhante				
Sim	47	27,5	12,2	
Não	11	33,5	14,9	0,162†
Ocitocina				
Sim	45	28,3	13,0	
Não	13	30,0	12,8	0,669†
Misoprostol				
Sim	4	15,0	5,8	
Não	54	29,6	12,7	0,027†
Posição				
Semissentada	53	28,3	12,9	
Lateral	4	30,2	14,2	0,805*
Litotômica	1	40,0	-	
Tipo de puxo				
Espontâneo	55	28,4	13,0	
Dirigido	3	33,3	11,5	0,521†
Desprendimento do polo cefálico				
OP	58	28,6	12,9	
OS	-	-	-	-
Distocia de ombro				
Sim	3	26,6	15,3	
Não	55	28,7	12,9	0,788†
Circular de cordão				
Sim	6	27,5	16,0	
Não	52	28,8	12,7	0,821†
Trauma perineal prévio				
Sim	20	26,4	11,5	
Não	38	29,8	13,5	0,331

* ANOVA; † Teste t-Student

Quanto ao tamanho das lacerações na região posterior do períneo, apenas na comparação das médias da extensão da pele houve diferença estatisticamente significativa para as variáveis qualitativas analisadas. Essa diferença ocorreu entre as mulheres com edema perineal, que apresentaram média maior nas laceração da pele ($p = 0,042$) e entre aquelas que receberam ocitocina ($p = 0,035$) (Tabela 26).

Na análise das lacerações na parede vaginal, houve diferença estatisticamente significativa também em relação ao edema perineal, com média das lacerações maior entre as mulheres que tinham edema ($p = 0,021$). Para as demais variáveis, não houve diferença estatisticamente significativa (Tabela 27).

Tabela 26 – Análise estatística bivariada das variáveis qualitativas em relação ao tamanho das lacerações na região posterior do períneo, em milímetros, São Paulo – 2011-2012

Variável	Laceração na região posterior					
	Extensão da mucosa		Extensão da pele		Profundidade	
	n	Média (d.p.)	n	Média (d.p.)	n	Média(d.p.)
Cor da pele						
Branca	31	25,0 (9,7)	29	23,6 (8,9)	30	18,4 (9,4)
Parda	18	27,7 (12,0)	22	23,9 (11,7)	19	16,9 (6,5)
Negra	7	27,1 (11,5)	7	28,3 (12,8)	7	19,8 (8,3)
p-valor*		0,658		0,562		0,722
Estado nutricional						
Baixo peso	14	27,1 (11,4)	14	23,6 (9,9)	14	17,8 (7,3)
Adequado	26	26,5 (10,6)	28	24,3 (10,2)	27	18,4 (9,5)
Sobrepeso	10	25,0 (11,0)	10	25,7 (9,4)	10	16,3 (8,8)
Obesidade	6	24,2 (9,7)	6	23,3 (16,0)	5	21,0 (8,2)
p-valor*		0,925		0,962		0,802
Exercício perineal na gestação						
Sim	4	30,0 (8,2)	5	27,0 (9,7)	5	15,0 (7,0)
Não	52	25,9 (10,7)	53	24,0 (10,5)	51	18,4 (8,8)
p-valor†		0,454		0,546		0,404
Edema perineal						
Sim	12	31,2 (10,2)	47	30,0 (7,4)	12	20,4 (8,4)
Não	44	24,8 (10,3)	11	22,9 (10,6)	44	17,5 (8,7)
p-valor†		0,058		0,042		0,3
Acompanhante						
Sim	48	25,5 (10,6)	49	23,2 (10,7)	48	17,6 (8,9)
Não	8	30,0 (9,6)	9	30,3 (6,4)	8	21,4 (6,3)
p-valor†		0,269		0,058		0,251
Ocitocina						
Sim	41	25,3 (10,1)	42	22,5 (10,6)	40	17,1 (7,9)
Não	15	28,3 (11,6)	16	28,9 (8,6)	16	20,7 (9,9)
p-valor†		0,355		0,035		0,159
Misoprostol						
Sim	4	30,0 (11,5)	5	24,6 (17,2)	4	17,5 (14,4)
Não	52	25,9 (10,5)	53	24,2 (9,8)	52	18,1 (8,2)
p-valor†		0,454		0,943		0,886
Posição						
Semissentada	54	26,2 (10,7)	57	24,5 (10,3)	55	18,1 (8,7)
Lateral	2	25,0 (7,1)	1	10,0 (-)	1	20,0 (-)
p-valor		0,851		-		-

(continua)

Tabela 26

(cont.)

Variável	Laceração na região posterior					
	Extensão da mucosa		Extensão da pele		Profundidade	
	n	Média (d.p.)	n	Média (d.p.)	n	Média(d.p.)
Tipo de puxo						
Espontâneo	54	25,8 (10,5)	58	24,3 (10,4)	54	17,9 (8,7)
Dirigido	2	35,0 (7,1)	2	20,0 (14,1)	2	22,5 (3,5)
p-valor[†]		0,23		0,56		0,469
Desprendimento do polo cefálico						
OP	55	26,3 (10,6)	57	24,2 (10,5)	55	18,1 (8,6)
OS	1	20,0 (-)	1	30,0 (-)	1	10,0 (-)
p-valor[†]		-		-		0,348
Distocia de ombro						
Sim	3	21,7 (17,5)	4	23,7 (12,5)	3	21,7 (14,4)
Não	53	26,4 (10,2)	54	24,3 (10,4)	53	17,9 (8,4)
p-valor[†]		0,452		0,918		0,468
Circular de cordão						
Sim	6	26,7 (15,0)	6	29,2 (12,8)	6	21,0 (9,6)
Não	50	26,1 (10,1)	52	23,7 (10,1)	50	17,8 (8,5)
p-valor[†]		0,902		0,229		0,39
Trauma perineal prévio						
Sim	24	24,0 (10,7)	25	23,2 (12,1)	22	17,9 (10,2)
Não	32	27,8 (10,2)	33	25,1 (9,1)	34	18,2 (7,6)
p-valor[†]		0,178		0,499		0,892

* ANOVA

† Teste t-Student

Tabela 27 – Análise estatística bivariada das variáveis qualitativas em relação ao tamanho das lacerações na parede vaginal, em milímetros, São Paulo – 2011-2012

Variável	Laceração vaginal			p-valor
	Extensão (mm)			
	n	Média	d.p.	
Cor da pele				
Branca	11	20,0	7,7	0,656*
Parda	9	20,8	5,3	
Negra	3	16,7	5,8	
Estado nutricional				
Baixo peso	6	19,5	5,0	0,384*
Adequado	12	21,7	7,2	
Sobrepeso	4	15,0	5,8	
Obesidade	1	20,0	-	
Exercício perineal na gestação				
Sim	-	-	-	-
Não	23	19,9	6,5	
Edema perineal				
Sim	6	25,0	5,5	0,021[†]
Não	17	18,0	5,9	
Acompanhante				
Sim	20	19,7	7,0	0,826 [†]
Não	3	20,7	1,1	
Ocitocina				
Sim	18	19,3	6,9	0,42 [†]
Não	5	22,0	4,5	
Misoprostol				
Sim	2	15,0	7,1	0,277 [†]
Não	21	20,3	6,4	
Posição				
Semissentada	21	19,8	6,8	0,924 [†]
Lateral	2	20,0	-	
Tipo de puxo				
Espontâneo	21	19,8	6,8	0,977 [†]
Dirigido	2	20,0	-	
Desprendimento do pólo cefálico				
OP	23	19,9	6,5	-
OS	-	-	-	
Distocia de ombro				
Sim	-	-	-	-
Não	23	19,9	6,5	
Circular de cordão				
Sim	2	20,0	-	0,977 [†]
Não	21	19,8	6,8	
Trauma perineal prévio				
Sim	7	21,4	6,9	0,459
Não	16	19,2	6,4	

* ANOVA

[†] Teste t-Student

Na análise da correlação de Pearson entre as variáveis quantitativas e o tamanho das lacerações na região anterior e posterior do períneo e parede vaginal, a idade materna e o peso do recém-nascido mostraram correlação negativa com a extensão da mucosa na região anterior do períneo (-0,302 e -0,408, respectivamente). Houve também correlação entre a altura do períneo e a extensão da laceração na mucosa da região posterior do períneo; essa correlação foi positiva com coeficiente de 0,276 (Tabela 28).

Tabela 28 – Correlação de Pearson entre as variáveis quantitativas em relação ao tamanho das lacerações na região anterior e posterior do períneo e parede vaginal, São Paulo – 2011-2012

Variável	Extensão da mucosa Região anterior	Extensão da mucosa Região posterior	Extensão da pele Região posterior	Profundidade Região posterior	Extensão da parede vaginal
Idade	-0,302*	-0,016	0,08	0,064	-0,17
IMC	0,038	-0,039	-0,009	0,035	-0,025
Altura do períneo	0,019	0,276†	0,137	0,234	0,082
Peso do recém-nascido	-0,408‡	0,211	0,08	0,061	-0,081
Circunferência cefálica	-0,123	0,187	0,07	-0,106	-0,107
Circunferência biacromial	-0,192	0,104	0,159	-0,024	-0,136

* p = 0,021; † p = 0,041; ‡ p = 0,001

4.4 Condições do períneo no pós-parto

As condições do períneo, avaliadas no quarto período do parto e 24 e 48 após o parto são apresentadas nos dados das Tabelas 29 e 30.

A principal ocorrência nas 2 primeiras horas, após o parto foram ardência no períneo, e presença de edema, em 22% delas. Nas cinco mulheres em que houve hematoma local (quatro em parede vaginal e um em pequenos lábios), o cuidado prestado foi drenagem sob anestesia local. A maioria das mulheres (64%) negou dor perineal nesse período, porém 22% delas referiu dor entre 4 e 7, na escala de 0 a 10. Entre 24 e 48 horas após o parto, houve regressão dessas ocorrências (ardência = 8% e edema = 13%) e apenas 13% das puerperas apresentavam dor ≥ 4 .

Tabela 29 – Distribuição das mulheres no quarto período do parto e entre 24 e 48 horas, após o parto, conforme as condições do períneo e a dor perineal, pela escala numérica de 0 a 10, São Paulo – 2011-2012

Variável	N	%
Condições do períneo no quarto período do parto		
Ardência		
Sim	25	25,0
Não	75	75,0
Edema		
Sim	22	22,0
Não	78	78,0
Hematoma		
Sim	5	5,0
Não	95	95,0
Dor perineal (escala de 0 a 10)		
0 (sem dor)	64	64,0
1 - 3 (leve)	8	8,0
4 - 6 (moderada)	22	22,0
7 - 9 (intensa)	6	6,0
Condições do períneo entre 24 e 48 h após o parto		
Ardência		
Sim	8	8,0
Não	92	92,0
Edema		
Sim	13	13,0
Não	87	87,0
Equimose		
Sim	1	1,0
Não	99	99,0
Dor perineal (escala de 0 a 10)		
0 (sem dor)	67	67,0
1 - 3 (leve)	20	20,0
4 - 6 (moderada)	11	11,0
7 - 9 (intensa)	2	2,0
Total	100	100

Os medicamentos anti-inflamatórios e analgésicos, em geral, são administrados a todas as mulheres após o parto normal, por isso, a quase totalidade das mulheres receberam diclofenaco sódico e dipirona (96% e 98%, respectivamente). O cetoprofeno foi administrado às mulheres que edema acentuado ou hematoma com drenagem profunda e o paracetamol, para aquelas alérgicas a dipirona, conforme protocolo do CPN-AM.

Tabela 30 – Distribuição das mulheres, conforme a medicação analgésica e anti-inflamatória recebida imediatamente após o parto, São Paulo – 2011-2012

Variável	N	%
Cetoprofeno		
Sim	5	5,0
Não	95	95,0
Diclofenaco sódico		
Sim	96	96,0
Não	4	4,0
Dipirona		
Sim	98	98,0
Não	2	2,0
Paracetamol		
Sim	2	2,0
Não	98	98,0
Total	100	100,0

Discussão

5 DISCUSSÃO

Esta discussão é apresentada considerando: a caracterização das lacerações perineais; os fatores relacionados (variáveis com diferença estatisticamente significativa) aos desfechos estudados (grau, forma, tipo, localização e tamanho das lacerações); as condições do períneo no pós-parto; as características sociodemográficas das mulheres, do parto e do recém-nascido.

Na literatura, existe uma lacuna em relação à caracterização das lacerações perineais no parto normal quanto ao tipo, forma e tamanho, pois a maioria dos estudos aborda a prevalência, o grau e os fatores relacionados a essas lacerações. A identificação precisa das lacerações com instrumentos adequados favorece sua avaliação, possibilita um diagnóstico mais preciso e, conseqüentemente, a adoção de melhores condutas em seu reparo e no cuidado das morbidades decorrentes das lacerações perineais.

Os resultados deste estudo apontaram alta frequência de lacerações de **primeiro e segundo graus** (77,5% e 20%, respectivamente) e menor ocorrência de lesões de **terceiro grau** (2%). Outros estudos também demonstram o predomínio das lacerações de primeiro e segundo grau no parto, e o trauma de terceiro e quarto grau é pouco comum e tem sido relatado na literatura com prevalência de 1% até 2,5% (Samuelsson et al., 2002; Dahlen et al., 2007; Salameh et al., 2011).

Dos 303 partos vaginais ocorridos em um hospital universitário, na cidade de São Paulo, 59 tiveram como desfecho lacerações perineais espontâneas; destes 66,1% e 33,9% foram lacerações de primeiro e segundo graus, respectivamente. Lacerações de terceiro e quarto grau não foram relatadas; a taxa de episiotomia foi de 60,7% (Francisco et al., 2011).

No estudo de Samuelsson et al (2002), dentre as 2.883 mulheres que deram à luz por via vaginal, houve 2.311 traumas perineais, incluindo mulheres de todas as paridades, com distribuição de 33,1% (765) lacerações de primeiro grau, 48,8% (1.128) de segundo grau, 3,8% (88) de terceiro grau, 0,3% (7) de quarto grau e 13,9% (323) de episiotomia.

Pesquisa conduzida em um hospital na Inglaterra identificou que, dentre 4.806 mulheres com parto espontâneo sem episiotomia a frequência de lacerações de

primeiro e segundo grau foi de 64,8% e de terceiro e quarto grau foi de 1,2% (Albers et al., 1999).

[RV1] Comentário: Primeiro e Segundo grau ou primeiro ou segundo grau???

A maior frequência de lacerações de primeiro e segundo graus, assim como a baixa ocorrência das lacerações de terceiro e quarto graus verificadas no presente estudo eram esperadas, visto que a episiotomia foi critério de exclusão do estudo. Estudos apontam que altas taxas de lacerações de menor grau estão associadas a prática restritiva de episiotomia (Dannecker et al., 2004), e as lacerações de terceiro e quarto graus são mais comuns quando a episiotomia é realizada como rotina, especialmente, a episiotomia mediana (Riskin-Mashiah et al., 2002).

Os dados do presente estudo foram coletados em um CPN onde enfermeiras-obstétricas e obstetrizes têm a responsabilidade pela assistência e adotam práticas que favorecem o parto fisiológico. A revisão sistemática realizada pela Biblioteca Cochrane considera que neste modelo de assistência, há menor uso de intervenções, menos lacerações perineais, maiores taxas de parto vaginal espontâneo, comparado às unidades obstétricas tradicionais (Hodnett et al., 2009).

Estudo transversal realizado na cidade de São Paulo, comparando os resultados de partos em CPN e no hospital, encontrou diferença estatisticamente significativa na taxa de trauma perineal, com maior proporção de integridade perineal (inclui as lacerações de primeiro grau) e lacerações espontâneas entre as mulheres que deram à luz no CPN, e, no hospital, as taxas de episiotomia foram superiores (Schneck et al., 2012).

Nesse sentido, é preciso considerar estas diferenças na interpretação dos resultados para fins de comparabilidade, sobretudo com estudos realizados em unidades tradicionais, cujas taxas de laceração podem ser baixas; no entanto, a frequência de episiotomia é elevada.

Em relação à **forma** das lacerações na região posterior do períneo – **linear**, **“U”** e **ramificada** –, foi observada associação estatisticamente significativa entre grau e forma. Este resultado não coincide com o de Samuelsson et al. (2002), que é o único estudo encontrado na literatura que classifica as lacerações quanto à forma. Para esses autores, as lacerações de primeiro grau foram ramificadas ou em “U”, às de segundo grau foram lineares e não houve uma forma definida para as lacerações de terceiro grau. No atual estudo, as de primeiro grau foram predominantemente

lineares (72,6%), as de segundo em forma de “U” (68,8%) e as duas lacerações de terceiro grau apresentaram forma ramificada (Figuras 4 a 6, do Método).

Quanto ao **tipo** de laceração – **única** ou **múltipla** –, os resultados deste estudo apontaram que a quase metade das mulheres (49%) apresentou traumas múltiplos. A ocorrência de lacerações perineais simultâneas no parto é evidenciada por diversos estudos (Albers et al. 1999; Costa, Riesco, 2006; Colacioppo, Riesco, 2007; Araújo, Oliveira, 2008; Scarabotto, Riesco, 2008; Jenkins, 2011).

No estudo de Albers et al. (1999) cujos partos foram realizados por parteiras profissionais ou estudantes, verificou-se a ocorrência de lacerações simultâneas, entre as mulheres submetidas ou não à episiotomia. A combinação de laceração perineal e vaginal ocorreu em 26,1% das mulheres. Por sua vez, pesquisa que caracterizou as lacerações labiais no parto vaginal identificou que, em 63 mulheres, 38,1% apresentaram lacerações bilaterais (Jenkins, 2011). Dentre os demais estudos citados, a proporção de lacerações múltiplas foi mais elevada no de Costa e Riesco (2006), chegando 29,8%.

A **localização** das lacerações é variável. Aquelas que ocorrem na **região anterior** do períneo envolvem clitóris, lábios e região vestibular, e as da **região posterior**, podem atingir a **parede vaginal** e a musculatura perineal e anal. Em geral, as lacerações na região anterior estão associadas a menos morbidade e menos necessidade de sutura, mas na região posterior ocorrem mais complicações, como hematomas, fístulas e lesões do esfíncter anal e da mucosa retal. As lacerações na região posterior são mais freqüentes, quando a episiotomia é adotada como rotina, enquanto seu uso restrito aumenta o risco das lesões anteriores (Carroli, Mignini, 2012).

Foram obtidos poucos estudos que tiveram como foco a localização das lacerações perineais. Alguns deles utilizaram a mesma figura adotada neste estudo para identificar o local preciso da laceração (Figura 3, do Método). No presente estudo, predominaram as lacerações na região compreendida entre os pequenos lábios (região vestibular), com 72 lacerações, e na linha mediana (da fúrcula em direção ao orifício anal), com 52 lacerações. Vale destacar que ocorreram 24 lacerações na parede vaginal em 23 mulheres estudadas.

Nas pesquisas de Costa (2002), Araújo (2004) e Colacioppo (2009), na região posterior do períneo predominaram as lacerações na linha mediana. Em relação à

[J2] Comentário: Inserir comentário sobre esses dados.

[A3] Comentário: Porque neste estudo as mulheres sem episiotomia tiveram mais laceração de períneo posterior?

região anterior, Costa (2002) e Scarabotto (2004) observaram mais trauma no vestíbulo, ao passo que Araújo (2004) e Colacioppo (2009) notaram mais lacerações nos pequenos lábios.

É importante considerar, ainda, a ocorrência de laceração no clitóris, pois esse local é bastante sensível e vascularizado, provando dor e sangramento quando dá uma solução de continuidade. Neste estudo, 5% das mulheres tiveram trauma nesse local. Já, Costa (2002) e Colacioppo (2009) referem laceração no clitóris em 5,7% e 0,6% das mulheres estudadas.

O estudo de Albers et al. (1999), citado anteriormente, destaca uma variedade de combinações em relação à localização das múltiplas lacerações que além dos locais mais usuais – 50,4% fora da vagina, 35,4% nos lábios, 11% na parede vaginal e 1,4% no clitóris, podem atingir também a uretra e o colo do útero.

Samuelsson et al. (2002) identificaram lacerações localizadas nos pequenos lábios em 18,1%, na parede vaginal em 19,4%, e na linha mediana da região posterior do períneo em 34,8% das mulheres estudadas. Para descrever as lacerações de primeiro e segundo graus, os autores utilizaram um modelo que divide a região vulvoperineal em três partes, combinando o local, o tamanho e a forma da laceração. Para as lacerações nos lábios e clitóris, o modelo apresenta cinco esquemas; para o *períneo*, quatro esquemas e para *vagina*, também quatro esquemas.

Quanto às implicações clínicas do grau e localização do trauma perineal, deve-se ressaltar que as lacerações na parede vaginal são frequentes, mas podem passar despercebidas de quem assiste o parto, pela dificuldade de visualização. Na região posterior do períneo, as implicações a curto e longo prazos, como dor e problemas de cicatrização, estão relacionadas à profundidade, aos tecidos afetados e à perda sanguínea. Na região anterior, as lacerações são mais superficiais, de cicatrização rápida, mas produzem desconforto, como o ardor à micção.

Conforme descrito no Método (Figuras 7 a 9), o **tamanho** das lacerações na região posterior do períneo foi avaliado quanto à **extensão**, mensurada da fúrcula até o ângulo da laceração na mucosa vaginal (**mucosa**) e da fúrcula em direção ao ânus (**pele**) e quanto à **profundidade** dos planos subcutâneo e muscular, usando a régua *Peri-Rule*TM. Na região anterior do períneo e na laceração isolada da parede vaginal, foi considerada apenas a **extensão da laceração**. O tamanho do trauma perineal foi

medido considerando a extensão e a profundidade da maior laceração apresentada por mulher, independente do grau do trauma perineal.

Conforme mostram os resultados do presente estudo, a média da extensão das lacerações foi maior na região anterior do períneo e na mucosa vaginal (28,6 e 26,1 mm, respectivamente), comparada com a média da extensão da pele (24,3 mm). Como é de se esperar, a profundidade mostrou média menor (18,1 mm).

Em estudo realizado na mesma instituição desta pesquisa, que buscou identificar a eficácia da hialuronidase na prevenção do trauma perineal, foi utilizado o mesmo instrumento para medir o tamanho do trauma perineal (*Peri-Rule*TM). A média da extensão da mucosa variou de 18 mm a 39 mm, da extensão da pele de 4 mm a 45 mm e da profundidade de 3 a 24mm, computadas as lacerações de primeiro, segundo e terceiro graus (Colacioppo, Riesco, Koiffman, 2011).

Outro estudo, realizado em um hospital terciário na Califórnia (EUA) envolveu 62 primíparas submetidas ao parto vaginal com e sem episiotomia, assistidas por equipe multidisciplinar. Identificou que a extensão da pele do trauma na região posterior do períneo foi, em média 40 mm, ou seja, maior que a verificada nesta pesquisa. Esta diferença pode ser atribuída à metodologia adotada, pois a medida da episiotomia foi incluída no cálculo da média da extensão da pele. Os autores identificaram que a episiotomia aumentou em, aproximadamente, 30 mm a extensão do trauma. Entre as mulheres que não tiveram episiotomia, a única variável associada ao tamanho da laceração foi o índice de massa corporal (Nager, Helliwell, 2001).

Samuelsson et al. (2002) adotaram um protocolo para avaliar a extensão das lacerações de segundo grau, considerando seu tamanho de até 3 cm ou maior que 3 cm, medindo com os dedos indicador e médio, como usado no toque vaginal. Os resultados obtidos foram ≤ 3 cm = 26,4% (762 mulheres) e > 3 cm = 9,9% (285 mulheres). Em relação ao trauma da parede vaginal, 16% (462 mulheres) tiveram laceração ≤ 5 cm e 1,1% (33 mulheres), laceração > 5 cm. Considerando apenas as primíparas, a proporção de mulheres com laceração vaginal grande (> 5 cm) foi de 2,3%.

Em estudo sobre o tipo de anestesia local para reparo do trauma perineal, Colacioppo e Riesco (2009) classificaram as 32 lacerações de segundo grau como pequena (< 3 cm), média (entre 3 e 4 cm) e grande (> 4 cm), adotando como

referência o tamanho padrão da episiotomia praticada em outras 32 mulheres. Os resultados mostraram que 46,8% eram de tamanho médio, 43,8% de tamanho pequeno e 9,4% de tamanho grande.

Conforme referido na Introdução, a necessidade de sutura para todas as lacerações perineais não está totalmente estabelecida na literatura. A decisão de reparo do trauma depende, sobretudo, de sua profundidade e localização.

Entretanto, identificar de modo adequado as características das lacerações e avaliar corretamente as implicações de cada uma é fundamental na decisão quanto à realização da sutura e quanto à melhor técnica e fio para indicados para cada caso. A evolução satisfatória do processo de cicatrização tecidual e a prevenção de morbidades dependem da conduta seguida.

A seguir, são abordadas as variáveis que **apresentaram significância estatística**: idade materna, exercício e edema perineal, altura do períneo, uso de ocitocina, puxo materno, variedade de posição no desprendimento cefálico, circunferência do polo cefálico e peso do recém-nascido.

Conforme Salvesen e Mørkved (2004), o **exercício perineal** durante a gestação tem sido recomendado para prevenção da incontinência urinária, por produzir efeito no controle dos músculos pélvicos, podendo facilitar o parto. Mas, os autores realizaram estudo randomizado com 301 mulheres na Noruega e mostraram que, embora o exercício perineal na gestação estivesse associado com a duração mais curta do segundo período do parto e com duração da expulsão menor que 60 minutos, a ocorrência de episiotomia e de lacerações perineais severas não mostrou diferença estatisticamente significativa entre as mulheres dos grupos experimental e controle.

Os resultados desta pesquisa mostraram que as lacerações foram de maior grau entre as mulheres que relataram ter realizado exercícios perineais na gestação ($p < 0,001$), incluídos os dois únicos casos de laceração de terceiro grau. Contudo, a avaliação quanto à realização do exercício perineal é imprecisa, pois não foi investigado o tipo de exercício e a frequência de sua realização. Os estudos recomendam o exercício perineal com supervisão profissional, com objetivo de avaliar seu impacto no fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico. A falta de supervisão tem sido citada como um viés importante nos estudos que buscam avaliar esse efeito (Zanetti et al., 2007).

Quanto ao **edema perineal**, esta intercorrência é mais esperada no segundo período do parto, porém pode estar presente durante o período de dilatação. A literatura aponta a dificuldade de avaliar precisamente a intensidade do edema, pela falta de instrumentos validados (Riesco, Oliveira, 2007).

Poucos estudos abordam a relação entre edema e trauma perineal no parto, pois o edema, em geral, é estudado como uma morbidade no pós-parto. O estudo de Samuelsson et al. (2002) estimou que a ocorrência de edema perineal leve no pré-parto é um fator de proteção para laceração de segundo grau (OR=0,609), quando comparado com edema moderado ou severo. Na atual pesquisa, das 16 mulheres com edema e lacerações perineal na região posterior, 50% apresentaram laceração de segundo ou terceiro graus (p=0,013); a média da extensão da laceração na parede vaginal e na pele também foi maior nas mulheres com edema perineal (p=0,021 e p=0,042, respectivamente).

Outra variável que apresentou significância estatística foi a **altura do períneo**, pois houve correlação positiva com a extensão da mucosa na região posterior do períneo (p=0,041). Por sua vez, os estudos observacionais de Nager e Helliwell (2001), Rizk et al., (2005) e Scarabotto e Riesco (2006) não encontraram associação. Empiricamente, na prática clínica é comum que os profissionais e os protocolos assistenciais façam referência ao maior risco de trauma perineal, em razão da proximidade entre os orifícios vaginal e anal quando o períneo é curto (< 3 cm), ou pela distensibilidade restrita, quando o períneo é longo. Neste estudo, a maior altura do períneo foi de 70 mm, em uma mulher que teve laceração perineal múltipla de primeiro grau.

O **uso da ocitocina** sintética intraparto é uma prática adotada com frequência para acelerar o parto ou corrigir desvios da contratilidade uterina, quando as contrações são ineficazes, tanto no primeiro como no segundo períodos do parto. Entretanto existem divergências quanto a seu uso rotineiro e há evidências científicas que mostram o aumento do risco de trauma perineal com o uso de ocitocina (Brasil, 2001; Samuelsson et al., 2002; Schneck, 2004; Silva et al., 2012).

Os resultados da análise univariada de Samuelsson et al. (2002) mostram associação entre uso de ocitocina nos primeiro e segundo estágios do parto e a ocorrência de laceração de segundo grau que, no entanto, não se manteve na análise multivariada. Já, o estudo observacional de Schneck (2004), realizado em CPN intra-

hospitalar, em Itapeceira da Serra (São Paulo) com 830 mulheres, mostrou que entre as mulheres que receberam ocitocina, houve maior proporção de episiotomia (36,9% vs 18,2%) e entre aquelas sem ocitocina, maior proporção de integridade perineal (30,6% vs 19,2%) ($p < 0,001$). Resultado similar foi obtido entre mulheres primíparas, no estudo observacional de Silva et al. (2012), realizado em CPN extra-hospitalar, na cidade de São Paulo, com 1.079 mulheres, que identificou trauma perineal de menor grau entre as mulheres sem ocitocina e maior proporção de episiotomia entre as que receberam ocitocina ($p = 0,003$).

Na atual pesquisa, a administração de ocitocina ocorreu em 77% dos casos e, na maioria deles, foi iniciada na fase latente do primeiro período do parto. O uso de ocitocina associou-se com menor média da extensão da laceração na pele ($p = 0,035$).

Em contraposição, estudo randomizado, duplo cego, realizado na Inglaterra, com 226 primíparas que receberam analgesia epidural e infusão de ocitocina apenas no segundo estágio do parto, obteve mais mulheres com parto espontâneo e com episiotomia ou laceração de segundo grau entre aquelas que receberam a infusão, em comparação com as que receberam placebo ($p = 0,03$ e $p = 0,04$, respectivamente) (Saunders et al., 1989).

Svartby, Nordstron e Selstron (2006) realizaram estudo observacional com 164 primíparas na Suécia. Os resultados apontaram que o uso de ocitocina está associado ao aumento na taxa de episiotomia, especialmente, quando a administração foi iniciada no segundo estágio do parto. Os autores discutem o uso excessivo e rotineiro da ocitocina, em 70% das primíparas, e suas consequências, sobretudo, a maior ocorrência de trauma perineal e dor severa.

O tipo de **puxo** apresentou diferença estatisticamente significativa em relação ao grau e à forma da laceração perineal. Entre as mulheres que realizaram só puxo espontâneo, foi mais frequente a laceração linear de primeiro grau, e que entre aquelas que realizaram o puxo dirigido (manobra de Valsalva), houve mais casos de laceração de segundo grau ($p = 0,011$).

Várias pesquisas sobre o método de puxo – espontâneo ou dirigido – usado na expulsão fetal mostram sua influência no desfecho perineal. Estudo realizado com 39 primíparas indicou que a probabilidade de trauma perineal foi maior entre as que realizaram o puxo dirigido (92,9% vs 45,5%, respectivamente) ($p < 0,05$) (Sampsel, Hines, 1999). O estudo de Albers et al. (2006), realizado nos EUA, com 1.176

mulheres, mostrou o risco aumentado de trauma perineal entre primíparas que realizaram a manobra de Valsalva na expulsão fetal (RR=1,65; IC95% 1,05-2,59). Colacioppo (2009) identificou que o puxo espontâneo foi um fator de proteção perineal entre 156 primíparas com parto espontâneo, estudadas em CPN, na cidade de São Paulo. Das 103 que realizaram puxo espontâneo, apenas 26% apresentaram trauma perineal; por sua vez, das 53 mulheres com puxo dirigido, 49% tiveram trauma perineal grave.

Contrariamente, em revisão sistemática de estudos randomizados, Yildirim e Beji (2008) compararam o puxo dirigido e espontâneo durante o segundo período do parto e concluíram que não houve diferença estatisticamente significativa em relação à frequência e à severidade do trauma perineal. Adotando a metodologia GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), Kettle e Tohill (2007) classificaram como evidência de muito baixa qualidade os estudos que relacionam o tipo de puxo no segundo período do parto com o trauma perineal e a necessidade de sutura.

Estudo retrospectivo, realizado em Israel, com 168.077 partos vaginais, investigou a prevalência de lacerações severas com e sem episiotomia em situações críticas, como distócia de ombro, parto instrumental, desprendimento do polo cefálico em OS, macrossomia e óbito fetal intraparto. Os resultados mostraram que, independente do uso da episiotomia preventiva, há o risco de laceração perineal severa nas situações críticas (Steiner et al., 2012).

Uma coorte retrospectiva, conduzida na França com 9.097 partos, avaliou partos vaginais com desprendimento do polo cefálico na variedade de posição OS e concluiu que esta não tem associação estatisticamente significativa em relação às lacerações perineais severas (Salameh et al, 2011).

No atual estudo, houve associação estatisticamente em relação ao **desprendimento do polo cefálico**, ao grau e à forma da laceração. Nos dois únicos casos de desprendimento em OS, houve laceração linear de primeiro grau e ramificada de terceiro grau ($p < 0,001$). Igualmente, houve associação estatisticamente significativa entre o perímetro da **circunferência cefálica**, o grau e a forma da laceração ($p = 0,026$ e $p = 0,044$).

Colacioppo (2009) encontrou que a média da circunferência cefálica de 156 recém-nascidos foi igual a 33,5 ($\pm 1,3$) cm, com valores superiores entre as mulheres

com episiotomia ($35,0 \pm 1,1$) e laceração de terceiro grau ($35,1 \pm 2,0$). Os valores do IC 95% para a média da circunferência cefálica, nos casos de episiotomia, não coincidiram com os valores dos intervalos para os casos de integridade perineal e de laceração de primeiro e segundo graus, fazendo supor que a medida da circunferência cefálica dos recém-nascidos de mães submetidas a episiotomia foi maior que a dos demais bebês, levando a uma possível associação entre o tamanho do polo cefálico e a ocorrência de trauma perineal.

Para Hudelist et al. (2005) o peso elevado do recém-nascido é um fator de risco independente para lacerações perineais de terceiro e quarto graus. Na análise dos fatores preditores de trauma severo, os autores identificaram uma interação significativa entre o peso do recém-nascido e a circunferência cefálica. Cada centímetro adicional na circunferência cefálica reduziu o OR do peso do bebê em 1% no total da amostra.

Neste estudo, o **peso do recém-nascido** apresentou correlação negativa com a extensão da mucosa na região anterior do períneo ($p=0,001$). A possível explicação para essa correlação é que exista interação entre variáveis. Vale salientar que na região anterior do períneo todas as lacerações são consideradas de primeiro grau.

O estudo de Scarbotto e Riesco (2006), referido anteriormente, não encontrou associação estatisticamente significativa entre o peso do recém-nascido e o grau da laceração. Por sua vez, Riesco et al. (2011), em estudo realizado com 6.365 mulheres de todas as paridades, em CPN intra-hospitalar de Itapeceira da Serra (São Paulo) referem que quanto maior o peso do bebê maior será a chance de ocorrência de laceração de segundo grau; as mulheres com bebês acima de 3.300 gramas têm 1,6 mais chances de ter este trauma perineal. Igualmente, no estudo de Silva et al. (2011), o peso do recém-nascido esteve associado à laceração de segundo grau.

Após o parto, as lacerações perineais desencadeiam um processo inflamatório, que está relacionado à dor aguda e ao edema, podendo gerar desconforto e deformidades na região vulvoperineal. Morbidades como hematoma, equimose e infecção estão relacionadas com o trauma perineal, a técnica e os materiais usados em seu reparo e podem comprometer a mobilidade da mulher, o aleitamento materno e os cuidados ao recém-nascido.

Na atual pesquisa, as condições perineais foram avaliadas até 2 horas e entre 24 e 48 horas após o parto. Na primeira avaliação, foram relatadas ardência e dor no

períneo. Embora a dor não tenha sido referida pela maioria das mulheres, quase um quarto (22%) queixou-se de dor moderada (4-6 na escala numérica). Convém destacar que, nas primeiras 2 horas após o parto, a mulher permanece em repouso. Nesse período, foram observados edema e hematomas perineais que foram drenados sob anestesia local pela profissional que assistiu o parto.

Entre 24 e 48 horas após o parto, as referências de ardor e edema diminuíram. Não houve hematoma; no entanto, observou-se equimose. A queixa de dor moderada reduziu-se, porém aumentou a de dor intensa (7-9 na escala numérica). No local da pesquisa, as atividades de autocuidado e de cuidados ao recém-nascido iniciam-se apenas 6 horas depois do nascimento do bebê; isto pode justificar o aumento da intensidade de dor entre as primeira e segunda avaliações.

Quase todas as mulheres receberam anti-inflamatórios e analgésicos. É rotina da Instituição a administração de diclofenaco sódico e dipirona, ambos por via oral logo após o parto e durante a internação no alojamento conjunto, independente da queixa da mulher. Quando há laceração de terceiro ou quarto grau, ou quando há manipulação perineal excessiva durante o parto, é administrado cetoprofeno intravenoso. Se a mulher relatar alergia à dipirona, o paracetamol é administrado, em substituição.

Na Instituição, não existe protocolo para o uso de métodos não farmacológicos. Assim, eles são utilizados ocasionalmente, a critério do profissional que presta assistência à mulher no parto. A analgesia oral, em geral, é a primeira opção no tratamento da dor perineal; porém, a utilização de medicamentos no pós-parto é motivo de preocupação quanto à segurança neonatal, pois faltam informações consistentes sobre o impacto destas drogas no bebê através do leite materno (Chaves et al., 2004). Assim, tratamentos locais, tais como gelo e banhos de assento também podem ser utilizados.

Conforme abordado nesta pesquisa, diversos fatores estão relacionados com a ocorrência e as características do trauma perineal no parto normal. Estes fatores, agrupados como maternos, assistenciais ou fetais, envolvem variáveis que certamente interagem entre si, repercutindo nos desfechos estudados. Como exemplo de variáveis maternas, vale destacar o papel da idade materna, da cor da pele, da paridade, do estado nutricional, entre outras. Neste estudo, a idade materna mostrou diferença estatisticamente significativa na análise da extensão da laceração da parede

[RV4] Comentário: Locais : 4 na parede vaginal e um pequeno lábio

vaginal e na correlação com a extensão da mucosa na região anterior. No entanto, a interpretação deste resultado fica prejudicada, sem que haja uma análise que envolva o estudo das interações.

Assim, como uma limitação importante, vale destacar que a amostra restrita não possibilitou a realização de análises estatísticas mais amplas. Nesse sentido, para compreender melhor estas interações devem ser propostas e conduzidas novas pesquisas.

Contudo, os resultados obtidos poderão oferecer subsídios para a prática clínica na assistência ao parto e para a educação dos profissionais de saúde. Além disso, poderá contribuir para a proposição de protocolos assistenciais para prevenção e cuidado do trauma perineal no parto e no pós-parto.

Conclusão

6 CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa mostraram que as características das lacerações perineais espontâneas no parto normal estão relacionadas com o tipo de laceração (única ou múltipla), grau (primeiro, segundo e terceiro), localização (região anterior e posterior do períneo e parede vaginal), forma (linear, “U” ou ramificada) e tamanho (extensão e profundidade).

As variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com as características das lacerações foram relacionadas a fatores maternos (idade, exercício perineal na gestação, edema perineal no período de dilatação, altura do períneo), assistenciais (uso de ocitocina, puxo materno) e fetais (variedade de posição no desprendimento cefálico, circunferência cefálica e peso do recém-nascido).

As principais morbidades perineais no pós-parto foram ardência, edema, hematoma, equimose e dor.

A região posterior do períneo foi a mais afetada, e as médias do tamanho das lacerações variaram de acordo com o local atingido. A ocorrência de lacerações de terceiro grau e a frequência de lacerações na parede vaginal indicam a importância da avaliação criteriosa do esfíncter anal, assim como do canal de parto, mesmo quando não há solução de continuidade aparente na região perineal.

Referências

REFERÊNCIAS

- Agrest I, A. (1991) *Categorical Data Analysis*. 2ªed, New York: John Wiley and Sons, 2002. 710 p.
- Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Factors related to genital trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth*. 2006; 33(2):94-100.
- Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. *J midwifery womens health*. 2005; 50(5): 365-72.
- Albers L, Garcia J, Renfrew M, McCandlish R, Elbourne D. Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain. *Birth*. 1999; 26(1): 11-7.
- Araújo NM, Oliveira SMJV. The use of liquid petroleum jelly in the prevention of perineal lacerations during birth. *Rev latino-am enferm*. 2008; 16(3): 375-81.
- Araújo NM. *Uso de vaselina líquida na região perineal durante o parto normal [dissertação]*. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.
- Atalah ES, Castillo CL, Castro RS; Aldea AP. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazada. *Rev. méd. Chile*. 1997; 125(12):1429-36.
- Baracho SM, Figueiredo EM, Silva LB, Cangussu ICAG, Pinto D, Souza ELBL, Silva ALF. Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. *Rev bras saúde matern infant*. 2009; 9(4): 409-14.
- Basile ALO. *Estudo randomizado controlado entre as posições de parto: litotômica e lateral esquerda [dissertação]*. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2001.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001.
- Campos SEV. *Avaliação da qualidade de assistência no centro de parto normal Dr. David Capistrano da Costa Filho, em Belo Horizonte, Minas Gerais [dissertação]*. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
- Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2012. Oxford: Update Software.
- Chaves RG, Itaúna Ud, Lamounier JA, UCLA LA, Universidade Federal de Minas Gerais BH. Breastfeeding and maternal medications. *J Pediatr (Rio J)*. 2004 11/2004; 80(5).

Colacioppo PM, Riesco MLG, Colacioppo RC, Osava RH. Avaliação do viés de classificação da laceração perineal no parto normal. *Acta paul enferm.* 2011; 24(1):61-6.

Colacioppo PM, Riesco MLG. Effectiveness of local anaesthetics with and without vasoconstrictors for perineal repair during spontaneous delivery: double-blind randomised controlled trial. *Midwifery.* 2009;25(1):88-95.

Colacioppo PM, Riesco MLG, Koiffman MD. Use of Hyaluronidase to Prevent Perineal Trauma During Spontaneous Births: A Randomized, Placebo-Controlled, Double-blind, Clinical Trial. *J midwifery womens health.* 2011;56(5):436-45.

Colacioppo PM. Uso da hialuronidase na prevenção do trauma perineal no parto normal: ensaio clínico aleatório placebo-controlado duplo-cego [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Costa ASC, Riesco MLG. A comparison of “hands off” versus “hands on” techniques for decreasing perineal lacerations during birth. *J midwifery womens health.* 2006;51(2):106-1.

Costa ASC. Proteção perineal e manejo do feto no parto normal: estudo comparativo entre duas técnicas [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Costacurta L. Anatomia médico-cirúrgica da pelve feminina. São Paulo: Atheneu; 1975a. Órgãos genitais femininos externos; p.115-22.

Costacurta L. Anatomia médico-cirúrgica da pelve feminina. São Paulo: Atheneu; 1975b. Períneo; p.123-33.

Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hanks GDV et al. *Williams obstetrícia.* 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2000a. Anatomia do trato reprodutivo; cap.3, p.31-58.

Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hanks GDV et al. *Williams obstetrícia.* 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2000b. Conduta no trabalho de parto e no parto normal; cap.13, p.281-98.

Dahlen HG, Ryan M, Homer CS, Cooke M. An Australian prospective cohort study of risk factors for severe perineal trauma during childbirth. *Midwifery.* 2007;23(2):196-203.

Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004; 83:364-8.

Davim RMB, Enders BC, Reis MN. Estudo retrospectivo quanto à prática da episiotomia e a ocorrência de lacerações perineais em uma maternidade-escola. *Nursing (São Paulo)*. 2003;62(6):38-42.

Fernandes BM. Casa de parto: experiências e vivências orientam um novo pensar em saúde. Juiz de Fora (MG): Ed. UFJF; 2006.

Francisco AA, Oliveira SMJV, Silva FMB, Bick D, Riesco, MLG . Women's experiences of perineal pain during the immediate postnatal period: cross-sectional study in Brazil. *Midwifery*. 2011; 27(6):e254-e259.

Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth*. 2005;32(3):219-23.

Grant A. Commentary: repair of episiotomies and perineal tears. *Br j obstet gynecol*. 1986; 93:417-9.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyer GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2009*. Oxford: Update.

Howard D, Davies PS, DeLancey JO, Small Y. Differences in perineal lacerations in black and white primiparas. *Obstet Gynecol*. 2000;96(4):622-4.

Hornemann A, Kamischke A, Luedders DW, Beyer DA, Diedrich K, Bohlmann MK. Advanced age is a risk factor for higher grade perineal lacerations during delivery in nulliparous women. *Arch gynecol obstet*. 2010;281:59-64.

Hudelist G, Gelle'n J, Singer C, Ruecklinger E, Czerwenka K, Kandolf O, et al. Factors predicting severe perineal trauma during childbirth: role of forceps delivery routinely combined with mediolateral episiotomy. *Am J Obstet Gynecol*. United States 2005;192: 875-81.

Jenkins E. Suturing of labial trauma: An audit of current practice. *British Journal of Midwifery*. 2011;19(11):699-705.

Kelsey JA, Whittemore AS, Evans AS, Thompson WD. Cross-sectional and other type of studies. 2^a ed. New York: Oxford University press; 1996. *Methodos in observational studies*; p.244-67.

Kettle C, Dowswell T, Ismail MK. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library, Issue 04; 2011*. Art. No. CD000006. DOI: 10.1002/14651858.CD000006.pub3.

Kettle C, Tohill S. Perineal care. *Clinical Evidence* 2008;09:1401.

Kettle C. Anatomy of the pelvic floor. In: Henderson C, Bick D (ed.). *Perineal care: an international issue*. Trowbridge: Quay; 2005. p.18-31.

Kudish B, Sokol RJ, Kruger M. Trends in major modificate risk factors for severe perineal trauma, 1996-2006. *Int j gynaecol obstet.* 2008;102(2):165-70.

Lago TDG, Lima LP. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006 [texto na Internet]. Brasília (Br): Ministério da Saúde; 2009. p.150-68 [citado em 2009 ago 24] Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf

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.* 2010;44(3):812-8.

Lwanga SK, Lemeshow S. *Sample size determination in health studies: a practical manual.* Geneva: WHO; 1991.

Mandelbaum SH, Di Santi EP, Mandelbaum MHS. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares. *Partel. An bras dermatol.* 2003;78(4):393-410.

Metcalf A, Tohill S, Williams A, Haldon V, Brown L, Henry L. A pragmatic tool for the measurement of perineal tears. *Br j midwifery.* 2002;10(7):412-7.

Mikolajczyk RT, Zhang J, Troendle J, Chan L. Risk factors for birth canal lacerations in primiparous women. *Am j perinatol.* 2008;25(5):259-64.

Monteiro JCS, Pitangui ACR, Sousa L, Beleza ACS, Nakano AMS, Gomes FA. Associação entre a analgesia epidural e o trauma perineal no parto vaginal. *Esc Anna Nery rev enferm.* 2009;13(1):140-4.

Mouta RJO, Pilotto DTS, Vargens OMC, Progianti JM. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Rev enferm UERJ.* 2008;16:472-6.

Nager CW, Helliwell JP. Episiotomy increases perineal laceration length in primiparous women. *Am J Obstet Gynecol.*2001; 185(2): 444-50.

Neter, J., Kutner, M. H., Nachtsheim, C. J. e Wasserman, W. *Applied Linear Statistical Models.* 4ª ed. U.S.A.: Times Mirror Higher Education Group. 1996. 1408 p.

Pereira, J.C.R. *Bioestatística em outras palavras.* 1 ed. edusp-sp, 2010.

Rezende J. *Obstetrícia.* 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. O Trajeto; p.100-20.

Riesco MLG, Costa ASC, Almeida SFS, Basile ALO, Oliveira SMJV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. *Rev. enferm. UERJ.* 2011;19(1):77-83.

Riesco MLG, Oliveira SMJV. Avaliação do edema perineal no pós-parto: concordância entre observadores. *Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS)*. 2007.;28(4):465-72

Rizk DEE, Abadir MN, Thomas LB, Abu-Zidan F. Determinants of the length of episiotomy or spontaneous posterior perineal lacerations during vaginal birth. *Int urogynecol j*. 2005; 16:395-400.

Rogers RG, Borders N, Leeman LM, Albers LL. Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? *J Midwifery Womens Health*. 2009;54(2):98-103.

Salameh C, Canoui-Poitrine F, Cortet M, Lafon A, Rudigoz RC, Huissoud C. Does persistent occiput posterior position increase the risk of severe perineal laceration?. France. *Gynecol Obstet Fertil. Elsevier Masson SAS*. 2011;(39) 545-8.

Salvesen KÅ, Mørkved S. Randomised controlled trial of pelvic floor muscle training during pregnancy. *BMJ* 2004;329(7462):378-80.

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; 81(1):44-9.

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

Saunders NJ, Spiby H, Gilbert L, Fraser RB, Hall JM, Mutton PM, et al. Oxytocin infusion during second stage of labour in primiparous women using epidural analgesia: a randomised double blind placebo controlled trial. *BMJ*. 1989; 299 (6713):1423-6.

Scarabotto LB, Riesco ML. Use of hyaluronidase to prevent perineal trauma during spontaneous delivery: a pilot study. *J midwifery womens health*. 2008;53(4):353-61.

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

Scarabotto LB. Uso da enzima hialuronidase na prevenção de lacerações perineais no parto normal [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Schneck CA. Estudo comparativo dos resultados maternos e perinatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital, São Paulo (SP) [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.

Schneck CA. Intervenções obstétricas no Centro de Parto Normal do Hospital Geral de Itapeceira da Serra [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Schneck CA, Riesco ML, Bonadio IC, Diniz CS, Oliveira SM. Maternal and neonatal outcomes at an alongside birth center and at a hospital. *Rev Saude Publica*. 2012 46(1):77-86.

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*. 2005; 192: 1692-6

Silva FM, Oliveira SM, Bick D, Osava RH, Tuesta EF, Riesco ML. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. *J Clin Nurs*. 2012; 21(15-16):2209-18

Silva TF, Costa GAB, Pereira ALF. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. *Cogitare enferm*. 2011; 16(1):82-7.

Soong B, Barnes M. Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association? *Birth*. 2005; 2(3):164-9.

Steiner N, Weintraub AY, Wiznitzer A, Sergienko R, Sheiner E. Episiotomy: the final cut? *Arch Gynecol Obstet*. 2012 Jul 19

Svardby K, Nordstrom L, Sellstrom E. Primiparas with or without oxytocin augmentation: a prospective descriptive study. *J Clin Nurs*. England. 2006; 16: 179-84.

Tohill S, Metcalfe A. Perineal tear assessment and the development of the Peri-Rule™. In: Henderson C, Bick D (ed.). *Perineal care: an international issue*. Trowbridge: Quay; 2005. p.87-96.

Weeks JD, Kozak LJ. Trends in the use of episiotomy in the United States: 1980-1998. *Birth*. 2001;28(3):152-60.

Wheater PR, Burkitt HG, Daniels VG. *Sistema reprodutor feminino: histologia funcional*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1982; 16:255-71.

Yildirim G, Beji NK. Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. *Birth*. United States 2008; 35: 25-30.

Zanetti MRD, Castro RA, Rotta AL, Santos PD, Sartori M, Girão MJBC. Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. *São Paulo Med J*. 2007; 125(5):265-9.

APÊNDICE 1

1 INFORM () () ()

Parte I - Identificação

2 Nome: _____

3 RH: () () () () () ()

4 E.mail: _____

5 Endereço: _____

6 Bairro: _____

7 CEP: _____

8 Tel Res: _____ **9** Tel Cel: _____ **10** Tel Com: _____

11 Idade materna: () () anos

12 Peso: () () (), () () gr **13** Altura: () () () **14** IMC: () () () ()

15 Adequação IMC

1 () baixo peso

2 () adequado

3 () sobrepeso

4 () obesidade

16 IMC JES

1 ()

2 ()

3 ()

4 ()

17 A IMC OUTRAS

1 ()

2 ()

3 ()

4 ()

18 Cor da pele:

0 () amarela

1 () branca

2 () negra

3 () parda

4 () vermelha

19 Escolaridade: _____ anos (última série concluída)

19A Duração _____

19B Concluído _____

20 Situação conjugal:

0 () sem companheiro

1 () com companheiro

Paridade:

____ **21** G ____ **22** PN ____ **23** PC ____ **24** Ab

26 Condição perineal em parto(o) anterior(es):

0 () íntegro

1 () laceração perineal

2 () episiotomia

3 () outras **26A** Outras _____

27 Exercício perineal:

0() não

1() sim

Parte II - Parto

28 Data do parto: ()/()/()

29 Hora do parto: (): ()

30 Presença de acompanhante ou doula:

0() não

1() sim

31 Edema perineal antes do parto:

0() não

1() sim

32 Duração do período expulsivo: (): ()

33 Ocitocina:

0() não

1() sim

33 A Caso sim: (A partir do período....)

0() fase latente

1() fase ativa

2() período expulsivo

34 Misoprostol:

0() não

1() sim **34A** Quantos? ()

35 Posição no parto:

1() cócoras

2() joelhos

3() lateral

4() litotômica

5() semi-sentada

6() sentada

9() outra. Qual: _____

36 Tipo de puxo:

1() espontâneo

2() dirigido

37 Desprendimento cefálico:

1() OP

2() OS

38 Distocia de ombro:

0() não

1() sim

39 Circular de cordão umbilical:

0() não

1() sim

39A Caso sim:

1() manobra de redução da circular

2() manobra de clampeamento do cordão

40 Kris

0() não

1() sim

Parte III - Recém-nascido

IG (Capurro): 41A () sem 41B () dias

42 Apgar 1º minuto: ()

43 Apgar 5º minuto: ()

44 Peso: () () () () gramas

45 Circunferência cefálica: () () () cm

46 Circunferência bi-acromia: () () () cm

47 Observações: _____

Parte IV – Avaliação Perineal

48 Altura do períneo: () () ()

49 Tipo de laceração:

1() laceração única

2() laceração múltipla

49A Localização da laceração perineal:

1 () clitóris (corpo, frênulo ou prepúcio)

2 () pequeno lábio direito

3 () pequeno lábio esquerdo

4 () região vestibular esquerda

5 () região vestibular direita

6 () fúrcula

7 () períneo posterior - lado esquerdo

8 () períneo posterior - lado direito

9 () períneo posterior - mediano

10() parede vaginal anterior

11() parede vaginal posterior

12() parede vaginal lateral esquerda

13() parede vaginal lateral direita

50 Forma da laceração no períneo posterior:

1() linear

2() ramificada

3() “U”

51 Grau da laceração (região posterior do períneo):

1() primeiro grau

2() segundo grau

3() terceiro grau – 51A() 3A - () 3B - () 3C

4() quarto grau

52 Tamanho da laceração (região posterior do períneo):

Extensão da mucosa: D () () () E () () () M () () () mm

Extensão da pele: D () () () E () () () M () () () mm

Profundidade: D () () () E () () () M () () () mm

53 Tamanho da laceração (região anterior do períneo):

Extensão da mucosa: D () () () mm E () () () mm

Extensão da pele: D () () () mm E () () () mm

Profundidade: D () () () mm E () () () mm

Parte V - Pós-parto

54 Dose de anestésico local: () () mL

55 Sutura perineal:

0() não

1() sim

56 Condições do períneo no quarto período:

0() sem alterações

1() edema

2() hiperemia

3() hematoma

4() ardência

5() outro. **56A** Outras : _____

57 Dor:

Valor da escala: 0__ 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10

58 Medicação administrada:

1() antibiótico

2() diclofenaco sódico

3() dipirona sódica

4() outra. Qual? _____

59 Entre 24 e 48 horas após o parto:

0() sem alterações

1() edema

2() hiperemia

3() hematoma

4() fistula

5() ardência

6() equimose

60 Dor:

Valor da escala: 0__ 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10

61 Interferência da dor ou desconforto nas atividades:

1() andar

2() sentar

3() amamentar

4() urinar

5() evacuar

62 Infecção no local da laceração:

0() não

1() sim

63 O que a senhora achou de ter o parto sem receber um corte no períneo?

Se excluída do estudo, motivo: _____

APÊNDICE 2

**TERMO DE COMPROMISSO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA
CIENTÍFICA**

Ao Amparo Maternal

Meu nome é Jaqueline Sousa Leite, aluna de mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Esta pesquisa tem como objetivos: 1) Caracterizar as lacerações espontâneas no parto normal e 2) Analisar lacerações espontâneas no parto normal, segundo as condições sociodemográficas maternas, as condições clínicas e obstétricas na gestação e no parto e as condições do recém-nascido; 3 Avaliar as morbidades perineais relacionadas às lacerações espontâneas até 48 horas após o parto.

Informo que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (parecer em anexo).

Solicito autorização para proceder à coleta de dados das mulheres atendidas do Centro de Parto Normal, que concordarem em participar do estudo, após lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Agradeço a colaboração e coloco-me ao inteiro dispor para qualquer esclarecimento.

São Paulo, __ / __ / __

Amparo Maternal

Jaqueline Sousa Leite

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora,

Meu nome é Jaqueline Sousa Leite, sou aluna de mestrado da Universidade de São Paulo. Esta pesquisa tem como objetivos: 1) Caracterizar as lacerações espontâneas no parto normal; 2) Analisar lacerações espontâneas no parto normal, segundo as condições sócio-demográficas maternas, as condições clínicas e obstétricas na gestação e no parto e as condições do recém-nascido; 3) Avaliar as morbidades perineais relacionadas às lacerações espontâneas até 48 horas após o parto.

Porque existem poucos estudos sobre o assunto, nesta pesquisa, será feita a avaliação das lacerações perineais, caso ocorram no parto normal. A avaliação será feita pela observação do local, como em todos os partos, e também medindo o tamanho com uma régua plástica esterilizada, de uso único.

Em caso de necessidade de algum esclarecimento, meu telefone para contato é 11-8498-7189 e o endereço é Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César (Escola de Enfermagem da USP). O telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP é 3061-7548 e o e-mail é comitê@usp.br.

Eu _____, RG n. _____, abaixo-assinada, recebi e entendi as informações acima e concordo em participar voluntariamente como colaboradora desta pesquisa. Declaro que conheço meus direitos, que estão explicados a seguir:

- Tenho a garantia de receber orientações sobre as dúvidas que eu tiver sobre os cuidados com minha saúde e de meu(minha) filho(a);
- Tenho a liberdade de deixar de participar da pesquisa e isto não vai me causar nenhum prejuízo e não interferirá na minha assistência neste hospital;
- Sei que os resultados desta pesquisa serão transformados em trabalho científico e apresentados em congressos e revistas da área da saúde e, em nenhum momento, o meu nome aparecerá como colaboradora da pesquisa.

Este documento contém duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra comigo, garantindo as condições citadas acima.

Declaro que depois de convenientemente esclarecida pela pesquisadora e tendo entendido, o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa.

São Paulo, __ / __ / __

Assinatura da colaboradora

Jaqueline Sousa Leite

ANEXO 1



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7549/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 24 de outubro de 2011.

Ilm.ª Sr.ª
Jaqueline Sousa Leite

Ref.: Processo nº 1066/2011/CEP-EEUSP - SISNEP CAAE: 0080.0.196.000-11


Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Caracterização das lacerações perineais espontâneas no parto normal**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

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

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

Atenciosamente,


Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

