UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

GISELE ALMEIDA LOPES

**DESFECHOS PERINEAIS NO CENTRO DE PARTO NORMAL
CASA ANGELA, SÃO PAULO (SP): ESTUDO TRANSVERSAL**

São Paulo

2018

Gisele Almeida Lopes

**DESFECHOS PERINEAIS NO CENTRO DE PARTO NORMAL
CASA ANGELA, SÃO PAULO (SP): ESTUDO TRANSVERSAL**

Versão corrigida da dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências

Área de concentração: Cuidado em Saúde

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

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

São Paulo

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO 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

Lopes, Gisele Almeida

Desfechos perineais no centro de parto normal Casa Angela, São Paulo (SP): estudo transversal / Gisele Almeida Lopes. São Paulo, 2018.

108p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Luiza Gonzalez Riesco
Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Parto. 2. Períneo. 3. Enfermagem. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

Nome: Gisele Almeida Lopes

Título: Desfechos perineais no centro de parto normal Casa Angela, São Paulo (SP): estudo transversal

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

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

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

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Gilmara e Paulo e aos
meus avós: Benedito Gil, Maria Clara (in memorian) e Selma,
que sempre me apoiaram e incentivaram com muito amor.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^ª. Dr^ª. Maria Luiza Gonzalez Riesco pela competência, disponibilidade, compreensão e solicitude ao me orientar durante toda a realização desta pesquisa;

À Dr^ª. Nathalie Leister pela contribuição essencial no desenvolvimento deste estudo, pelos ensinamentos e parceria, meu muito obrigada;

Às minhas amigas, Thaís, Sayuri, Lygiana e Fernanda, por compartilharem os momentos de aprendizado durante a pós-graduação, deixando essa trajetória ainda mais prazerosa;

Ao estatístico da EEUSP, Bernardo, pela contribuição na análise estatística;

À equipe de estudantes de enfermagem, Letícia, Raquel e Renata, pela participação na coleta de dados;

A toda minha família, em especial minha irmã Juliana, e aos meus amigos queridos por tornarem os dias mais leves e alegres;

Aos profissionais maravilhosos da equipe da Casa Angela pela autorização da coleta de dados e por poder vivenciar este trabalho lindo e transformador que a equipe desenvolve;

A todas as mulheres e bebês que fizeram parte da população deste estudo e todos aqueles que eu pude auxiliar no momento do parto, por me fazerem acreditar cada vez mais na profissão que eu escolhi, meu sincero agradecimento.

“Em troca do nosso cuidado, elas nos davam o presente mais precioso que podiam: a confiança. Isso nos tornava corajosas e incansáveis. E o principal é que não duidávamos de nós mesmas, porque elas não duidavam de nós.”

Call the midwife.

Lopes GA. Desfechos perineais no centro de parto normal Casa Angela, São Paulo (SP): estudo transversal [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

Introdução: Os traumas perineais são um dos problemas mais frequentes durante o parto e podem afetar a saúde da mulher, interferindo em sua mobilidade, eliminação vesical e intestinal, cuidados gerais ao recém-nascido (RN) e outras atividades diárias. O local do nascimento, os profissionais que prestam assistência à mulher e as intervenções no parto influenciam a ocorrência do trauma perineal. Os centros de parto normal (CPN) favorecem a adoção de práticas para humanizar o parto e nascimento, respeitam sua fisiologia, a autonomia da mulher e dessa forma contribuem para o cuidado perineal. **Objetivos:** 1) Verificar a prevalência e o grau de lacerações perineais; 2) Analisar a relação entre a ocorrência e o grau da laceração perineal e as variáveis maternas, neonatais e assistenciais; 3) Analisar a relação entre o grau da laceração perineal e a prevalência do reparo perineal; 4) Analisar a relação entre a realização da sutura perineal e a prevalência de complicações na cicatrização perineal; 5) Verificar a prevalência do uso de métodos naturais no cuidado perineal após o parto. **Método:** Estudo transversal, com coleta de dados nos prontuários das mulheres que deram à luz no CPN perihospitalar Casa Angela, em São Paulo, SP, de janeiro de 2016 a junho de 2017 (n=415). Como exposição, foram considerados: idade materna, cor da pele, parto vaginal anterior, uso de ocitocina, compressa morna, posição no parto, duração do período expulsivo, distocia de ombros, peso e perímetro cefálico do RN, parto na água, grau de laceração perineal e reparo perineal. Como desfechos, foram considerados: laceração perineal, grau da laceração perineal, reparo perineal e complicações no processo de cicatrização. Os dados foram analisados por estatística descritiva e inferencial. O erro tipo I adotado foi de 5%. As variáveis com valor-p <0,20 foram inseridas em um modelo de análise múltipla. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. **Resultados:** A prevalência de lacerações de primeiro e segundo graus foi de 61,9% e 26,3%, respectivamente. O períneo manteve-se íntegro em 11,8% das mulheres e não houve nenhuma episiotomia. As variáveis relacionadas com aumento da ocorrência e do grau das lacerações perineais foram: idade materna (aumento de 4% na chance para cada ano); período expulsivo do parto acima de 2 horas (2,8 vezes mais chance). Os fatores que se mostraram protetores contra a ocorrência e maior grau das lacerações foram: número de partos vaginais anteriores (redução 56% na chance para cada parto); posição materna diferente da vertical durante o parto (redução de 51% a 67% na chance, para as posições sentada, semi-sentada, quatro apoios e lateral). O reparo perineal foi realizado em 16% e 70,6% das mulheres com lacerações de primeiro e segundo graus, respectivamente. As complicações perineais predominantes foram o edema (53,6%) e a dor (29,4%) e reparo aumentou a chance dessas complicações (OR=2,5; 95%IC 1,5-4,3). A compressa de gelo no períneo foi usada em 53,8% das mulheres no pós-parto e a de calêndula em 36,6% delas. **Conclusão:** Fatores maternos e de assistência ao parto contribuíram para o aumento ou a redução da prevalência e grau da laceração perineal. Houve predomínio das lacerações de primeiro grau, reparadas em um número reduzido de mulheres. Quando o reparo perineal foi realizado, foi maior a frequência de complicações no processo de cicatrização, independentemente do grau da laceração. Os métodos naturais para o cuidado perineal foram usados em pouco mais da metade das mulheres.

Palavras-chave: Parto. Períneo. Lacerações. Centro de Assistência à Gravidez e ao Parto. Enfermagem Obstétrica.

Lopes GA. Perineal outcomes at the Casa Angela birth center, São Paulo (SP): a cross-sectional study [dissertation]. Sao Paulo: School of Nursing, University of Sao Paulo; 2018.

ABSTRACT

Introduction: Perineal trauma often occurs during labour and can affect women's health by interfering with her mobility, bladder and bowel elimination, general newborn (NB) care and other daily activities. Place of birth, caregivers, and labour and delivery interventions influence the occurrence of perineal trauma. The birth centres (BC) favour the adoption practices to humanize the birth assistance, respecting its physiology, the women's autonomy and thus contribute to the perineal care. **Objectives:** 1) To verify the prevalence and degree of perineal trauma; 2) To analyse the relationship between the occurrence and degree of perineal trauma and maternal, neonatal and assistance variables; 3) To analyse the relationship between the degree of perineal trauma and the prevalence of perineal repair; 4) To analyse the relationship between the perineal suture and the prevalence of complications in perineal healing; 5) To verify the prevalence of the use of natural methods in perineal care after childbirth. **Method:** A cross-sectional study was carried out with data collection from the records of women who gave birth at Casa Angela alongside BC, in São Paulo, SP, from January 2016 to June 2017 (n=415). As exposure were considered: maternal age, skin colour, previous vaginal delivery, oxytocin use, warm compress, birth position, duration of the second stage of birth, shoulder dystocia, weight and head circumference of the newborn, water birth, degree of perineal trauma and perineal repair. As outcomes were considered: perineal trauma, degree of perineal trauma, perineal repair and complications in the healing process. Data were analysed by descriptive and inferential statistics. The type I error was 5%. The variables with p-value <0.20 were inserted in the multiple analysis model. The project was approved by the Research Ethics Committee of the School of Nursing of the University of São Paulo. **Results:** The prevalence of first and second degree trauma was 61.9% and 26.3%, respectively. The perineum remained intact in 11.8% of the women and there was no episiotomy. The variables related to increased chance of occurrence and degree of perineal trauma were: maternal age (each year increase 4% in chance); duration of the second stage of birth over 2 hours (2.8 times more chance). The factors that were protective against the chance of perineal trauma occurrence and second degree trauma were: number of previous vaginal deliveries (for each delivery, 56% chance reduction); maternal birth position (reduction from 51% to 67% of the chance for sitting, semi-seated, squads and lateral). Perineal repair was performed in 16% and 70.6% of women with first and second degree trauma, respectively. The predominant perineal complications were oedema (53.6%) and pain (29.4%) and repair increased the chance of these complications (OR = 2.5; 95% CI 1.5-4.3). The perineum ice pack was used in 53,8% and calendula compress in 36,6% of postpartum women. **Conclusion:** Maternal and childbirth factors contributed to increase or decrease the prevalence and degree of perineal trauma. There was a predominance of first degree trauma, which was repaired in few women. When the perineal repair was performed, the frequency of complications in the healing process was higher, independent of the degree trauma. Natural methods for perineal care were used in more than half of women

Key words: Parturition. Perineum. Lacerations. Birthing Centers. Nursing. Midwifery.

Lopes GA. Desenlaces perineales en el centro de parto normal Casa Angela, São Paulo (SP): estudio transversal [disertación]. São Paulo: Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo; 2018.

RESUMEN

Introducción: Los traumas perineales son uno de los problemas más frecuentes durante el parto y pueden afectar la salud de la mujer, interfiriendo en su movilidad, eliminación vesical e intestinal, cuidados generales al recién nacido y otras actividades diarias. El lugar del nacimiento, los profesionales que prestan asistencia a la mujer y las intervenciones en el parto influyen la ocurrencia del trauma perineal. Por su parte, los centros de parto normal favorecen la adopción de prácticas para humanizar el parto y el nacimiento, respetando su fisiología y la autonomía de la mujer. **Objetivos:** 1) Verificar la prevalencia y el grado de las laceraciones perineales; 2) Analizar la relación entre la ocurrencia y el grado de la laceración perineal y las variables maternas, neonatales y asistenciales; 3) Analizar la relación entre el grado de la laceración perineal y la prevalencia de la reparación perineal; 4) Analizar la relación entre la realización de la sutura perineal y la prevalencia de complicaciones en la cicatrización perineal; 5) Verificar la prevalencia del uso de métodos naturales en el cuidado perineal. **Método:** Estudio transversal, con recolección de datos en los prontuarios de las mujeres que dieron a luz en el CPN peri-hospitalario Casa Angela, en São Paulo, SP, de enero de 2016 a junio de 2017 (n=415). Como exposición, fueron considerados: edad materna, color de la piel, parto vaginal anterior, uso de ocitocina, compresa tépida, posición en el parto, duración del período expulsivo, distocia de hombro, peso y perímetro cefálico del RN, parto en el agua, grado de laceración perineal y reparación perineal. Como desenlaces, fueron considerados: laceración perineal, grado de laceración perineal, reparación perineal y complicaciones en el proceso de cicatrización. Los datos fueron analizados por estadística descriptiva e inferencial. El error tipo I adoptado fue del 5%. Las variables con valor-p <0,20 se insertaron en un modelo de análisis múltiple. **Resultados:** La prevalencia de laceraciones de primer y segundo grado fue de 61,9% y 26,3%, respectivamente. El perineo se mantuvo íntegro en el 11,8% de las mujeres y no hubo ninguna episiotomía. Las variables relacionadas con el aumento de la ocurrencia y del grado de las laceraciones perineales fueron: edad materna (aumento del 4% en la posibilidad para cada año); período de expulsión del parto por encima de 2 horas (2,8 veces más posibilidades). Los factores que se mostraron protectores contra la ocurrencia y mayor grado de las laceraciones fueron: número de partos vaginales anteriores (reducción 56% en la posibilidad para cada parto); posición materna distinta de la vertical durante el parto (reducción del 51% al 67% en la posibilidad, para las posiciones sentada, semi-sentada, cuatro apoyos y lateral). La reparación perineal se realizó en el 16% y el 70,6% de las mujeres con laceraciones de primer y segundo grado, respectivamente. Las complicaciones perineales predominantes fueron el edema (53,6%) y el dolor (29,4%) y la reparación aumentó la posibilidad de estas complicaciones (OR=2,5; 95%IC 1,5-4,3). La compresa de hielo en el perineo fue utilizada en el 53,8% de las mujeres en el posparto y la de caléndula en el 36,6% de ellas. **Conclusión:** Factores maternos y de asistencia al parto contribuyeron para el aumento o la reducción de la prevalencia y grado de la laceración perineal. Se observó un predominio de las laceraciones de primer grado, reparadas en un número reducido de mujeres. Cuando se realizó la reparación perineal, fue mayor la frecuencia de complicaciones en el proceso de cicatrización, independientemente del grado de laceración. Los métodos naturales para el cuidado perineal se utilizaron en poco más de la mitad de las mujeres.

Palabras clave: Parto. Perineo. Laceraciones. Centro de Asistencia al Embarazo y al Parto. Enfermería Obstétrica.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estudos relacionados ao trauma perineal no parto.....	32
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Informativo dos cursos para gestantes e acompanhantes da Casa Angela, São Paulo, SP – 2017.....	55
Figura 2 - Relação entre o desfecho perineal e a duração do período expulsivo, São Paulo, SP – 2016-2017.....	72
Figura 3 - Relação entre o desfecho perineal e a posição materna no parto, São Paulo, SP – 2016-2017	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das mulheres segundo as características sociodemográficas, São Paulo, SP – 2016-2017.....	63
Tabela 2 - Distribuição das mulheres segundo as características clínicas e obstétricas, São Paulo, SP – 2016-2017.....	64
Tabela 3 - Distribuição das mulheres segundo as características da assistência ao TP e parto, São Paulo, SP – 2016-2017.....	65
Tabela 4 - Distribuição das mulheres segundo as variáveis neonatais, São Paulo, SP – 2016-2017.....	66
Tabela 5 - Distribuição das mulheres segundo os desfechos perineais, São Paulo, SP – 2016-2017.....	66
Tabela 6 - Distribuição das mulheres segundo os cuidados perineais no parto, São Paulo, SP – 2016-2017	67
Tabela 7 - Distribuição das mulheres segundo os cuidados e complicações perineais após o parto e complicações, São Paulo, SP – 2016-2017	68
Tabela 8 - Distribuição das mulheres segundo o desfecho perineal e as características maternas, neonatais e assistenciais, São Paulo, SP – 2016-2017.....	70
Tabela 9 - Distribuição das mulheres segundo o grau da laceração e a realização do reparo perineal. São Paulo, SP - 2016-2017.....	73
Tabela 10 - Distribuição das mulheres segundo a complicação perineal após o parto, reparo e grau de laceração. São Paulo, SP – 2016-2017.....	74
Tabela 11 - Distribuição das mulheres segundo a dor perineal após o parto, reparo e grau de laceração perineal. São Paulo, SP - 2016-2017	74
Tabela 12 - Distribuição das mulheres segundo a dor perineal após o parto, reparo e grau de laceração perineal. São Paulo, SP - 2016-2017	74
Tabela 13 - Modelo inicial e final da análise multivariada da relação entre ocorrência de laceração e as variáveis maternas e assistenciais, São Paulo, SP – 2016-2017	75

LISTA DE SIGLAS

CPN	Centro de Parto Normal
CPNi	Centro de Parto Normal intra-hospitalar
CPNp	Centro de Parto Normal peri-hospitalar
IC	Intervalo de Confiança
MS	Ministério da Saúde
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds Ratio
PPP	Pré-parto, Parto e Pós-parto
RN	Recém-nascido
REEDA	Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Approximation
SUS	Sistema Único de Saúde
TP	Trabalho de Parto
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E MOTIVAÇÃO.....	16
1.2 ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL.....	17
1.3 O TRAUMA PERINEAL NO PARTO.....	21
1.4 PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL	25
1.5 REPARO DO TRAUMA PERINEAL.....	27
1.6 CUIDADO PERINEAL NO PÓS-PARTO	30
2 OBJETIVOS.....	50
2.1 GERAL.....	50
2.2 ESPECÍFICOS	50
3 MÉTODO	52
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	52
3.2 LOCAL.....	52
3.3 POPULAÇÃO, AMOSTRA E FONTE DE DADOS	56
3.3.1 Critérios de inclusão	56
3.4 EXPOSIÇÃO E DESFECHOS.....	56
3.5 COLETA DE DADOS.....	57
3.6 VARIÁVEIS.....	57
3.6.1 Dependentes.....	57
3.6.2 Independentes	57
3.6.2.1 Para o desfecho perineal (períneo íntegro ou laceração perineal)	57
3.6.2.3 Para o desfecho complicações na região perineal após o parto	58
3.6.3 Outras.....	58
3.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	59
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	60
4 RESULTADOS.....	62
4.1 CARACTERIZAÇÃO MATERNA, NEONATAL E ASSISTENCIAL.....	62
4.2 PERÍNEO: DESFECHOS E CUIDADOS NO PARTO E PÓS-PARTO	66
4.3 ANÁLISE MÚLTIPLA DO DESFECHO PERINEAL NO PARTO	74
5 DISCUSSÃO.....	77
5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	87
5.2 IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA E A PRÁTICA.....	88
6 CONCLUSÃO	90
7 REFERÊNCIAS.....	92
APÊNDICE A.....	99
ANEXO 1	105
ANEXO 2	106

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E MOTIVAÇÃO

Durante a graduação em obstetrícia aprendemos que o parto é um evento fisiológico e o cuidado durante esse processo deve ser centrado na mulher, favorecendo o parto natural, o que propicia melhores desfechos maternos e neonatais. Nos estágios curriculares em hospitais, nossa conduta era estimular que a mulher adotasse diferentes posições durante o trabalho de parto (TP) e parto, de maneira que optávamos sempre pelo mínimo de intervenção, além de oferecer suporte para que ela pudesse fazer suas escolhas.

Não pude deixar de constatar os efeitos desta assistência que favoreciam também melhores desfechos perineais e a ocorrência ou não de trauma perineal, bem como o manejo do mesmo era um aspecto importante para a satisfação materna em relação ao parto. Com a supervisão das professoras, após a ocorrência de lacerações, a realização da sutura era decidida a partir das evidências científicas atuais, sabendo que algumas lacerações são capazes de cicatrizar-se espontaneamente. Percebia que não realizar a sutura evitava o desconforto deste processo doloroso para a mulher, que pode prejudicar o primeiro contato entre mãe e recém-nascido (RN).

Tempos depois, comecei a trabalhar em uma casa de parto onde as práticas seguem este mesmo modelo de assistência e a mulher é o sujeito central, que deve ter liberdade e tomar as decisões durante todo o processo, junto à equipe. Considerando o parto como evento fisiológico que, na maioria das vezes, não necessita de intervenções, a ocorrência de episiotomia é um evento raro, tendo acontecido apenas uma vez (em 2012) desde a inauguração do local. Levando em conta que a laceração perineal é a morbidade mais frequente após o parto normal, neste ambiente elas também ocorrem com frequência, e o manejo adotado pelas parteiras após sua ocorrência também segue este modelo menos intervencionista, priorizando a autonomia da mulher e baseado em evidências científica. Além disso, quando há complicações relacionadas a lacerações perineais ou outros desconfortos, os cuidados com técnicas naturais são preconizados, como o uso de compressa de gelo, fitoterápicos e compressa morna para alívio de cólicas, o que muitas vezes pode substituir os medicamentos e seus consequentes efeitos adversos.

Por outro lado, tive também a experiência de trabalhar em um hospital, onde o modelo biomédico e intervencionista era predominante. A mulher, na maioria das vezes, era colocada

em posição litotômica, eram feitas manobras para o desprendimento cefálico e de ombros, as taxas de episiotomia eram altas, além de realizarem sutura na maioria das lacerações. Os cuidados pós-parto eram normalmente baseados em medicamentos analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos.

A melhor escolha é a melhor evidência disponível, mas por vários motivos ela não é adotada para a tomada de decisão dos profissionais, por isso há uma grande variação nas práticas adotadas para a assistência ao parto.

Um dos principais fatores associados aos desfechos perineais é a assistência que será prestada pelo profissional à mulher durante o TP e parto ou o local e contexto em que o parto acontece. Por acreditar que o modelo menos intervencionista traz melhores resultados maternos e neonatais, estas experiências me motivaram a analisar os desfechos perineais no centro de parto normal Casa Angela e os resultados maternos e neonatais relacionados.

1.2 ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

Complicações na gestação, parto e puerpério aparecem como uma das dez principais causas de morte de mulheres e, segundo o Ministério da Saúde (MS), 92% dessas mortes poderiam ser evitadas (Requejo et al.; 2014), o que configura um grave problema de saúde pública. Um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM, que surgiu durante a Declaração do Milênio das Nações Unidas, em 2000, era reduzir em $\frac{3}{4}$ a mortalidade materna, desde 1990, quando o índice era de 140 a cada 100.000 nascidos vivos em todo o mundo. Porém, no Brasil, em 2015, na última atualização do departamento de informática do SUS (DATASUS, 2015a), houve 1.738 mortes ligadas a complicações no ciclo gravídico-puerperal, resultando em uma razão de 57,6 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, nos quais, dentre eles, 66,4% foram por causas obstétricas diretas. Pode-se considerar que essa proporção seja ainda maior, já que o Brasil tem dificuldade de monitoramento da real causa de mortalidade materna, por subinformação das causas de óbitos e o sub-registro das declarações de óbito (Brasil, 2009).

Segundo dados de 2003 a 2009, a hemorragia foi a causa do maior número de mortes maternas no mundo. Outras complicações importantes incluem infecções, hipertensão arterial durante a gestação, complicações resultantes do parto e aborto inseguro (ONU, 2015). No Brasil, um dos fatores que dificultam a redução da mortalidade materna são os altos índices de cesarianas, isso porque a realização indiscriminada desta cirurgia acresce risco tanto para mãe como para o RN, considerando que o risco de morte materna aumenta em 3,5 vezes quando comparados o parto normal e a cesariana (IPEA, 2014). O índice recomendado de nascimentos

por cesarianas é de 15% segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), porém, no ano de 2015, o Brasil manteve a taxa de 55,5% (DATASUS, 2015b).

A assistência obstétrica no Brasil tem sido marcada, portanto, pelo excesso de intervenções, sem respaldo de evidências científicas, justificativas clínicas ou obstétricas, que não resultam em melhoria no atendimento e que, em associação com outros fatores, tem contribuído para a morbidade e manutenção de altos índices de mortalidade materna e neonatal (Brasil, 2004). Soma-se ao excesso de intervenções e suas consequências a violência obstétrica. No estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo (2010), um quarto das mulheres relatou ter sofrido alguma violência durante o parto, resultado do modelo biomédico de assistência, no qual o parto é frequentemente percebido como um evento patológico, que necessita de intervenções, sendo o profissional da saúde o agente principal que controla todo o processo, com o uso excessivo de tecnologias e intervenções, não respeitando o ritmo natural do TP, impedindo que a mulher exerça seu protagonismo.

Em contraste a esse modelo, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto recomenda condutas que colocam a mulher como o sujeito principal do TP e o profissional de saúde deve respeitar o processo natural, agindo apenas quando necessário. Entre as recomendações, é preconizado que a mulher deve estar incluída nas tomadas de decisões, perguntando-lhe sobre seus desejos e expectativas, ser encorajada a se movimentar e manter posições que lhe agrade. Além disso, os métodos não farmacológicos para dor devem ser oferecidos e os métodos farmacológicos devem ser utilizados com cautela, já que podem trazer efeitos colaterais para mulher e RN. Condutas como enema, tricotomia e manobra de Kristeller não devem ser realizadas, e recursos como amniotomia e o uso de ocitocina também não devem ser utilizados precocemente e de forma rotineira se o TP estiver evoluindo de maneira adequada, apenas em casos de confirmação de parada de progressão. No segundo período, o puxo dirigido deve ser evitado, priorizando os puxos espontâneos e a episiotomia não deve ser realizada rotineiramente (Brasil, 2016).

Ainda há muita dificuldade de combater o modelo biomédico de assistência ao parto, a melhoria da atenção à saúde das mulheres é um dos fatores que podem contribuir para melhora da assistência e diminuição do índice de morbimortalidade materna, com o desenvolvimento de programas e políticas que promovam o acesso à saúde e atendimento de qualidade. Frente a isto, nas últimas décadas, grupos organizados de mulheres e profissionais de saúde têm buscado enfrentar o modelo biomédico hegemônico de assistência obstétrica, por meio de iniciativas que conformam o chamado movimento de humanização do parto (Diniz, 2005), movimento este que incentiva a participação das mulheres e famílias neste momento, o qual coloca a mulher

como protagonista, o que contribui para redução de procedimentos desnecessários e estimula o aleitamento materno e formação do vínculo entre a mulher e o RN.

Como resultado, foram criadas leis como a Lei 11.108/05 (Brasil, 2007), conhecida como a lei do acompanhante, que garante que a mulher tenha uma pessoa de sua escolha durante o processo, promovendo confiança e segurança, o que pode ajudar a amenizar a dor e a sensação de solidão, gerando bem-estar físico e emocional. Outra é a Lei 11.634/07 (Brasil, 2005), que garante o direito da gestante em saber a qual maternidade está vinculada, evitando a peregrinação em busca de atendimento ao parto.

Além disso, o MS tem incorporado as diretrizes da humanização do parto em documentos que tratam das ações sobre atenção obstétrica, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento-PHPN, de 2000 (Brasil, 2000), o Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (Brasil, 2004) e, mais recentemente, a Estratégia Rede Cegonha (Brasil, 2011).

Outro aspecto que contribui para o modelo biomédico da assistência obstétrica é o acontecimento do parto em ambiente hospitalar. Apesar de recomendado que os profissionais de saúde informem as mulheres com gravidez de risco habitual dos benefícios em planejar seus partos fora do ambiente hospitalar (NICE, 2014), no Brasil, 99% dos partos ainda ocorrem neste ambiente. Deve-se destacar, portanto, como estratégia de melhoria na qualidade da assistência a regulamentação do Centro de Parto Normal (CPN), criada em 1999 e atualizada em 2015, que cria condições para que o parto possa ser realizado fora do centro obstétrico ou fora do ambiente hospitalar (Brasil, 2015).

Os CPN são definidos como instalações que podem ser intra (CPNi) ou peri-hospitalares (CPNp). O CPNi é encontrado nas dependências internas do hospital e o CPNp deve estar alocado nas imediações do hospital de referência, com uma distância a qual deve ser percorrida em menos de vinte minutos, em transporte adequado.

Dentre as exigências para o funcionamento de um CPN, o local deve ter quarto PPP (pré-parto, parto e puerpério), com ambiência adequada, ser privativo para cada mulher e seu acompanhante e onde seja possível ficar pelos três períodos, garantindo que a mãe e o RN permaneçam juntos 24 horas por dia, após o nascimento (Brasil, 2015).

Para a mulher ter o parto no CPN, a gestação deve ser de risco habitual, sem fatores que indiquem alguma morbidade materna ou neonatal. Além disso, o parto também deve ser de risco habitual, sendo o TP de início espontâneo, de forma natural, sem indução, aceleração, ou utilização de intervenções como fórceps ou cesariana e sem uso de anestesia geral, raquiana ou peridural durante o TP e parto (Brasil, 2015).

Os CPNp, ou casas de parto, como são popularmente conhecidos, visam valorizar o nascimento como um fenômeno natural e fisiológico, respeitando a mulher como protagonista do parto, com suas dimensões sociais e culturais. No Brasil, um estudo de Lobo et al. (2010) mostrou os resultados maternos e neonatais de um CPNp da cidade de São Paulo. Durante o TP, prevaleceram a presença de acompanhante; métodos não farmacológicos para alívio da dor, como o banho de aspersão ou imersão, massagem, deambulação, bola suíça, banquinho; e menores taxas de intervenções, como episiotomia e de administração de medicamentos. No início do funcionamento do CPN, a ocitocina era utilizada em 23,3% dos partos; posteriormente, seu uso foi abolido para a indução ou condução do TP, sendo então utilizada apenas para prevenir hemorragia após o parto.

Estudo realizado por Silvia et al. (2013), incluindo 1.079 mulheres que deram à luz no CPNp, Casa de Parto de Sapopemba nos anos de 2006 a 2009, concluiu que o local segue as recomendações da OMS em relação à assistência ao parto. As intervenções, como uso de ocitocina, amniotomia e realização de episiotomia, são realizadas de maneira criteriosa e não rotineira. Além disso, a baixa taxa de remoção e boa vitalidade neonatal, deste CPNp, estão de acordo com as evidências científicas que dizem que a assistência em locais fora do ambiente hospitalar e centro-cirúrgico e, quando acompanhados por enfermeiras obstetras e obstetrizes, apresentam bons resultados maternos e neonatais.

Uma condição importante para que a assistência ao parto ocorra com menos intervenções e uso adequado da tecnologia se dá pela equipe que ali trabalha. Essa equipe deve ter, no mínimo, uma enfermeira obstetra ou obstetriz, um técnico de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais e um motorista de ambulância (Brasil, 2015). O parto é acompanhado pela enfermeira obstetra ou obstetriz, que é responsável pelas decisões relacionadas ao cuidado da mulher e do RN.

As obstetrizes e enfermeiros obstetras são profissionais recomendados pela OMS para o acompanhamento de gestações e partos normais, sendo eles os profissionais ideais para este trabalho (OMS, 1996). Além disso, a assistência por obstetrizes e enfermeiros obstetras está associada a diversos benefícios para as mães e RN, de forma que a mulher se sente no controle de seu próprio parto, tendo mais chance de ter um parto vaginal e amamentar o RN na primeira hora de vida, além de não sofrer intervenções rotineiras desnecessárias (Hattem et al., 2008).

A revisão sistemática de Sandall et al. (2016), incluindo 15 estudos e 17.674 mulheres, comparou o modelo de cuidado contínuo de parteiras (enfermeiras obstetras e obstetrizes) com outros modelos de cuidado e concluiu que as mulheres que tiveram o acompanhamento por parteiras tinham mais chances de ter um parto vaginal; sofreram menos intervenções como

analgesia regional, parto instrumental, amniotomia ou episiotomia; as mulheres e RN tiveram menos chances de sofrer efeitos adversos e houve maior satisfação materna em relação à experiência do parto.

Sendo assim, o acontecimento do parto em um local fora do ambiente hospitalar ou centro-cirúrgico e com assistência prestada por profissionais que têm por formação o acompanhamento do parto de risco habitual aumenta a chance da mulher ter um parto normal, respeitoso, com menos intervenções desnecessárias, podendo exercer seu protagonismo e aumentando sua satisfação.

1.3 O TRAUMA PERINEAL NO PARTO

Durante o parto vaginal, um dos acontecimentos mais frequentes são os traumas perineais, que são definidos como qualquer dano causado na genitália durante o parto, podendo ocorrer espontaneamente decorrente da passagem da apresentação do feto na vagina, quando a distensão da musculatura vaginal não é suficiente ou intencionalmente por intervenção cirúrgica (episiotomia). Estima-se que mais de 85% das mulheres sofrem algum tipo de trauma perineal no parto. No Reino Unido e Estados Unidos da América (EUA), pelo menos um terço das mulheres sofrem lacerações perineais espontâneas com necessidade de sutura (Frohlich, Kettle, 2015). No Brasil, um estudo com 6.365 partos realizado no CPN do Hospital Geral de Itapeverica da Serra em São Paulo mostrou que apenas 28,6% das mulheres tiveram o períneo íntegro e as outras 71,4% foram submetidas à episiotomia ou tiveram lacerações perineais (Riesco et al., 2011).

Quando não ocasionado pela episiotomia, é chamado de laceração perineal que, em geral, é classificada como laceração de primeiro, segundo, terceiro ou quarto grau, diferindo entre si pelos planos teciduais atingidos. O trauma pode ocorrer na região anterior da vagina, que inclui os lábios internos, região vestibular, parede vaginal anterior, uretra e o clitóris, ou na região posterior, que inclui a parede vaginal posterior, os músculos perineais e esfíncter anal (Henderson, MacDonald, 2006). As lacerações de primeiro grau atingem apenas a pele e a mucosa, as de segundo grau atingem também a musculatura do períneo, as de terceiro grau avançam até o esfíncter anal e as de quarto grau são as lacerações que lesionam a mucosa retal (Cunningham et al., 2012).

São acrescentadas pelo guia do National Institute for Health and Care Excellence (NICE), do Reino Unido, mais três subclassificações para as lacerações de terceiro grau (NCCWCH, 2014):

- 3a: laceração de menos de 50% da espessura do esfíncter anal;
- 3b: laceração de mais de 50% da espessura do esfíncter anal;
- 3c – laceração do esfíncter anal interno.

A episiotomia, por sua vez, é uma incisão cirúrgica realizada para aumentar o diâmetro do orifício vaginal no final do período expulsivo; envolve as mesmas estruturas anatômicas que uma laceração de segundo grau e frequentemente é realizada de maneira inadequada, sendo recomendada desde 1996 em apenas 15% dos partos (OMS, 1996). As evidências científicas são suficientes para dizer que não há benefícios reais no seu uso rotineiro e há estudos que mostram que a episiotomia está associada à maior incidência de trauma na região perineal posterior, maior necessidade de sutura, maior chance de complicações no processo de cicatrização, dispareunia e incontinência urinária, diminuição nas taxas de períneo íntegro e maior ocorrência de dor e complicações perineais (Carroli, Mignini, 2009). Revisão sistemática de Jiang et al. (2017), que analisou o uso seletivo versus o uso rotineiro da episiotomia, demonstrou ainda que quando usada de maneira rotineira resulta em mais mulheres com traumas perineais graves e que as evidências não são suficientes para mostrar que há melhores resultados maternos e neonatais.

Assim, recomenda-se o uso seletivo dessa intervenção, porém no Brasil a episiotomia ocorre com frequência: o estudo “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” verificou prevalência de 56% das mulheres que tiveram parto normal e receberam episiotomia (Leal et al., 2014).

A morbidade perineal, em geral, está diretamente relacionada ao grau do trauma sofrido, isto é, lacerações de primeiro e segundo grau causam morbidade menos grave do que as de terceiro ou quarto grau, devido à abrangência dos tecidos lesionados durante a rotura (Radestad et al., 2008; Cunningham et al. 2012). A dor, uma das morbidades ocasionadas pelo trauma perineal, pode prejudicar as funções físicas da mulher no pós-parto imediato e a longo prazo, podendo interferir em sua mobilidade, eliminação vesical e intestinal, nos cuidados gerais ao RN e nas demais atividades diárias. Embora a incidência de lacerações de terceiro e quarto graus seja pequena, variando entre 0,5% a 7% das lacerações (Frohlich, Kettle, 2015), elas estão associadas à disfunção sexual e à dispareunia, juntamente com a episiotomia, que por sua vez é o principal fator relacionado a futuros traumas perineais graves e às disfunções do assoalho pélvico (Leeman et al., 2016).

Em relação aos fatores associados à ocorrência de laceração perineal, as principais condições que aumentam a incidência de trauma perineal são: cor da pele não branca; idade materna avançada (maior do que 35 anos); nuliparidade; período expulsivo prolongado;

posições verticais ou litotômicas durante o período expulsivo do parto; o uso de ocitocina; mau posicionamento da apresentação fetal como as apresentações occipto-sacra ou transversa; parto instrumental, sendo o fórceps de maior risco em comparação ao vácuo extrator; peso e perímetro cefálico do RN (Smith et al., 2013; Aasheim et al., 2011).

A idade materna avançada pode acrescentar riscos para piores desfechos maternos e neonatais durante a gestação e após o parto. Um estudo de Omih e Lindow (2016), com 30.022 mulheres com gestação de risco habitual, a respeito do impacto da idade materna nos resultados após o parto, mostrou que a mesma esteve associada a maior tempo de TP, rotura perineal de segundo grau, parto vaginal instrumental e cesariana. Há outras evidências de que a idade materna avançada está associada também à maior chance de ocorrência de laceração perineal, bem como episiotomia (Laganà et al. 2015; Suto et al. 2015; Wu et al. 2013). O estudo de Garreto et al. (2016), em contrapartida, observou a idade materna avançada como fator de proteção contra lacerações de terceiro e quarto graus.

Outra característica materna que está fortemente relacionada ao desfecho perineal é a paridade, sendo que o parto vaginal anterior pode influenciar positivamente, aumentando a incidência de períneo íntegro (Simic et al., 2017; Hauck et al., 2015; Smith et al., 2013; Silva et al., 2012; Aasheim et al., 2011; Riesco et al., 2010). Um estudo observacional prospectivo, realizado na Inglaterra, verificou que dentre os partos vaginais, somente 9,6% das nulíparas e 31,2% das multíparas tiveram períneo íntegro (Smith et al., 2013).

Trabalhos publicados identificaram associação entre a etnia asiática e maior ocorrência de lacerações perineais (Garreto et al., 2016; Aasheim et al., 2011). Gemma (2016), por outro lado, identificou a cor da pele autorreferida não branca como fator associado à integridade perineal.

Características do RN também podem estar associadas aos desfechos perineais, sendo elas peso fetal, tamanho do perímetro cefálico e mau posicionamento da apresentação, podendo ainda o peso do RN, maior do que 4kg, estar associado a lacerações graves de terceiro e quarto graus (Silva et al., 2012; Aasheim et al., 2011; Riesco et al., 2010; Lobo et al., 2010).

A assistência prestada durante o parto também influenciará no desfecho perineal. Há evidências de que a administração de ocitocina durante o TP está relacionada a maior incidência de episiotomia, bem como de laceração perineal mais grave (Gemma, 2016). Estudo de Silva et al. (2012) mostrou que a não utilização de ocitocina durante o parto significou 25% menos probabilidade de a parturiente sofrer uma episiotomia e esteve mais associada a lacerações de primeiro grau.

O momento da internação para o parto na unidade de saúde também é um fator importante para ocorrência e grau da laceração perineal. A admissão da mulher em fase ativa de TP pode contribuir na redução de intervenções desnecessárias para acelerar o parto, o que também está associado aos desfechos perineais, aumentando a incidência de períneo íntegro ou lacerações de primeiro grau e diminuindo a prevalência de episiotomia (Lobo et al., 2010). Há evidências ainda de que intercorrências durante o TP como presença de mecônio, parada de progressão do TP, alterações na cardiotocografia, fisiometria, taquissistolia uterina, lipotimia, nível de hemoglobina baixa no momento da internação, febre ou pico hipertensivo materno, problemas psicológicos ou uso de drogas, reação a medicação, sangramento do colo uterino e suspeita de líquido amniótico sanguinolento, estão relacionadas ao aumento de episiotomia (Gemma, 2016).

É recomendado que a mulher se movimente e tenha liberdade para adotar a posição mais confortável durante o parto (Brasil, 2016), porém quando comparadas, a adoção de posições verticais, com posições supinas ou posição litotômica, a primeira aparece como fator protetor na incidência de episiotomia, enquanto as posições lateral e de quatro apoios, além de diminuir a incidência de episiotomia, podem estar associadas a maior incidência de períneo íntegro e diminuição de lacerações de segundo grau (Gupta et al., 2017; Zhang et al., 2017; Serati et al., 2016; Kopas et al., 2014; Silva et al., 2012; Shorten, 2002).

Segundo a literatura, a posição supina deve ser evitada durante o período expulsivo do parto, pois ela está associada a maior incidência de anormalidades nos batimentos cardíacos fetais (BCF) e episiotomia e menores taxas de parto vaginal espontâneo. As posições verticais aumentam a quantidade de perda sanguínea e apesar de incerto na literatura, pode aumentar também a incidência de lacerações perineais de segundo grau (Gupta et al., 2015). Porém, os estudos comprovam que não há aumento da incidência de lacerações perineais graves de terceiro ou quarto graus quando comparadas posições supinas e verticais. Além disso há uma diminuição no tempo de período expulsivo quando adotadas as posições verticais (Gupta et al., 2017). Em estudo sobre a posição do parto e incontinência urinária, as posições verticais aparecem novamente como fator de risco para lacerações perineais de segundo grau e menores taxas de episiotomia, enquanto que a posição supina apareceu como um fator de risco independente para incontinência urinária (Serati et al., 2016).

Na última década, o banho de imersão durante o TP e parto vem ganhando popularidade nos CPN. Estudos mostram que o parto na banheira também tem influência sobre o períneo, pois não há possibilidade para realização de episiotomia, pode reduzir o risco de lacerações espontâneas e aumentar a taxa de períneo íntegro (Nutter et al., 2014; Mistrangelo et al., 2007).

Além disso, a imersão em água durante a fase ativa do TP reduz o uso da analgesia peridural e de outros métodos farmacológicos para alívio da dor e proporciona maior satisfação materna, não tendo influência significativa em relação a morbidades maternas ou neonatais (Nutter et al., 2014; Cluett, Burns, 2009).

O profissional que acompanha o parto e o local onde ele acontece é outro fator que está diretamente relacionado aos desfechos perineais principalmente quando se diz respeito a episiotomia. Estudo transversal realizado em um CPN na cidade de São Paulo mostrou que os fatores que estavam associados a maior frequência de episiotomia poderiam ser evitados pelo profissional de saúde (Gemma, 2016).

Revisão integrativa de Alliman e Phillippi (2016) sobre os desfechos maternos em centros de parto, mostrou que houve aumento nas taxas de parto vaginal espontâneo assim como as de integridade perineal, quando comparadas as mulheres que tiveram o parto assistido em hospitais. As taxas de cesárea foram menores para as mulheres para estas mulheres. Houve poucos desfechos maternos graves e nenhuma morte materna em nenhum estudo, além disso as mulheres sentiram-se satisfeitas com o atendimento abrangente e personalizado que recebiam dos centros de parto. Na Itália, a prevalência de mulheres com períneo íntegro foi maior no grupo de partos assistidos em CPN em comparação aos assistidos em ambiente hospitalar (Dante et al., 2016). Estudos do Brasil também mostram que há menores taxas de intervenções nos CPN, o que pode contribuir para melhores desfechos perineais, assim como reduzir a incidência de episiotomia. (Pereira et al., 2013; Silvia et al., 2013; Riesco et al., 2011; Lobo et al., 2010).

1.4 PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL

O local do parto, os profissionais que prestam assistência e as práticas adotadas influenciam no grau e na profundidade das lacerações perineais e nos cuidados com o períneo após o parto (Leite, 2012).

Diferentes técnicas para diminuir a incidência de lacerações perineais decorrentes do parto vaginal têm sido usadas pelos profissionais. Entre elas, técnicas de sustentação e massagem perineal durante o período expulsivo, o uso de compressa morna no períneo, a aplicação de hialuronidase e a preparação perineal durante a gestação como a realização de massagem perineal, que serão descritas a seguir.

Há um debate na literatura em relação à eficácia da técnica de sustentação manual do períneo na redução de lacerações perineais graves de terceiro e quarto grau. A técnica de “hands

off” é descrita na literatura como a não colocação das mãos no períneo até o desprendimento da cabeça fetal ou ainda uma variação desta técnica, descrita como “hands poised”, quando as mãos não tocam o períneo, mas estão preparadas para tal (Albers et al., 2005). Esta técnica tem sido adotada pelos profissionais após publicações comparando os métodos “hands off” e a sustentação perineal ou “hands on”, com o intuito de reduzir intervenções durante o parto. Além disso, a técnica “hands off” tem se mostrado um fator protetor para a não realizar a episiotomia. Em relação às lacerações graves, não há redução nas taxas de lesões do esfíncter anal (Aasheim et al., 2011).

Uma variação da técnica “hands on” consiste em colocar a mão não dominante sobre a cabeça fetal para retardar o desprendimento da apresentação. Estudos sugerem que esta técnica é eficaz para redução do risco de lacerações graves quando se percebe que o desprendimento cefálico acontecerá de forma abrupta (Hals et al., 2010), embora haja um aumento associado à ocorrência de lacerações perineais de primeiro grau na região anterior da vagina (Laine et al., 2008). Em contrapartida, revisão sistemática de Bulchandani et al. (2015) concluíram que as evidências são insuficientes e são necessários estudos com desenhos adequados para confirmar a hipótese.

O uso de compressa morna no períneo durante o período expulsivo do parto é outra técnica utilizada para prevenir lacerações perineais. Revisão sistemática que incluiu os estudos de Dahlen et al. (2007) e Albers et al. (2005) os quais compararam o uso desta técnica, conclui que há evidência suficiente para mostrar que ela é eficaz para evitar lacerações de terceiro e quarto graus (Aasheim et al., 2011). Além disso, durante a distensão da musculatura vaginal e expulsão da cabeça fetal, é comum as mulheres relatarem queimação e grande desconforto na região. Este método pode ser eficaz no alívio desses sintomas perineais, aumento do conforto e satisfação materna (Dahlen et al., 2009).

Outra técnica, utilizada especialmente nos anos de 1950 e 1960 para a proteção perineal, é a aplicação de hialuronidase durante o período expulsivo. O ácido hialurônico está presente em vários órgãos e tecidos humanos e é responsável por manter as células unidas entre si, proporcionando suporte e ancoragem entre as células, segregando os tecidos. Neste sentido, a hipótese é de que a injeção de hialuronidade no tecido perineal reduza a ocorrência de lacerações. Ainda não há evidência clara do benefício do uso desta técnica para prevenir a ocorrência de trauma perineal e mais estudos são necessários (Zhou et al., 2014; Colacioppo, Riesco, Koiffman, 2011).

Albers et al. (2005) citam ainda o uso de massagem digital no períneo para redução do trauma perineal e concluem que o método também é eficaz para redução de lacerações perineais

de terceiro e quarto graus. Esta técnica pode ser realizada durante o período expulsivo ou ainda durante o pré-natal, pois o estiramento e a massagem do períneo são um meio de relaxar a musculatura e, possivelmente, prevenir lacerações perineais e a necessidade de episiotomia. Quando realizada durante o período gestacional, a massagem está associada a uma redução geral da incidência de trauma perineal que necessitam de sutura (Beckmann, Stock, 2013).

Um dispositivo de treinamento da musculatura do assoalho pélvico, chamado Epi-No® foi criado para ser usado no período pré-natal. Estudos têm sido conduzidos a fim de verificar se praticar exercícios de distensibilidade perineal com este equipamento tem efeito sobre a integridade perineal, lacerações e taxas de episiotomia. Porém, o uso desse equipamento para este fim não é comprovado pela literatura recente (Kamisan Atan et al., 2016; Brito et al., 2015; Shek et al., 2011).

1.5 REPARO DO TRAUMA PERINEAL

Existe grande variação nas técnicas e materiais utilizados para o reparo perineal. Quem define qual será o manejo do trauma perineal é o profissional que acompanha o parto, que deve tomar a decisão com base em protocolos, o que dependerá também de seu preparo profissional. Assim, pode-se supor que mesmo que as melhores técnicas e materiais de sutura sejam usados para reparar o trauma perineal, o resultado em curto e longo prazos dependerá da habilidade do profissional que executa o procedimento (Kettle, Dowswell, Ismail, 2012).

Os três tipos de técnicas de sutura perineal em lacerações de segundo grau ou episiotomia divulgadas na literatura são: **(1)** técnica interrompida ou técnica de três estágios, em que cada plano tecidual é suturado separadamente, iniciando-se pelo ângulo da mucosa vaginal, com a técnica contínua, ancorada ou não; a seguir, corta-se o fio e inicia-se a sutura no plano muscular com pontos separados; por fim, é realizada a sutura da pele; **(2)** técnica de dois estágios, muito similar à técnica interrompida até a região do músculo, porém a pele é deixada sem sutura; **(3)** sutura contínua, iniciada no ângulo da mucosa vaginal, prosseguindo com pontos contínuos não ancorados, passando para o plano muscular com o mesmo fio e finalizando com a sutura contínua intradérmica na região da pele (Kettle, Dowswell, Ismail 2012; Almeida, Riesco, 2008).

As evidências científicas atuais indicam que, se comparadas as técnicas de sutura contínua e interrompida, a sutura contínua está associada a menor incidência de dor perineal e outras complicações no pós-parto (Almeida, Riesco, 2008; Valenzuela et al., 2009). Estudo sobre a técnica de sutura, realizado com 61 mulheres em Itapecerica da Serra, São Paulo,

mostrou que a sutura perineal contínua e a sutura interrompida são igualmente adequadas e seguras para o reparo do trauma perineal e para a cicatrização local. Porém, a sutura contínua, esteve menos relacionada à dor durante a palpação, às atividades de sentar, andar, urinar e evacuar durante o puerpério (Almeida, Riesco, 2008).

Outro estudo envolvendo 445 mulheres realizado em Madrid, Espanha, comparou os métodos de sutura contínua e interrompida. Os resultados mostraram que a sutura contínua promove a redução do tempo de reparo perineal e diminui a quantidade de fio utilizado, sem acarretar riscos para o processo de cicatrização (Valenzuela et al., 2009).

O desfecho perineal também depende do domínio da técnica pelo profissional que a realiza e, mesmo que as evidências mostrem que é seguro realizar a sutura contínua, a técnica de sutura fracionada, ou interrompida, ainda é a mais utilizada pelos profissionais (Valenzuela et al., 2009). A revisão sistemática de Kettle, Dowswell e Ismail (2012) reafirma que a sutura contínua está associada à menor incidência de dor perineal, mas também a menor necessidade de analgesia, remoção de sutura e quantidade de fio (um pacote de fio *versus* dois ou três pacotes). Apesar desses benefícios, não foi encontrada diferença em relação à presença de edema, equimose, hiperemia, deiscência ou fibrose cicatricial (Valenzuela et al., 2009; Almeida, Riesco, 2008).

Em relação ao fio utilizado durante a sutura, revisão sistemática que incluiu 18 estudos com 10.171 mulheres mostrou que em comparação ao fio catégute, o fio sintético (Vicryl®) esteve associado a menor incidência de dor em até 3 dias após o parto e menor uso de analgésicos em até 10 dias pós-parto. Mais mulheres que foram suturadas com catégute necessitaram de nova sutura, enquanto que, se utilizado o fio de sutura sintética, houve mais necessidade de remoção dos fios. Comparando o fio de sutura sintético padrão com o de absorção rápida (poliglactina 910 - Vicryl Rapide®), não houve diferença em relação à dor ou dispareunia, porém mais mulheres necessitaram de remoção de fio com o sintético padrão (Kettle, Dowswell, Ismail, 2010). Sendo assim, o fio de sutura mais apropriado para o reparo perineal é o fio sintético de rápida absorção (Kettle et al., 2012).

A anestesia é outro tópico importante quando falamos sobre sutura perineal. Para realização da sutura perineal, a anestesia local é comumente utilizada, tendo Sanders, Campbell e Peters (2002) enfatizado que as mulheres que passam pelo processo de sutura sem analgesia regional podem experimentar níveis elevados de dor. É recomendado que o anestésico seja administrado antes de se iniciar a sutura, sabendo que sua infiltração próxima às vias de condução nervosa permite uma boa analgesia seletiva. Consiste na infiltração de até 20 ml de lidocaína 1% ou equivalente, sendo uma técnica simples que pode ser realizada pelo próprio

profissional que prestou assistência ao parto (OMS, 1996). Estudo randomizado controlado de Colacioppo e Riesco (2009) mostra que a adição de vasoconstritor a solução anestésica aumenta a eficácia da anestesia local, além disso recomenda que em lacerações perineais de primeiro grau deve-se administrar lidoicaína 1% com 1ml de vasoconstritor e nas lacerações de segundo grau administração de 5ml de lidocaína 1% com vasoconstritor dependendo do seu grau de extensão.

Assim como o tipo de sutura perineal, há variação no que diz respeito à realização ou não do reparo perineal após uma laceração. Na ocorrência de laceração de primeiro ou segundo grau, pode-se não haver necessidade de sutura se houver sangramento que cesse após compressão e desde que as extremidades da lesão estejam próximas, para que não haja distorção anatômica do períneo (Baston, Hall, 2009).

Atualmente, é comum que se faça a sutura, sobretudo em lacerações de segundo grau, porém alguns profissionais têm deixado de realizar, mesmo que ainda faltem evidências de que é realmente seguro deixar o períneo sem suturar (Ferreira, 2011). No Brasil, a recomendação é aconselhar a mulher, com lacerações de segundo grau, optar pela realização do reparo com sutura, a fim de uma melhor cicatrização. Nos casos de lacerações de primeiro grau, também é aconselhado que a sutura seja realizada pelo mesmo motivo, a menos que as bordas da mesma estejam bem apostas (Brasil, 2016). A mesma recomendação é orientada pelo NICE (NICE, 2017).

Há ainda a possibilidade de realizar a sutura nas camadas mais profundas (músculo e mucosa) e deixar a pele sem o reparo com o fio, o que também é recomendado, desde que após a realização da sutura a pele esteja bem próxima, não havendo distorção anatômica (Brasil, 2016). Existe alguma evidência de que esta técnica de reparo está associada a benefícios em termos de redução da dor e dispareunia, no entanto, não há estudos em relação a cicatrização e possíveis prejuízos a longo prazo (Frohlich, Kettle, 2015)

Gordon et al. (1998) estudaram 1.780 mulheres que tiveram laceração perineal. Os autores compararam mulheres que foram suturadas com a técnica interrompida, de três estágios, com as que foram suturadas com a técnica de dois estágios, deixando a pele sem sutura. O estudo incluiu a avaliação da dor e da cicatrização nas primeiras 24 e 48 horas, no décimo dia e 3 meses após o parto. Foi também aplicado um questionário contendo, além dos dois aspectos citados, a remoção da sutura, a necessidade de refazer a sutura e a dispareunia. O estudo concluiu que deixar a pele sem sutura diminui a necessidade de refazer a sutura e há menor incidência de dor perineal no período pós-parto e dispareunia. Além disso, há maior efetividade no reparo e menor custo.

Estudo realizado no Reino Unido, comparando os desfechos físicos e psicológicos a longo prazo da realização ou não do reparo perineal após a laceração de segundo grau, mostrou que não houve diferenças estatisticamente significativas na dor perineal, frequência da dor, uso de analgesia ou outros tipos de alívio da dor e infecção da ferida perineal (Bick et al., 2006). No entanto, revisão de Frohlich e Kettle (2015) afirma que a conduta de deixar todas as camadas da laceração perineal sem sutura, significa deixar a musculatura perineal sem sustentação, podendo interferir nas funções do assoalho pélvico nos próximos meses ou anos, além disso, não há evidências limitadas sobre seus reais benefícios.

A revisão sistemática mais recente sobre o tema específico, de Elharmeel et al. (2011), publicada pela Biblioteca Cochrane, encontrou apenas dois estudos randomizados sobre a não sutura perineal. O estudo randomizado controlado de Lundquist et al. (2000), que incluiu 78 primíparas com lacerações mínimas, concluiu que estas lacerações podem cicatrizar naturalmente e os benefícios dessa cicatrização natural incluem efeitos positivos sobre a amamentação e menor experiência de dor; além disso, evita que a mulher passe pelo desconforto do processo de sutura.

Em contraste, em outro estudo controlado randomizado, Fleming, Hagen, Nivel (2003), observaram que a experiência de dor e o processo de cicatrização entre 74 primíparas. Encontraram que a experiência de dor foi igual nos grupos de sutura e não sutura. Em relação à cicatrização, o períneo que não foi suturado não cicatrizou tão bem quanto aquele que foi suturado.

Assim, uma vez que não há evidências científicas de alta qualidade, que deixem claro que a não realização de sutura após laceração perineal seja uma prática segura, há necessidade de novos estudos, além disso os profissionais devem ser cautelosos em optar pela não realização do reparo perineal, sendo recomendado que o mesmo seja realizado apenas em situações de desejo explícito da mulher (Elharmeel et al. 2011; Frohlich, Kettle, 2015)

1.6 CUIDADO PERINEAL NO PÓS-PARTO

Quando há ocorrência de traumas perineais, com ou sem sutura, não é incomum que ocorram complicações como sangramento, dor, dispáurenia e ansiedade. Além das técnicas de reparo perineal para melhores desfechos perineais, o alívio da dor e os cuidados com o períneo no período pós-parto são aspectos importantes na saúde materna. Métodos farmacológicos como anti-inflamatórios e opióides são prescritos pelos profissionais de saúde para alívio da

dor, porém o uso destes medicamentos está associado a efeitos adversos, tais como, alterações gastrointestinais, hemorragias e reações alérgicas (Eshkevari, Trout, Damore, 2013).

Métodos não farmacológicos podem ser usados para substituir ou complementar os medicamentos para alívio da dor perineal. A compressa de gelo local é um destes métodos, sendo um procedimento de baixo custo, não invasivo e eficaz. Quando o gelo é aplicado, há uma resposta fisiológica de diminuição da temperatura do tecido e seu metabolismo e, como resultado, as respostas circulatórias e inflamatórias são modificadas reduzindo a dor, o espasmo muscular e o edema (Paiva et al., 2016). Revisão sistemática de East et al. (2012), embora conclua que as evidências ainda são limitadas, mostra que a compressa gelada é eficaz para reduzir a dor perineal nas primeiras 24 a 72 horas pós-parto.

O uso de métodos de tratamento não tradicionais como a fitoterapia, também são utilizados para substituir os métodos farmacológicos. A calêndula é um exemplo de erva utilizada para acelerar a cicatrização de feridas, pois ela tem propriedades anti-inflamatórias, antivirais, antimicrobianas, antifúngicas, antioxidantes e ajuda no processo de cicatrização. Estudo que buscou determinar o impacto do aloe vera e da calêndula no processo de cicatrização conclui que o uso destas terapias aumenta consideravelmente a velocidade da cicatrização de feridas perineais (Eghdampour et al., 2013).

A prática assistencial adotada na casa de parto, como referida anteriormente, é usualmente menos intervencionista e promove o respeito ao direito de escolha informada da mulher quanto aos cuidados no parto, o que inclui o cuidado perineal. Assim, propôs-se a realização do presente estudo, considerando que o manejo farmacológico e não farmacológico do cuidado perineal deve promover segurança e conforto da mulher, levando em conta suas escolhas.

O Quadro 1, a seguir, apresenta estudos relacionados ao trauma perineal no parto.

Quadro 1 - Estudos relacionados ao trauma perineal no parto

Autor, Ano, País	Objetivo	Método	Resultados
Gupta et al., 2017	Determinar os possíveis riscos e benefícios do uso de diferentes posições maternas durante o período expulsivo, sem anestesia epidural, sobre os resultados maternos, fetais, neonatais e assistenciais.	Desenho: revisão sistemática Amostra: 32 estudos, 9015 mulheres Coleta de dados: CENTRAL, MEDLINE, Embase, CINAHL, BioMed Central, jornais e principais conferências Análise dos dados: dois revisores avaliaram de forma independente o risco de viés para cada estudo, qualquer discordância foi resolvida por discussão ou envolvendo um terceiro avaliador.	Nas mulheres estudadas, quando comparadas às posições supinas, a posição vertical esteve associada a redução na duração do período expulsivo do parto; Posições verticais também foram associadas sem diferença clara nas taxas de cesariana (RR 1,22, IC 95% 0,81-1,81); redução nas episiotomias (RR 0,75, IC 95% 0,61-0,92), um possível aumento das rupturas perineais de segundo grau (RR 1,20, IC 95% 1,00-1,44); aumento da perda sangüínea (RR 1,48, IC 95% 1,10-1,98); menos anormalidades no padrão de frequência cardíaca fetal (RR 0,46, IC 95% 0,22-0,93).
Jiang et al. 2017	Avaliar os efeitos sobre a mãe e o bebê do método de episiotomia seletiva ("somente se necessário") em comparação a episiotomia de rotina para partos vaginais.	Desenho: revisão sistemática Amostra: 12 estudos, 6177 mulheres Coleta de dados: pesquisas no CENTRAL, MEDLINE, Embase, CINAHL revistas, conferências e jornais Análise dos dados: dois autores examinaram independentemente os estudos avaliando o risco de viés; um terceiro autor mediava quando não havia consenso	A política de episiotomia seletiva pode resultar em 30% menos mulheres com trauma perineal grave (RR=0,70; IC 95% 0,52-0,94). Não sabemos se há diferença na perda de sangue no parto. Tanto a episiotomia seletiva quanto a rotineira têm pouco ou nenhum efeito nos lactentes com escore de Apgar <7 no 5º minutos pode haver pouca ou nenhuma diferença na infecção perineal. Não sabemos se a episiotomia seletiva, comparada com a de rotina, resulta em menos mulheres com dor perineal moderada ou grave 3 dias pós-parto. Provavelmente, há pouca ou nenhuma diferença para a dispareunia em longo prazo (6 meses ou mais) e pode haver pouca ou nenhuma diferença para incontinência urinária em longo prazo.

continua

continuação

Autor, Ano, País	Objetivo	Método	Resultados
Simic et al., 2017	Analisar o impacto da duração do período expulsivo do parto no risco de trauma perineal grave (lacerações de terceiro e quarto grau)	Desenho: estudo de coorte Amostra: 52.211 mulheres primíparas Coleta de dados: foi utilizado o banco de dados obstétrico populacional para coleta de dados retrospectiva, além de dados prospectivos em prontuários eletrônico de 7 hospitais e unidades de atendimento pré-natal, parto e pós-parto Análise dos dados: regressão logística	O risco de lacerações perineais graves aumentou com a duração período expulsivo. Comparado ao período expulsivo de 1 h ou menos, as mulheres com período expulsivo de mais de 2 horas tiveram um risco aumentado (aOR 1,42; IC95% 1,28–1,58). Comparado com os partos vaginais não instrumentais, o risco aumentou entre o parto instrumental (aOR 2,24; IC95% 2,07–2,42). Após ajustes dos potenciais confundidores, a macrossomia (peso ao nascer > 4 500 g) e a posição occipito posterior da apresentação foram fatores de risco de lacerações perineais graves.
Serati et al., 2016	Avaliar o impacto da posição materna no momento do parto sobre o aparecimento de sintomas de incontinência urinária (IU) no período pós-parto	Desenho: estudo prospectivo Amostra: 716 primíparas Coleta de dados: as mulheres eram abordadas na unidade, na admissão para o trabalho de parto e respondiam as perguntas sobre a IU durante a hospitalização, e 12 semanas após o parto através de entrevista por telefone. Análise dos dados: teste Qui-quadrado e teste exato de Fisher, teste t de Student, teste U de Mann-Whitney e análise de regressão logística.	O grupo de mulheres que escolheu a posição vertical no momento do parto, teve uma taxa de episiotomia significativamente menor, mas uma taxa maior de traumas perineais mais graves. Além disso, nesse grupo foi encontrado uma taxa significativamente menor de nova IU (40,5% vs 48,9%, p = 0,03) e, individualmente, de incontinência urinária de esforço. Por análise multivariada, a posição de nascimento foi o único fator que se correlacionou com a ocorrência de incontinência urinária no período pós-parto (OR: 1,52; IC 95%:1,06-2,18; p = 0,02).

continua

continuação

Autor, Ano, País	Objetivo	Método	Resultados
Alliman e Phillipe, 2016	Avaliar as pesquisas relacionadas aos desfechos maternos em CPN	Desenho: revisão integrativa Amostra: 23 fontes quantitativas e 9 fontes qualitativas descrevendo os desfechos maternos dos cuidados do CPN Coleta de dados: bases de dados Google acadêmico, PubMed, e CINAHL Análise dos dados: método de Whittemore e Knafl	Os desfechos maternos no CPN em geral foram positivos. As taxas de parto vaginal espontâneo e a integridade perineal foram maiores nas mulheres que receberam o atendimento ao parto no CPN em comparação as mulheres que deram a luz em ambiente hospitalar. As taxas de cesárea também foram menores para as mulheres que planejaram dar a luz no CPN. As taxas de transferência são difíceis de comparar entre os estudos, mas a transferência anteparto variaram de 13% a 27,2%, as taxas de transferência intraparto variou de 11,6% para 37,4%, e de 11,6% para 16,5% em estudos publicados de 2011 a 2013. Mulheres nulíparas apresentaram maiores taxas de transferência do que mulheres multíparas. Poucos desfechos maternos graves e nenhuma morte materna foram relatados em nenhum estudo. As mulheres mostraram-se satisfeitas com o cuidado amplo e personalizado que receberam no CPN.
Gemma 2016 Brasil	Identificar os fatores associados à episiotomia e à integridade perineal no parto vaginal; descrever os motivos apontados para a realização de episiotomia; identificar as manobras de proteção perineal realizadas por enfermeiras obstétricas em um CPN.	Desenho: transversal Amostra: 802 mulheres Coleta de dados: prospectiva; em prontuários Análise dos dados: Regressão logística binária univariada e múltipla	Não ter parto vaginal anterior, uso de ocitocina, puxos dirigidos, intercorrência no TP e posição semi-sentada no parto estavam relacionados à episiotomia. O uso de manobra de proteção perineal se apresentou como fator de proteção contra a episiotomia. Ter parto vaginal anterior e cor da pele autorreferida não branca estavam relacionados à integridade perineal. As indicações de episiotomia estiveram relacionadas às condições e dimensões do períneo.

continua

continuação

Autor, Ano, País	Objetivo	Método	Resultados
KamisanAtanet et al. 2016 Austrália	Avaliar os efeitos do uso de Epi-No® no trauma intra-parto do assoalho pélvico.	Desenho: multicêntrico prospectivo, randomizado e controlado Amostra: 504 mulheres Coleta de dados: as participantes foram avaliadas clinicamente e com ultrassom 4D translabial no final do terceiro trimestre e novamente 3-6 meses pós-parto Análise dos dados: inferencial	Não houve diferença significativa entre os dois grupos de mulheres, na incidência de rompimento do músculo elevador do ânus, distensão irreversível do hiato, trauma clínico do esfíncter anal e traumas perineais. Na ultrassonografia foi observada taxa marginalmente maior de defeitos significativos do esfíncter anal externo no grupo de intervenção.
Paiva et al. 2016 Brasil	Avaliar se a analgesia perineal é mantida até 2h após aplicação de uma compressa de gelo no períneo por 20min.	Desenho: quase-experimental Amostra: 50 mulheres multíparas Coleta de dados: imediatamente e 2 horas após a aplicação de bolsa de gelo Análise dos dados: inferencial	Imediatamente após a aplicação de uma bolsa de gelo na área perineal, houve uma redução significativa na intensidade da dor perineal relatada (5,4 <i>versus</i> 1,0; $p < 0,0005$), que continuou durante 1h35 até 2h após a aplicação local.
Bulchandani et al. 2015	Avaliar o efeito do apoio perineal manual durante o parto, versus a não colocação das mãos ("hands off") sobre o risco e o grau de trauma perineal.	Desenho: revisão sistemática Amostra: 5 ensaios controlados randomizados e 7 estudos não-randomizados Coleta de dados: bases de dados Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (CENTRAL), Embase, Medline, CINAHL e OVIDs de obstetrícia e cuidados infantis Análise dos dados: dois revisores avaliaram de forma independente os ensaios; as discrepâncias foram resolvidas por um terceiro revisor	A metanálise dos ensaios controlados randomizados não demonstrou efeito protetor estatisticamente significativo do apoio perineal manual sobre o risco de trauma do esfíncter anal (3 estudos, 6.647 mulheres). A metanálise dos estudos não randomizados mostrou uma redução significativa no risco de trauma do esfíncter anal com proteção perineal manual (3 estudos, 74.744 mulheres).

continua

continuação

Autor, Ano, País	Objetivo	Método	Resultados
Brito et al. 2015	Avaliar se o Epi-No® usado durante o pré-parto poderia prevenir o trauma perineal em mulheres nulíparas.	Desenho: revisão sistemática Amostra: 5 estudos, 1.369 mulheres Coleta de dados: CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, SciELO e resumos de conferências, procurando estudos controlados randomizados Análise dos dados: metanálise	O uso de Epi-No® não reduziu as taxas de episiotomia e tempo de período expulsivo e não aumentou a taxa de períneo íntegro. Não houve influência do Epi-No® na redução de todas as lacerações perineais.
Frolich e Kettle, 2015	Responder às seguintes questões clínicas sobre os efeitos de diferentes métodos e materiais para reparo de lacerações perineais de primeiro e segundo graus, episiotomias e lesões do esfíncter anal.	Desenho: revisão sistemática Amostra: 33 estudos Coleta de dados: Medline, Embase, Biblioteca Cochrane, e outras bases de dados importantes databases Análise dos dados: avaliação da qualidade das evidências utilizando o sistema GRADE	A não sutura de todas as camadas das lacerações de primeiro e segundo grau pode estar associada a pior cicatrização da feridas 6 semanas após o parto. No entanto, deixando apenas a pele perineal sem reparo reduz a dispareunia e pode reduzir a dor perineal em 14 dias a 6 semanas após o parto, porém não há evidências a longo prazo sobre os resultados desta técnica. Fios sintéticos absorvíveis para reparo do trauma perineal podem resultar em menos dor perineal e dispareunia. O fio sintético de rápida absorção reduz a necessidade de remoção de suturas. As suturas contínuas reduzem a dor a curto prazo e o uso de analgésicos. Para as lacerações de terceiro e quarto graus, não há evidencia na redução da dor perineal, urgência ou incontinência fecal quando comparadas as técnicas de sobreposição do esfíncter anal e a aproximação ponta a ponta.

continua

continuação

Autor, Ano, País	Objetivo	Método	Resultados
Hauck et al. 2015	Determinar as taxas e fatores de risco para traumas perineais de terceiro e quarto graus no contexto da Austrália Ocidental.	Desenho: coorte retrospectiva Amostra: 10.408 mulheres Coleta de dados: foi utilizado o banco de dados informatizado do hospital Análise dos dados: regressão logística estratificada	A incidência de trauma perineal grave foi de 3%, 5,4% para primíparas e 1,7% para multíparas ($p < 0,001$). Os fatores de risco associados ao trauma incluíram etnia asiática ou indiana, distocia de ombro e parto instrumental. Analgesia epidural (OR 0,72, IC95% 0,54–0,96), parto prematuro (OR 0,40, IC95% 0,23–0,72) e episiotomia (OR 0,54, IC95% 0,39–0,74) foram protetores em primíparas, enquanto a episiotomia foi associada a risco aumentado em multíparas (OR 2,01, IC 95% 1,18–3,45). Fatores adicionais entre primíparas foram a posição occipito posterior (OR 3,35; IC95% 1,75–6,41) e período expulsivo prolongado (OR 1,98; IC95% 1,46–2,68) e entre multíparas incluíram diabetes gestacional (OR 1,78, IC 95% 1,04–3,03) e peso ao nascer > 4000 g (OR 1,86, IC 95% 1,10–3,15).
Zhou et al. 2014	Avaliar a eficácia e a segurança de injeção de hialuronidase perineal para reduzir o trauma perineal espontâneo, episiotomia e a dor perineal	Desenho: revisão sistemática Amostra: 4 ensaios clínicos randomizados, 599 mulheres Coleta de dados: CENTRAL, MEDLINE; EMBASE, BioMed, 30 revistas e grandes conferências e 44 periódicos Análise dos dados: dois autores avaliaram independentemente todos os estudos; as discrepâncias foram resolvidas por um terceiro revisor	A injeção de hialuronidase perineal durante o período expulsivo mostrou menor incidência de trauma perineal em comparação com o controle ou nenhuma intervenção, mas não houve evidência clara de benefício comparado com a injeção placebo.

continua

continuação

Autor, Ano, País	Objetivo	Método	Resultados
Nutter et al. 2014	Analisar criticamente as evidências sobre os desfechos maternos e neonatais do parto na água para auxiliar em informações para a prática clínica baseada em evidências nos EUA.	Desenho: revisão integrativa Amostra: 38 estudos, 2 ensaios clínicos randomizados, 36 estudos observacionais e mais de 31.000 partos na água Coleta de dados: pesquisa bibliográfica realizada utilizando bancos de dados eletrônicos CINAHL, Ovide MEDLINE, PubMed, EMBASE e PsycINFO Análise dos dados: incluídos todos os estudos descritivos, observacionais e randomizados sobre parto na água, publicados em revistas avaliadas por pares; excluídos os casos clínicos e estudos qualitativos	Os resultados sugerem que o parto na água está associado com altos níveis de satisfação materna com o alívio da dor e com a experiência do parto e pode aumentar a probabilidade de um períneo intacto. Também está associado à diminuição da incidência de episiotomia e laceração perineal grave, podendo contribuir para a redução da hemorragia pós-parto. Não há diferença nas taxas de infecção ou morbidades maternas ou neonatais.
Beckmann e Stock 2013	Avaliar o efeito da massagem perineal digital realizada no pré-natal, na incidência de trauma perineal ao nascimento e morbidade subsequente.	Desenho: revisão sistemática Amostra: 4 estudos, 2497 mulheres Coleta de dados: estudos controlados randomizados e experimentais na Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register, the Cochrane Central Register of Controlled Trials, PubMed, EMBASE e lista de artigos relevantes Análise dos dados: ambos os revisores aplicaram independentemente os critérios de seleção, extraíram os dados dos estudos incluídos e avaliaram a qualidade dos estudos e fizeram contato com os autores dos estudos para obter informações adicionais	A massagem perineal digital pré-natal foi associada a uma redução geral da incidência de trauma perineal que necessitava de sutura, sendo que as mulheres que praticavam a massagem perineal apresentavam menor probabilidade de ter uma episiotomia. Não houve diferenças na incidência de lacerações perineais de 1º ou 2º graus ou trauma perineal de 3º e 4º graus. Apenas as mulheres com parto vaginal anterior relataram uma redução estatisticamente significativa na incidência de dor perineal aos 3 meses pós-parto. Não houve diferença significativa na incidência de parto instrumental, satisfação sexual, incontinência de urina, fezes ou flatos para qualquer mulher que praticou a massagem perineal em comparação com aquelas que não fizeram massagem.

continua

continuação

Autor, Ano, País	Objetivo	Método	Resultados
Eghdampour et al. 2013 Irã	Analisar o impacto do aloe vera e calêndula na cicatrização de episiotomia em mulheres primíparas.	Desenho: ensaio clínico randomizado Amostra: 111 primíparas Coleta de dados: avaliações com o instrumento REEDA (redness, edema, ecchymosis, discharge, approximation), a primeira imediatamente antes da intervenção e 5 dias após a intervenção Análise dos dados: inferencial	Os grupos não apresentam diferenças estatisticamente significativas em relação às variáveis demográficas e outras variáveis. A comparação da média de REEDA 5 dias após o parto mostrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos controle e experimental. De acordo com os resultados, usando aloe vera e pomada de calêndula aumenta consideravelmente a velocidade da cicatrização da episiotomia.
Silva et al. 2013 Brasil	Caracterizar a assistência intraparto em um CPN extra-hospitalar quanto às práticas recomendadas pela OMS.	Desenho: descritivo retrospectivo Amostra: todas as 1.709 mulheres que deram à luz de 2006 a 2009 Coleta de dados: através de prontuário Análise dos: descritiva	36,8% entre 20 e 24 anos ($17,5\% \leq 19$ anos); 76,5% com escolaridade >8 anos; 60,4% brancas; 92,1% com companheiro; 62,9% com trabalho remunerado; 60,2% procuraram espontaneamente o CPN; 87,3% com seis ou mais consultas pré-natal (91,8% SUS); 65,7% com três ou mais consultas no CPN; 54,3% múltíparas; 50% internadas com dilatação cervical >5 cm; 99,5% com IG 37-41 semanas; amniotomia=53,4%; ocitocina no TP ou parto=56,8%; acompanhante=94,5; posição do parto semissentada=82,3%; EMLD=12,9%; períneo íntegro=43,7%; RN com Apgar >7 no 1º minuto=99,2% e no 5º minuto=100%.

continua

continuação

Autor, Ano, País	Objetivo	Método	Resultados
Smith et al., 2013	Descrever os diferentes traumas perineais em mulheres primigesta e analisar o efeito das características maternas e obstétricas na incidência dos mesmos.	<p>Desenho: observacional</p> <p>Amostra: 2754 mulheres</p> <p>Coleta de dados: os dados foram coletados pela parteira que acompanhou a mulher durante o TP usando um instrumento de coleta criado para este estudo.</p> <p>Análise dos dados: regressão logística univariada e multivariada</p>	<p>O períneo manteve-se íntegro em 9,6% das mulheres nulíparas, e em 31,2% das múltiparas, com maior incidência nas unidades de saúde lideradas por parteiras. A análise multivariada mostrou que a multiparidade (OR 0,52; IC95%: 0,30-0,90) foi associada a menor probabilidade de lesões do esfíncter anal, enquanto fórceps (OR 4,43; IC95%: 2,02–9,71), expulsivo prolongado (OR 1,49; IC95%: 1,13-1,98) e maior peso do RN ao nascer (OR 1,001; IC95%: 1,001-1,001), associado ao aumento de chances para trauma de terceiro ou quarto grau.</p>
Kettle, Dowswell, Ismail 2012	Avaliar os efeitos de suturas contínuas versus interrompidas para reparo de episiotomia e lacerações perineais de 2º grau após o parto.	<p>Desenho: revisão sistemática</p> <p>Amostra: 16 estudos, envolvendo 8.184 mulheres, de oito países</p> <p>Análise dos dados: metanálise</p>	<p>A técnica de sutura contínua está associada a menor dor até 10 dias pós-parto (RR=0,76; IC95%=0,66-0,88). Houve redução no uso de analgesia associada à técnica subcutânea contínua no reparo da pele (RR=0,70; IC95%=0,59-0,84). Houve redução na remoção da sutura nos grupos de sutura contínua (RR=0,56; IC 95%=0,32-0,98), mas não houve diferença significativa na necessidade de re-sutura ou dor em longo prazo.</p>

continua

continuação

Autor, Ano, País	Objetivo	Método	Resultados
East et al. 2012	Avaliar a eficácia e os efeitos colaterais dos tratamentos de resfriamento local, comparados com nenhum tratamento e outras formas de resfriamento no períneo após o parto.	Desenho: revisão sistemática Amostra: 10 estudos, 1.825 mulheres Coleta de dados: ensaios clínicos randomizados e quase randomizados, publicados e não publicados no Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register, CINAHL, Australian New Zealand Clinical Trials Register e contato com especialistas na área Análise dos dados: pelo menos dois revisores avaliaram de forma independente os ensaios para inclusão, avaliaram a qualidade do ensaio e extraíram os dados, além de buscar informações adicionais dos autores de três ensaios	As compressas de gelo proporcionaram melhora do alívio da dor de 24 a 72 horas após o nascimento, em comparação com nenhum tratamento. As mulheres preferiram as almofadas de gel em comparação com as compressas de gelo ou nenhum tratamento. As diferenças detectadas em relação ao edema perineal, hematomas e cicatrização geral foram observadas em um pequeno estudo, favorecendo almofadas de gel frio em relação ao gelo ou nenhum tratamento, três a 14 dias após o parto. As mulheres relataram mais dor e utilizaram mais analgesia adicional após a aplicação de compressas de gelo comparadas com energia eletromagnética pulsada.
Pereira et al. 2012 Brasil	Analisar os dados maternos e neonatais dos atendimentos realizados por enfermeiras obstétricas em casa de parto.	Desenho: descritivo Amostra: 1.477 partos entre março de 2004 e dezembro de 2009 Coleta de dados: Análise: descritiva	O acompanhante esteve presente em 94,9% das vezes; A posição do parto prevalente foi a lateral (22,5%), seguida de 14,2% vertical, 20,0% semivertical e 14,2% cócoras; Laceração de 1º grau aconteceu em 82,4%, períneo íntegro em 22,5%, episiotomia 3,9%. O Apgar > 7 no 1º minuto em 95,6% das vezes e no 5º minuto em 99,7% dos RN. O percentual de transferência intraparto foi de 10,6. A taxa de transferência pós-parto foi de 1,8%; E a taxa de transferência neonatal de 6,6%.

continua

continuação

Autor, Ano, País	Objetivo	Método	Resultados
Aasheim et al. 2011	Avaliar o efeito das técnicas perineais durante o segundo estágio do trabalho de parto sobre a incidência de trauma perineal.	Desenho: revisão sistemática Amostra: 8 estudos, 11.651 mulheres Coleta de dados: buscas no CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, revistas e conferências Análise dos dados: três revisores independentes avaliaram os estudos segundo sua qualidade metodológica e extraíram os dados	Houve redução de lacerações de 3º e 4º graus quando a compressa morna foi utilizada (RR=0,48; 95% IC 0,28-0,84) e quando comparada a massagem perineal com a técnica “hands-off” (RR=0,52, IC 95% 0,29-0,94). Não houve diferença significativa nas lacerações de 3º e 4º graus em relação as técnicas “hands-on” ou “hands-off”, porém com a técnica “hands-off” houve redução da taxa de episiotomia (RR=0,69; IC 95% 0,50 0,96).
Colacioppo, Riesco, Koiffman 2011 Brasil	Comparar a frequência e a gravidade do trauma perineal durante o nascimento espontâneo com ou sem injeções perineais de hialuronidase.	Desenho: ensaio clínico randomizado, controlado por placebo, duplo-cego Amostra: 160 mulheres Coleta de dados: logo após o parto para avaliação do grau de laceração e sua extensão, nova avaliação foi realizada entre 1 e 2 horas pós-parto e outra de 24 a 48 horas Análise dos dados: inferencial	A integridade perineal ocorreu em 34,2% do grupo experimental e em 32,5% do grupo controle, sem diferença estatisticamente significativa (p=0,477). A laceração de 1º grau foi o trauma mais comum na região posterior do períneo em mulheres de ambos os grupos. O trauma perineal grave ocorreu em 28,9% do grupo experimental e 38,8% no grupo controle, sem diferença estatisticamente significativa (p=0,131).

continua

continuação

Autor, Ano, País	Objetivo	Método	Resultados
Lobo et al. 2010 Brasil	Descrever os resultados maternos e neonatais da assistência em CPNp na cidade de São Paulo.	Desenho: descritivo Amostra: 991 mulheres (33% dos partos ocorridos entre 2003 e 2006) Coleta de dados: Análise dos dados: descritiva	A média de idade das mulheres foi de 23,6 anos, as adolescentes corresponderam a 27,3% das mulheres. 75,4% tinham 8 anos ou mais de estudo; As que tinham companheiro eram 58,4%; 74,6% não trabalhavam; Durante o parto, o acompanhante esteve presente em 92,2% dos casos; Na admissão 53,0% das mulheres tinham dilatação cervical entre 5 e 9 cm; 22% com bolsa rota 22,0%; hidroterapia 92,9%, amniotomia 62,6%, deambulação 47,6%, massagem 29,8%, ocitocina no TP 23,5%. Períneo íntegro: 43,6%, EMLD 25,7; Dequitação espontânea 99,5%; Sangramento PP aumentado 5,1%; RN com Apgar >7 no 1º minuto 99,6% e no 5º 99,9%; aspiração de vias aéreas 9,3%; O ₂ nasal 3,4%; lavagem gástrica 3,0%; aspiração gástrica 1,8%; desconforto respiratório 1,5%; Transferência neonatal: 1,4%
Colacioppo e Riesco 2009 Brasil	Comparar a quantidade de anestésico necessária para inibir a dor durante a sutura do trauma perineal, em mulheres com episiotomia ou lacerações espontâneas conforme o uso ou não de vasoconstritor na solução anestésica.	Desenho: estudo aleatório controlado duplo cego Amostra: 96 parturientes Coleta de dados: coletados no momento do parto ou logo após o parto Análise dos dados: inferencial	Os resultados permitiram confirmar a hipótese de que uso de anestésico com vasoconstritor na anestesia local para a sutura de lacerações perineais no parto normal aumenta a eficácia da anestesia local. Embora o volume de anestésico utilizado na sutura de laceração de 1º e 2º graus seja significativamente reduzido pela associação com vasoconstritor, a relevância clínica desse resultado deve ser considerada.

continua

continuação

Autor, Ano, País	Objetivo	Método	Resultados
Valenzuela et al. 2009 Espanha	Avaliar as técnicas de reparo com os métodos contínuo e interrompido para episiotomia e lacerações quanto à sensação de dor e ao uso de analgésicos pós-parto.	Desenho: ensaio clínico randomizado controlado Amostra: 445 mulheres (223 e 222 nos grupos de sutura contínua e interrompida, respectivamente) Coleta de dados: as mulheres foram questionadas quanto à sensação de dor e ao uso de analgésicos no 2º e 10º dias e 3 meses após o parto Análise dos dados: inferencial	Quando comparado o grupo com sutura contínua ao grupo com sutura interrompida, as diferenças incluíram menos tempo de reparação ($p=0,017$) e menos material de sutura utilizado ($RR=3,2$; $IC95\%$ 2,6-4,0). A comparação da dor entre o 2º e o 10º dia e os 3 meses após o parto não foi estatisticamente diferente entre as duas técnicas.
Almeida e Riesco 2008 Brasil	Comparar as características do processo de cicatrização (edema, equimose, hiperemia, secreção, deiscência, fibrose) e a frequência e magnitude da dor (avaliada pela escala numérica de 1 a 10) perineal com a utilização das técnicas contínua e interrompida de sutura do trauma perineal em mulheres com parto normal.	Desenho: ensaio clínico controlado aleatorizado Amostra: 61 mulheres (31 e 30 nos grupos de sutura contínua e interrompida, respectivamente) Coleta de dados: por meio do prontuário, de entrevista e de exame do períneo, na primeira hora após o término da sutura perineal, durante o período de internação, 4 dias após o parto e 41 dias pós o parto Análise dos dados: descritiva e inferencial	A cicatrização foi por primeira intenção em 100% dos casos, nas duas técnicas de sutura. Não houve diferença estatisticamente significativa para a ocorrência de morbidades, exceto na dor perineal à palpação, 4 dias após o parto, que foi mais frequente entre as mulheres com sutura interrompida ($p=0,018$).

continua

continuação

Autor, Ano, País	Objetivo	Método	Resultados
Dahlen et al. 2007 Austrália	Verificar os efeitos da aplicação de compressas quentes no períneo ao trauma perineal e o conforto materno durante o segundo estágio do parto.	Desenho: ensaio clínico randomizado Amostra: 717 mulheres Coleta de dados: os dados relacionados à laceração perineal foram coletados logo após o parto e em relação a dor nos dias 1 e 2, utilizando escala analógica da dor, além de entrevistas por telefone 6 semanas e 3 meses pós-parto para coletar dados sobre dor, intercurso sexual, incontinência e amamentação Análise dos dados: inferencial, com regressão logística	A diferença no número de mulheres que necessitaram de sutura não foi significativa. As mulheres no grupo que fez uso de compressa quente tiveram significativamente menos traumas de 3º e 4º graus e tiveram escores de dor perineal significativamente menores ao dar à luz e nos dias 1 e 2 após o parto, em comparação com o grupo controle. Aos 3 meses, elas foram também significativamente menos propensas a ter incontinência urinária, em comparação com as mulheres no grupo controle.
Bick et al. 2006 Reino Unido	Comparar os desfechos físicos e psicológicos da realização ou não do reparo perineal após a ocorrência de laceração de 2º grau, em longo prazo.	Desenho: coorte Amostra: 282 mulheres, 192 mulheres que foram suturadas e 86 que não foram suturadas Coleta de dados: as mulheres responderam um questionário nas primeiras 24 horas, 10 dias, 12 semanas e 12 meses pós-parto, sobre a extensão, gravidade e impacto dos sintomas pós-natais relacionados aos desfechos na saúde materna Análise dos dados: inferencial	Mulheres cujo trauma não foi suturado tiveram frequência urinária aumentada no 10º dia pós-parto ($p<0,04$); houve aumento da autoreferência de problemas perineais ($p<0,02$) e depressão pós-parto a partir do questionário de Edinburgh >13 ($p<0,01$), 12 meses pós-parto. Nenhuma diferença em relação a dor perineal foi encontrada.

continua

continuação

Autor, Ano, País	Objetivo	Método	Resultados
Albers et al. 2005 EUA	Comparar as técnicas de manejo perineal no segundo estágio do parto: compressas quentes, massagem com lubrificante, nenhum toque do períneo até a coroação da cabeça do bebê; para analisar se algum método foi mais eficaz na redução do trauma perineal após o parto vaginal.	Desenho: ensaio clínico randomizado Amostra: 1.211 nascimentos Coleta de dados: após o nascimento, incluindo a técnica utilizada, inspeção do trato genital, a gravidade do trauma e dados sobre a sutura; os dados também foram coletados na consulta pós-parto, para identificar a presença de anormalidades anatômicas, problemas na cicatrização das lacerações no parto e dor perineal contínua Análise dos dados: inferencial, com regressão logística	Compressas quentes ou massagem com lubrificante não fornecem nenhuma vantagem aparente ou desvantagem na redução do trauma do trato genital obstétrico, em comparação com manter as mãos fora do períneo no período expulsivo. As lacerações espontâneas do parto foram semelhantes após o uso de qualquer um dos três métodos testados neste ensaio clínico.
Gupta e Hofmeyr 2004	Avaliar os riscos e benefícios do uso de diferentes posições durante o período expulsivo do parto.	Desenho: revisão sistemática Amostra: 19 estudos, 5.764 mulheres Coleta de dados: ensaios clínicos do Cochrane Pregnancy and Childbirth Group que utilizaram alocação randomizada ou quase-randomizada e acompanhamento adequado e compararam várias posições assumidas por gestantes durante o segundo estágio do parto Análise dos dados: os estudos foram analisados de forma independente para seleção e extração dos dados	O uso de qualquer posição vertical ou lateral, em comparação com as posições supinas ou de litotomia, foi associado com: redução da duração do segundo estágio do TP, pequena redução nos partos assistidos e episiotomias. Houve aumento de lacerações perineais de 2º grau e da perda sanguínea estimada superior a 500ml. Houve redução da notificação de dor intensa durante o segundo estágio do TP e menos padrões anormais da frequência cardíaca fetal.

continua

continuação

Autor, Ano, País	Objetivo	Método	Resultados
Fleming, Hagen, Nivel 2003 Reino Unido	Analisar as diferenças entre as mulheres primíparas que foram e que não foram suturadas após a ocorrência de laceração perineal de 1º ou 2º grau durante partos vaginais.	Desenho: Ensaio clínico randomizado controlado Amostra: 74 primíparas Coleta de dados: 1º e 10º dias e 6 semanas após o parto, mediante a ferramenta REEDA para avaliar o processo de cicatrização, o questionário de dor de McGill e a escala de depressão pós-parto de Edinburgh Análise dos dados: inferencial, com regressão logística	Houve uma proporção maior de mulheres com as bordas da laceração mais próximas no grupo que foi suturado ($p=0,001$) 6 semanas após o parto. Em relação à experiência de dor, foi igual nos grupos controle e experimental e não houve diferença significativa em relação à depressão pós-parto.
Lundquist et al. 2000 Suécia	Comparar dois grupos de mulheres com lacerações mínimas ocorridas após o parto vaginal a respeito do processo de cicatrização e suas experiências quando a laceração é suturada e quando ocorre a cicatrização espontânea.	Desenho: ensaio clínico controlado Amostra: 78 primíparas Coleta de dados: observação da cicatrização, edema, hematoma, sangramento e infecção após 2 e 3 dias, 8 semanas e 6 meses; além disso, foi realizada entrevista para avaliar desconforto perineal, incluindo efeitos sobre a amamentação e retomada da atividade sexual Análise dos dados: descritiva e inferencial	Não houve diferença significativa em relação à cicatrização; o grupo de sutura teve aumento no desconforto decorrente dos pontos; 16% das mulheres no grupo de sutura em comparação a nenhuma das mulheres no grupo sem sutura relataram efeito negativo sobre a amamentação ($p=0,0385$).

continua

continuação

Autor, Ano, País	Objetivo	Método	Resultados
Gordon et al. 1998 Reino Unido	Avaliar o processo de cicatrização da sutura de dois estágios deixando a pele sem sutura comparando com a sutura de três estágios rotineiramente utilizada.	Desenho: ensaio clínico randomizado controlado estratificado Amostra: 1.780 mulheres que tiveram parto vaginal com episiotomia ou lacerações de 1º ou 2º graus Coleta de dados: 24 e 48 horas, 10 dias e 3 meses após o parto Análise dos dados: descritiva e inferencial	Houve aumento da dor perineal e da dispareunia 3 meses após o parto na sutura de 3 estágios ($p=0,04$). As queixas em relação aos pontos apertados e à necessidade de remoção do material diminuíram na sutura em dois estágios 10 dias após o parto ($p=0,02$ e $p=0,01$, respectivamente). Não houve diferença significativa em relação à cicatrização em nenhum dos momentos.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar os fatores relacionados às lacerações perineais e ao cuidado perineal em um centro de parto normal peri-hospitalar.

2.2 ESPECÍFICOS

- Verificar a prevalência e o grau de lacerações perineais;
- Analisar a relação entre a ocorrência e o grau da laceração perineal e as variáveis maternas, neonatais e assistenciais;
- Analisar a relação entre o grau da laceração perineal e a prevalência do reparo perineal;
- Analisar a relação entre a realização de sutura perineal e a prevalência de complicações na cicatrização perineal;
- Verificar a prevalência do uso de métodos naturais (arnica via oral e compressa de arnica, calêndula, camomila e gelo) no cuidado perineal após o parto.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal, com coleta e análise de dados dos prontuários e livros de parto, de transferências maternas e de transferências neonatais da instituição.

3.2 LOCAL

Estudo realizado no CPNp denominado Casa Angela – Centro de Parto Humanizado, localizado na periferia da região sul da cidade de São Paulo. A Casa Angela é administrada pela Associação Comunitária Monte Azul, uma organização não governamental, orientada pelo pensamento antroposófico, que atua prioritariamente pelo desenvolvimento integral do ser humano.

A história da Casa começou na década de 1980 com uma parteira alemã, chamada Angela Gehrke, que veio para o Brasil e começou a atender partos na comunidade Monte Azul. Durante a década de 1990, Angela criou a primeira casa de parto da cidade de São Paulo, vinculada à Associação Monte Azul e localizada no Jardim Monte Azul, bairro da região Sul de São Paulo. Em 1999 a casa fechou, pois Angela adoeceu e faleceu um ano depois. A médica alemã, Anke Riedel, que havia realizado trabalho voluntário junto à parteira Angela, deu início a idealização e implantação de uma nova casa de parto na região, que recebeu o nome de Casa Angela, em homenagem à parteira.

A inauguração da Casa Angela aconteceu em 2008, quando passou a prestar atendimento obstétrico, atendendo consultas de pré-natal e pós-parto. A partir de 2009, iniciou atendimento esporádico a partos normais de mulheres da comunidade Monte Azul; eram atendidos em média cinco partos por mês.

Em 2012, a Casa passou a funcionar 24 horas por dia, prestando atendimento em um modelo autossustentável que contava com a contribuição de fundações, instituições e empresas privadas, como doadores voluntários, ou através da formulação e submissão de projetos assistenciais para obter financiamento. Além disso, as mulheres com condições financeiras e que não eram da comunidade pagavam pela assistência recebida; assim, a Casa podia prover atendimento gratuito às mulheres da comunidade e com menor nível econômico.

Em janeiro de 2016, a Casa passou a ter um contrato de prestação de serviços com a Prefeitura do Município de São Paulo. As mulheres que realizam o pré-natal pelo Sistema Único

de Saúde (SUS) na cidade de São Paulo passaram a ter direito ao acompanhamento pré-natal, parto e pós-parto na Casa, financiados pelo SUS. Com este contrato, a quantidade de partos atendidos aumentou progressivamente, e hoje a Casa Angela atende em média 30 partos por mês.

A estrutura física da Casa conta com duas salas para atendimento de consultas pré-natais, um ambulatório de aleitamento materno, três quartos PPP, três quartos de alojamento conjunto que acomodam mãe, bebê e acompanhante, duas salas de espera destinadas aos familiares, um salão para reuniões, oficinas e atividades em grupos, além de copa, cozinha, descanso de enfermagem, lavanderia e expurgo.

A Casa Angela é um serviço de saúde intermediário entre o domicílio e o hospital para assistência ao parto, unindo conforto, aconchego e privacidade, dispondo de recursos necessários para o atendimento a partos normais de risco habitual. A equipe assistencial, que presta atendimento ao pré-natal, parto e puerpério é formada por 9 enfermeiras obstetras, 14 obstetrizas e sete técnicas de enfermagem. Há também profissionais de apoio que prestam atendimento ambulatorial: uma enfermeira, um médico pediatra, uma fisioterapeuta, duas psicólogas, uma pedagoga, uma professora da yoga e oito doulas voluntárias. Os profissionais responsáveis pelo apoio técnico são as cozinheiras, auxiliares de limpeza e de cozinha, recepcionistas, assistente administrativa e motoristas de ambulância.

Os serviços prestados pela Casa Angela são: atendimento pré-natal, que inclui as consultas, cursos e oficinas; assistência ao parto humanizado e pós-parto; realização de visitas domiciliares e consultas de puericultura; incentivo e apoio ao aleitamento materno; realização de cursos para as futuras mães e pais; acompanhamento do desenvolvimento do bebê, que se estende até o primeiro ano de vida, realizado pela pedagoga, enfermeira e técnica de enfermagem.

Para receber atendimento pré-natal na Casa Angela, a mulher deve ter uma gestação de risco habitual, apresentando os resultados dos exames laboratoriais e de imagem dentro da normalidade (hemograma, glicemia de jejum, urina tipo I, urocultura, Coombs indireto, citopatológico de colo do útero, ultrassonografia obstétrica) e as sorologias negativas de VDRL, HIV, toxoplasmose e HBsAg. A pesquisa de estreptococo do grupo B é realizada no final da gestação, a partir de 35 semanas; quando o resultado é positivo, a mulher está inapta a seguir o acompanhamento na Casa, porém, quando não há tempo hábil para que o resultado do exame seja recebido, a mulher pode ser admitida na Casa em TP. Além disso, deve haver ausência dos fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco, segundo o MS (Brasil, 2012), sendo eles:

- Fatores relacionados às condições clínicas prévias: cardiopatias; pneumopatias graves; endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus); doenças hematológicas; hipertensão arterial crônica ou uso de anti-hipertensivos; doenças neurológicas; doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento; doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico e outras collagenoses); alterações genéticas maternas; antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar; portadoras de doenças infecciosas como AIDS, hepatites e outras doenças sexualmente transmissíveis; ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras); dependência de drogas lícitas e ilícitas; hanseníase; tuberculose ou qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.
- Fatores relacionados à gravidez atual: restrição de crescimento intrauterino; polidrâmnio; oligoâmnio; diabetes gestacional; malformação fetal ou arritmia fetal; gemelaridade; distúrbio hipertensivo da gestação; infecção urinária de repetição; 2 ou mais episódios de pielonefrite; infecções como rubéolas e citomegalovírus adquiridas na gestação; evidência laboratorial de proteinúria; desnutrição materna severa; obesidade mórbida; placenta prévia; isoimunização Rh; anemia grave ou não responsividade a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso.

A classificação do risco gestacional é feita em toda consulta, com encaminhamento, quando necessário, ao pré-natal de alto risco ou à urgência/emergência obstétrica. Durante o TP, a mulher é acompanhada pelas obstetrizas e enfermeiras obstetras e, caso haja necessidade de remoção da mulher ou RN, o hospital de referência é o Hospital Municipal do Campo Limpo Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha, serviço de saúde terciário mais próximo à Casa Angela.

Nas consultas de pré-natal, as mulheres recebem atendimento na Casa a partir da 28ª semana de gestação. Existem dois tipos de consultas pré-natais, a individual e a coletiva. São realizadas duas consultas individuais de uma hora de duração, uma no primeiro contato com a Casa, para que seja realizada a triagem dos exames e a anamnese, e a segunda, com 37 semanas de gestação, para que sejam esclarecidas as possíveis dúvidas individuais. Nas quatro consultas coletivas realizadas, as mulheres são agrupadas de acordo com a idade gestacional. Nessas consultas, essas mulheres recebem aconselhamentos sobre hábitos saudáveis, esclarecem dúvidas relacionadas à gestação, ao parto e aos cuidados com o bebê, além de serem realizados os exames clínico e obstétrico. A consulta coletiva tem mostrado bons resultados em relação à satisfação das mulheres, além de formar uma rede de apoio para elas. Apesar dos seus benefícios serem pouco estudados, as mulheres têm uma visão positiva em relação a essas consultas, além de não haver nenhuma contraindicação (Catling et al., 2015). Embora a Casa não disponha de dados publicados, após as consultas coletivas é realizado um levantamento em

relação à satisfação das mulheres com este tipo de atendimento e elas têm se mostrado muito satisfeitas com a forma como a consulta é conduzida, com as informações recebidas e com os temas abordados.

Além das consultas, a mulher também pode participar dos grupos de gestantes, que abrangem temas sobre o TP e parto, fases do TP, aspectos fisiológicos e patológicos da gestação, dor, movimentação corporal, respiração e vocalização durante o TP, papel do acompanhante, apoio, incentivo e orientações sobre o aleitamento materno, cuidados com o bebê, higiene do RN, hábitos e cuidados com o RN, aspectos clínicos e emocionais do pós-parto (Figura 1). A participação nas consultas, cursos e oficinas possibilita que a mulher tenha maior familiarização com o local e com os profissionais da Casa.

Figura 1 - Informativo dos cursos para gestantes e acompanhantes da Casa Angela, São Paulo, SP – 2017

A mulher é admitida em TP preferencialmente durante a fase ativa ou quando há rotura prematura de membranas ovulares. O parto acontece em quarto individual e durante o TP mantém-se o ambiente confortável em relação à luz, som e temperatura. Ela tem liberdade de caminhar e se alimentar e são oferecidos métodos não farmacológicos para alívio da dor, como massagens, o uso da bola, cavalinho, banho aspersão ou imersão e aromaterapia. A mulher pode escolher até dois acompanhantes para acompanharem o TP e parto. A mãe, o bebê e um

acompanhante podem permanecer juntos até a alta. Toda a assistência é dada por obstetrizes, enfermeiras obstetras e técnicas de enfermagem.

Durante os procedimentos para a alta, que ocorre 24 horas após o parto, é marcada a consulta de puerpério. A primeira consulta ocorre entre 48 horas e 7 dias após o nascimento para coleta do teste do pezinho; a segunda, entre 15 e 20 dias pós-parto e a última, entre 30 e 40 dias. Nestas consultas, são avaliados mãe e RN por meio de exame físico, esclarecidas dúvidas, realizado aconselhamento sobre os cuidados após o parto, aleitamento materno, cuidados com o RN e orientação sobre planejamento familiar. Além disso, a casa fica à disposição das mulheres para prestar atendimento em relação ao aleitamento materno, por demanda espontânea durante o puerpério.

3.3 POPULAÇÃO, AMOSTRA E FONTE DE DADOS

A população do estudo foi composta por todas as mulheres admitidas para o parto na Casa Angela de 1 de janeiro de 2016, quando a Casa passou a receber recursos financeiros do SUS, até 30 de junho de 2017. A amostra foi composta por todas as mulheres que tiveram o parto realizado na Casa Angela.

A fonte de dados foram os prontuários das mulheres e o livro registro de parto e de transferências da instituição.

3.3.1 Critérios de inclusão

- Mulheres com gestação de risco habitual que deram à luz na Casa Angela.

3.4 EXPOSIÇÃO E DESFECHOS

Como exposição, foram considerados: idade materna na data do parto, cor da pele, parto vaginal anterior, uso de ocitocina, compressa morna no períneo no segundo período do parto, duração do segundo período do parto, posição no segundo período do parto, parto na água, distocia de ombro, peso e perímetro cefálico do RN.

O desfecho primário foi a ocorrência de laceração perineal. O grau de laceração e o reparo perineal foram considerados como exposição para o desfecho complicações na cicatrização perineal.

Vale destacar que no período de estudo não ocorreu nenhum caso de episiotomia.

3.5 COLETA DE DADOS

A pesquisa foi apresentada aos profissionais da Casa Angela e a coleta de dados foi realizada por um grupo de cinco pesquisadoras, sendo duas obstetrizes e três estudantes de graduação em enfermagem, durante os meses de julho a dezembro de 2017.

Inicialmente, foram organizadas listas de mulheres que deram à luz na Casa Angela e de mulheres e RN que foram transferidos no período estudado (01/01/2016 a 30/06/2017), para acessar os prontuários.

Posteriormente, os dados foram obtidos dos prontuários das mulheres e RN, que ficam arquivados em caixas para arquivo morto de papelão 340x133x240 mm e guardados em armário próprio, por ordem alfabética e cronológica, por ano de ocorrência do parto.

Para a coleta de dados, foi utilizado o mesmo instrumento adotado pelo projeto intitulado “Resultados maternos e perinatais do atendimento ao parto em um centro de parto normal extra-hospitalar”, que está sendo desenvolvido no local do estudo (Apêndice A). As variáveis do presente estudo estão realçadas no instrumento de coleta de dados.

3.6 VARIÁVEIS

3.6.1 Dependentes

- Laceração perineal – sim ou não;
- Grau da laceração perineal:
 - Primeiro – lesão de pele, subcutâneo ou mucosa vulvo-vaginal;
 - Segundo – lesão do períneo envolvendo músculos perineais sem envolver o esfíncter anal;
 - Terceiro – lesão no períneo envolvendo o esfíncter anal;
 - Quarto – lesão no períneo envolvendo o esfíncter anal e epitélio anal;
- Reparo perineal – sim ou não;
- Complicações na região perineal após o parto – dor, edema, equimose, hematoma, deiscência, infecção e outras, até a segunda consulta pós-parto (10 a 15 dias após o parto).

3.6.2 Independentes

3.6.2.1 Para o desfecho perineal (períneo íntegro ou laceração perineal)

- Idade materna na data do parto – em anos;
- Cor da pele – autodeclarada como branca, parda, negra, amarela ou indígena;

- Número de partos vaginais anteriores;
- Uso de ocitocina durante o TP ou parto – sim ou não;
- Compressa morna no segundo período do parto – sim ou não;
- Duração do segundo período do parto – ≤ 1 hora, > 1 e ≤ 2 horas ou > 2 horas;
- Posição no segundo período do parto – cócoras, semi-sentada, sentada, quatro apoios, lateral, em pé, de joelhos, supina;
- Parto na água – sim ou não;
- Distocia de ombro – sim ou não;
- Peso do RN – em gramas (g);
- Perímetro cefálico do RN – em centímetros (cm).

3.6.2.2 Para o desfecho reparo perineal

- Grau de laceração perineal – conforme definição no **item 3.6.1**.

3.6.2.3 Para o desfecho complicações na região perineal após o parto

- Grau de laceração perineal;
- Reparo perineal – sim ou não

3.6.3 Outras

- Idade gestacional – em semanas completas, na data do parto;
- Naturalidade – regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul, Sudeste (exceto São Paulo), estado de São Paulo;
- Escolaridade – ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo ou médio incompleto, ensino médio completo ou superior incompleto, ensino superior completo;
- Religião – sim ou não;
- Situação conjugal – com ou sem união estável;
- Trabalho remunerado – sim ou não;
- Número de gestações – número;
- Cesariana anterior – sim ou não;
- Dilatação cervical na admissão – em cm;
- Aminotomia – sim ou não;
- Acompanhante no parto – sim ou não;
- Número de acompanhantes no parto;

- Apgar do RN do primeiro e quinto minutos;
- Local do parto – chuveiro, cama, banheira, banqueta, colchonete, puff, chão espaldar;
- Local da laceração perineal:
 - Região posterior do períneo: parede posterior da vagina, fúrcula, corpo perineal, região anal;
 - Parede vaginal anterior;
 - Peri-uretral: região vestibular, entre os lábios internos, incluindo o clitóris;
 - Lábios internos;
- Anestesia para o reparo perineal – sim ou não;
- Fio de sutura - catagute 0, catagute 2-0, catagute 3-0, catagute 4-0, Vicryl®;
- Técnica contínua de reparo perineal (sutura contínua em todos os planos teciduais, sem interrupção) – sim ou não;
- Uso e métodos naturais no cuidado perineal após o parto – arnica via oral, compressa de tintura de arnica, compressa de tintura de calêndula com ou sem gelo, compressa de chá de camomila com gelo; compressa de gelo;
- Uso e medicamentos após o parto – paracetamol, diclofenaco sódico, escopolamina, outros.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram armazenados em planilhas do Excel e posteriormente analisados pelo programa *Statistical Package for Social Sciences-SPSS*.

Para a análise descritiva das variáveis contínuas, foram calculados a média e o desvio-padrão (d.p.). Para as variáveis categóricas, foram calculadas as frequências absoluta e relativa.

Para associar as variáveis categóricas com os desfechos perineais (períneo íntegro ou laceração perineal), foram utilizados o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher. Para as variáveis contínuas, foi utilizada a análise de variância (ANOVA) ou o teste de Kruskal-Wallis.

Na análise da relação entre as complicações perineais após o parto, o reparo perineal e o grau de laceração foi calculado o *odds ratio* (OR) e o respectivo intervalo de confiança de 95% (95%IC).

As variáveis cujo teste apresentou valor-p menor do que 20% ($p < 0,20$) foram inseridas em um modelo de regressão logística binária (integridade perineal e laceração) ou ordinal (grau da laceração perineal).

Todos os testes foram realizados de forma bicaudal e o erro tipo I adotado foi de 5% (valor- $p = 0,05$).

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi autorizado pela Comissão Científica da Casa Angela mediante Termo de Ciência de Interesse de Projeto (Anexo 1) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CAAE: 66506117.4.0000.5392) (Anexo 2).

4 RESULTADOS

Durante 18 meses, de janeiro de 2016 a junho de 2017, 467 mulheres foram internadas em TP na Casa Angela. Destas, 52 (11,1%) foram transferidas intra-parto para o hospital. Portanto, a amostra final do estudo foi de 415 mulheres.

A seguir, são apresentados os resultados de acordo com os itens: **4.1 Caracterização materna, neonatal e assistencial; 4.2 Períneo: desfechos e cuidados no parto e pós-parto; 4.3 Análise múltipla do desfecho perineal no parto.**

4.1 CARACTERIZAÇÃO MATERNA, NEONATAL E ASSISTENCIAL

A média de idade das mulheres era 27,8 anos (d.p.=5,3), com predomínio da faixa etária de 20 a 30 anos (58,6%). A maioria era natural do Estado de São Paulo (75,6%), se autodeclararam com a cor de pele branca (62,9%), tinham ensino superior (49,6%) ou médio (44,6%) completos e pouco mais da metade tinha alguma religião (51,1%). Além disso, a maioria tinha união estável (72,0%) e exercia trabalho remunerado (65,6%) (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição das mulheres segundo as características sociodemográficas, São Paulo, SP – 2016-2017

Variável	n	% ou média (d.p.)
Idade (anos)	415	27,8 (5,3)
< 20	20	4,8
20 -- 25	101	24,3
25 -- 30	142	34,3
30 -- 35	94	22,6
35 -- 40	56	13,5
≥40	2	0,5
Naturalidade	400	
Estado de São Paulo	302	75,6
Região Nordeste	38	9,5
Região Sul	19	4,8
Região Sudeste -exceto SP	19	4,8
Região Centro-Oeste	9	2,3
Região Norte	7	1,8
Estrangeira	6	1,5
Cor da pele	396	
Branca	249	62,9
Parda	85	21,5
Negra	43	10,9
Amarela	18	4,5
Indígena	1	0,3
Escolaridade	413	
Ensino superior completo	205	49,6
Ensino médio completo	184	44,6
Ensino fundamental completo	14	3,4
Ensino fundamental incompleto	10	2,4
Religião	415	
Sim	212	51,1
Não	203	48,9
Situação conjugal	411	
Com união estável	296	72,0
Sem união estável	115	28,0
Trabalho remunerado	410	
Sim	269	65,6
Não	141	34,4

Fonte: a pesquisadora

Em relação aos dados obstétricos, a maioria das mulheres era primigesta (64,6%), com média de 1,5 gestações por mulher (d.p.=0,7); das que tiveram três gestações ou mais (10,1%), apenas 3 (2,6%) tinham cesariana anterior. A média de partos vaginais anteriores foi 1,2 (d.p.=0,6) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das mulheres segundo as características clínicas e obstétricas, São Paulo, SP – 2016-2017

Variável	N	% ou média (d.p.)
Número de gestações	415	1,5 (0,7)
Uma	268	64,6
Duas	105	25,3
Três ou mais	42	10,1
Número de partos vaginais anteriores	115	1,2 (0,6)
Um	97	84,3
Dois	12	10,4
Três ou mais	6	5,2
Cesariana anterior	115	
Não	112	97,4
Sim	3	2,6

Fonte: a pesquisadora

A idade gestacional em que as mulheres foram admitidas em TP variou de 37 a 41 semanas, com média de 39,2 semanas (d.p.=1,1). A média de dilatação do colo uterino na admissão foi 5,6 cm (d.p.=2,4), porém em 36 casos o toque vaginal não foi realizado na admissão e em 4 casos não havia esta informação em prontuário (dados não mostrados na tabela). Intervenções como amniotomia e administração de ocitocina foram usadas excepcionalmente, ocorrendo em 6,5% e 6,3% dos casos, respectivamente. A presença de acompanhante durante o TP e parto foi elevada (99,5%), sendo a média 1,6 (d.p. = 0,6). O período expulsivo, na maioria das vezes, durou até 1h (76,9%). Quanto à posição no parto, quase um terço das mulheres pariu na posição semi-sentada (30,8%), seguida das posições de cócoras (19,9%), sentada (18,2%) e quatro apoios (16,9%). O parto na água (banheira) aconteceu 32,4% dos casos (Tabela 3). Entretanto, os partos ocorreram em diversos lugares do quarto, sendo eles a cama de parto (28,5%), o colchonete ou lençol sobre o piso (19,6%), a banqueta de parto (15,2%), o chuveiro (3,4%), entre outros.

Tabela 3 - Distribuição das mulheres segundo as características da assistência ao TP e parto, São Paulo, SP – 2016-2017

Variável	n	% ou média (d.p.)
Idade gestacional (semanas)	415	39,2 (1,1)
Dilatação cervical (cm)	375	5,6 (2,4)
Aminotomia	415	
Sim	27	6,5
Não	388	93,5
Ocitocina no TP ou parto	415	
Sim	26	6,3
Não	389	93,7
Acompanhante no parto	414	1,6 (0,6)
Sim	412	99,5
Não	2	0,5
Duração do período expulsivo (horas)	415	
≤ 1	319	76,9
> 1 ≤ 2	72	17,3
> 2	24	5,8
Posição materna no parto	413	
Semi-sentada	127	30,8
Cócoras	82	19,9
Sentada	75	18,2
Quatro apoios	70	16,9
Lateral	39	9,4
Em pé	13	3,1
De joelhos	6	1,5
Supina	1	0,2
Parto na água	415	
Sim	134	32,3
Não	281	67,7

Fonte: a pesquisadora

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

Tabela 4 - Distribuição das mulheres segundo as variáveis neonatais, São Paulo, SP – 2016-2017

Variável	n	% ou média (d.p.)
Distocia de ombro	415	
Sim	1	0,2
Não	414	99,8
Apgar no primeiro minuto	415	
< 7	14	3,4
≥ 7	401	96,6
Peso (gramas)	415	3.240,1 (372,0)
Perímetro cefálico (cm)	415	34,3 (1,3)

Fonte: a pesquisadora

4.2 PERÍNEO: DESFECHOS E CUIDADOS NO PARTO E PÓS-PARTO

Em relação aos desfechos perineais no parto, o períneo manteve-se íntegro em 11,8% das mulheres, 88,2% apresentaram lacerações de primeiro ou segundo grau e não houve nenhum caso de laceração de terceiro ou quarto grau. Dentre as mulheres com lacerações, a prevalência foi de primeiro grau (70,2%). Das lacerações de primeiro grau, a maioria estava localizada nos lábios internos (37,5%) e na região posterior do períneo (fúrcula, corpo perineal ou parede vaginal posterior) (36,2%). Nos casos de laceração múltipla, foi considerada unicamente a laceração de maior grau. (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição das mulheres segundo os desfechos perineais, São Paulo, SP – 2016-2017

Variável	n	%
Desfecho perineal	415	
Laceração de 1º grau	257	61,9
Laceração de 2º grau	109	26,3
Períneo íntegro	49	11,8
Laceração perineal	366	
1º grau	257	70,2
2º grau	109	29,8
Local das lacerações de 1º grau	448*	
Lábios internos	168	37,5
Região posterior do períneo	162	36,2
Peri-uretral	75	16,7
Parede vaginal anterior	43	9,6

*Lacerações em um ou mais locais

Fonte: a pesquisadora

O uso de compressa morna no períneo durante o período expulsivo do parto ocorreu em apenas 4,6% dos casos. O reparo das lacerações perineais foi realizado em 32,3% dos partos, ou seja, a maioria das mulheres (67,8%) não teve o períneo reparado por meio de sutura. Em todos os reparos perineais foi administrada anestesia local com lidocaína 1% (dado não mostrado na tabela). O tipo de fio mais utilizado foi o categute 0 ou 2-0 (75,6%) e o Vycril® foi utilizado em apenas 5,5% das suturas. Foi empregada a técnica contínua de reparo perineal em 46,8%. Em 23 partos, a técnica de reparo da laceração não estava descrita no prontuário e em 1 caso houve transferência materna por laceração cervical e a sutura foi realizada no hospital (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição das mulheres segundo os cuidados perineais no parto, São Paulo, SP – 2016-2017

Variável	n	%
Compressa morna no período expulsivo	415	
Sim	19	4,6
Não	396	95,4
Reparo perineal	366	
Sim	118	32,3
Não	248	67,8
Fio de sutura	164*	
Categute 0	58	35,4
Categute 2-0	66	40,2
Categute 3-0	11	6,7
Categute 4-0 ou 5-0	20	12,2
Vycril®	9	5,5
Técnica contínua de reparo perineal	94	
Sim	44	46,8
Não	50	53,2

*Um ou mais tipos de fio em cada reparo

Fonte: a pesquisadora

Os métodos naturais no cuidado perineal após o parto foram usados em 51,8% das mulheres, a aplicação local de gelo foi utilizada em mais de metade das mulheres (53,8%), seguido da compressa de calêndula com ou sem gelo (36,6%). Já os medicamentos para dor após o parto foram usados por 24,1% das mulheres. Dentre os medicamentos, o antiespasmódico escopolamina foi aquele usado com mais frequência (48,6%), seguido do anti-inflamatório diclofenaco sódico (37,6%) (Tabela 7).

A prevalência de complicações na região perineal após o parto foi de 45,3%, sendo o edema a mais comum, o qual ocorreu em 53,3% das mulheres com alguma complicação,

seguida da dor (29,4%). Complicações como deiscência, hematoma, hiperemia, fibrose da cicatriz, entre outras, ocorreram excepcionalmente, e não houve casos confirmados de infecção (dados não mostrados na tabela) (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das mulheres segundo os cuidados e complicações perineais após o parto e complicações, São Paulo, SP – 2016-2017

Variável	n	%
Métodos naturais no cuidado perineal	415	
Sim	215	51,8
Não	200	48,2
Métodos naturais usados	259*	
Compressa de gelo	139	53,8
Compressa de calêndula com gelo	48	18,5
Compressa de calêndula sem gelo	47	18,1
Compressa de camomila com gelo	20	7,7
Compressa de arnica	5 [†]	1,9
Medicamentos após o parto	415	
Sim	100	24,1
Não	315	75,9
Medicamentos usados	109‡	
Escopolamina	53	48,6
Diclofenaco sódico	41	37,6
Paracetamol	15	13,8
Complicações na região perineal após o parto	415	
Sim	188	45,3
Não	227	54,7
Complicação	269§	
Edema	144	53,6
Dor	79	29,4
Equimose	23	8,5
Outras complicações	23	8,5

*Um ou mais métodos usados em cada mulher; [†]Inclui uma mulher que usou arnica via oral; [‡]Um ou mais medicamentos usados por cada mulher; [§]Uma ou mais complicações em cada mulher

Fonte: a pesquisadora

A Tabela 8 mostra a relação entre a integridade e o grau de laceração perineal com as variáveis maternas, neonatais e assistenciais. A variável distocia de ombro não foi analisada porque ocorreu uma única vez. A variável que se associou aos referidos desfechos perineais foi a duração do período expulsivo do parto, a integridade perineal foi mais frequente quando a duração do segundo período do parto foi de até 1 hora e a laceração de segundo grau foi mais frequente quando esse período superou as 2 horas ($p<0,001$). Apesar de não significativa a posição vertical (em pé, de joelhos e cócoras) apresentou menor frequência de períneo íntegro (6,9%) e maior taxa de laceração de segundo grau (38,6%).

Tabela 8 - Distribuição das mulheres segundo o desfecho perineal e as características maternas, neonatais e assistenciais, São Paulo, SP – 2016-2017

Variável	Desfecho perineal						Valor-p
	Íntegro		Laceração de 1º grau		Laceração de 2º grau		
	n	% ou Média (d.p.)	N	% ou Média (d.p.)	n	% ou Média (d.p.)	
Idade (anos)	49	27,5 (5,6)	257	27,6 (5,3)	109	28,7 (5,2)	0,190*
Cor da pele							
Branca	34	13,7	149	59,8	66	26,5	0,222†
Parda	10	11,8	57	67,1	18	21,2	
Negra	1	2,3	26	60,4	16	37,2	
Amarela ou indígena	1	5,3	11	57,9	7	36,8	
Nº partos vaginais anteriores	30	1,3 (0,7)	69	1,2 (0,6)	16	1,0 (0,0)	0,173‡
Uso de ocitocina							
Sim	3	11,5	17	65,4	6	23,1	0,955†
Não	46	11,8	240	61,7	103	26,5	
Compressa morna no período expulsivo							
Sim	1	5,3	12	63,1	6	31,6	0,691†
Não	48	12,1	245	61,9	103	26,0	

(continua)

(continuação)

Variável	Desfecho perineal						Valor-p
	Íntegro		Laceração de 1º grau		Laceração de 2º grau		
	n	% ou Média (d.p.)	n	% ou Média (d.p.)	n	% ou Média (d.p.)	
Duração do período expulsivo (horas)							
≤ 1	48	15,0	197	61,8	74	23,2	<0,001†
> 1 a ≤ 2	1	1,4	47	65,3	24	33,3	
> 2	-	-	13	54,2	11	45,8	
Posição materna no parto							
Vertical (em pé, de joelhos e cócoras)	7	6,9	55	54,5	39	38,6	0,052§
Semi-sentada	15	11,8	84	66,2	28	22,0	
Sentada	9	12,0	46	61,3	20	26,7	
Quatro apoios	11	15,7	42	60,0	17	24,3	
Lateral	7	17,9	27	69,3	5	12,8	
Parto na água							
Sim	21	15,7	82	61,2	31	23,1	0,196†
Não	28	10,0	175	62,2	78	27,8	
Peso do RN (gramas)	49	3204,0 (399,7)	257	3235,7 (373,4)	109	3266,7 (357,3)	0,591*
Perímetro cefálico do RN (cm)	49	34,1 (1,2)	257	34,3 (1,3)	109	34,4 (1,1)	0,439*

*ANOVA; [†]Teste exato de Fisher; [‡]Teste Kruskal-Wallis; [§]Teste qui-quadrado

Fonte: A pesquisadora

A Figura 2 ilustra a relação entre o desfecho perineal e a duração do período expulsivo do parto. A Figura 3 mostra a relação entre a integridade perineal e laceração de primeiro e segundo graus e a posição materna no parto.

Figura 2 - Relação entre o desfecho perineal e a duração do período expulsivo, São Paulo, SP – 2016-2017

Fonte: A pesquisadora

Figura 3 - Relação entre o desfecho perineal e a posição materna no parto, São Paulo, SP – 2016-2017

Fonte: A pesquisadora

A maioria das lacerações de primeiro grau não foram suturadas (84,0%). O contrário aconteceu com as lacerações de segundo grau, em que a maioria foi suturada (70,6%). Houve diferença estatisticamente significativa entre o grau de laceração e a realização ou não da sutura ($p < 0,001$) (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição das mulheres segundo o grau da laceração e a realização do reparo perineal. São Paulo, SP - 2016-2017

Reparo perineal	Laceração de 1º grau		Laceração de 2º grau		Valor-p*
	n	%	N	%	
Sim	41	16,0	77	70,6	<0,001
Não	216	84,0	32	29,4	
Total	257	100	109	100	

*Teste qui-quadrado

Fonte: A pesquisadora

Mais da metade das lacerações de primeiro grau quando suturadas tiveram complicações (58,5%) e a maioria das lacerações de segundo grau suturadas também apresentaram complicações (70,1%). Resultando em diferença significativa ($p < 0,001$) quando relacionadas, mais mulheres apresentaram complicações no processo de cicatrização quando o reparo foi realizado, as quais, tiveram 2,5 vezes mais chances de complicações em relação as que não sofreram o reparo perineal (Tabela 10).

A dor esteve mais frequente nas mulheres com lacerações de primeiro ou segundo grau que foram suturadas em relação às lacerações em que não houve reparo (laceração de primeiro grau com sutura: 24,4% vs sem sutura: 16,7%; laceração de segundo grau com sutura: 36,4% vs sem sutura: 15,6%), com diferença significativa ($p = 0,029$) (Tabela 11). A ocorrência de edema também foi maior quando as lacerações de primeiro ou segundo grau foram suturadas ($p = 0,002$) (Tabela 12). Quanto às outras complicações como equimose, deiscência ou casos confirmados de infecção, não houve diferença estatisticamente significativa. De todas as mulheres, houve apenas um caso de hematoma e nenhum caso de infecção (dados não constam na tabela).

Tabela 10 - Distribuição das mulheres segundo a complicação perineal após o parto, reparo e grau de laceração. São Paulo, SP – 2016-2017

Complicação	Reparo perineal				Total	OR	95%IC
	Sim		Não				
	Laceração		Laceração				
	1º grau	2º grau	1º grau	2º grau			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
Sim	24 (58,5)	54 (70,1)	90 (41,7)	12 (37,5)	180 (49,2)	2,5	1,5-4,3
Não	17 (41,5)	23 (29,9)	126 (58,3)	20 (62,5)	186 (50,8)		
Valor-p*	<0,001				366 (100)		

*Teste qui-quadrado

Fonte: A pesquisadora

Tabela 11 - Distribuição das mulheres segundo a dor perineal após o parto, reparo e grau de laceração perineal. São Paulo, SP - 2016-2017

Dor	Reparo perineal				Total	OR	95%IC
	Sim		Não				
	Laceração		Laceração				
	1º grau	2º grau	1º grau	2º grau			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
Sim	10 (24,4)	28 (36,4)	36 (16,7)	5 (15,6)	79 (21,6)	2,1	1,1-3,9
Não	31 (75,6)	49 (63,6)	180 (83,3)	27 (84,4)	287 (78,4)		
Valor-p*	0,029				366 (100)		

*Teste qui-quadrado

Fonte: A pesquisadora

Tabela 12 - Distribuição das mulheres segundo o edema perineal após o parto, reparo e grau de laceração perineal. São Paulo, SP - 2016-2017

Edema	Reparo perineal				Total	OR	95%IC
	Sim		Não				
	Laceração		Laceração				
	1º grau	2º grau	1º grau	2º grau			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
Sim	21 (51,2)	40 (51,9)	68 (31,5)	8 (25,0)	137 (37,4)	2,4	1,4-4,2
Não	20 (48,8)	37 (48,1)	148 (68,5)	24 (75,0)	229 (62,6)		
Valor-p*	0,002				366 (100)		

*Teste qui-quadrado

Fonte: A pesquisadora

4.3 ANÁLISE MÚLTIPLA DO DESFECHO PERINEAL NO PARTO

Na análise múltipla do desfecho perineal primário (ocorrência ou não de laceração perineal) e do grau da laceração perineal, foram incluídas no modelo inicial todas as variáveis com valor-p <0,20 na análise bivariada: idade materna, número de partos vaginais anteriores, duração do período expulsivo do parto, posição materna no período expulsivo, parto na água.

Quanto à idade materna, cada ano aumenta em 4% a chance de ocorrer laceração perineal. Em relação à duração do período expulsivo do parto, quando esta foi superior a 2 horas tiveram, as mulheres tiveram 2,8 vezes mais chance de terem laceração perineal. Em ambas as situações aumentaram não apenas a chance de ocorrerem lacerações, mas também a chance de estas serem de segundo grau (Tabela 13).

Por sua vez, o parto vaginal é fator protetor para laceração perineal, pois cada parto vaginal anterior diminui em 56% a chance de laceração perineal. Em relação à posição no período expulsivo, as mulheres que deram à luz em posições não verticalizadas tiveram menos chance de ter laceração perineal do que aquelas que deram à luz nas posições de cócoras, em pé ou de joelhos. Na posição lateral, a chance de ter laceração foi 67% menor, na posição de quatro apoios foi 56% menor e nas posições sentada e semi-sentada foi 51% menor (Tabela 13). Em todas as situações acima diminuiu não apenas a chance de ocorrerem lacerações, mas também de estas serem de segundo grau.

Tabela 13 - Modelo inicial e final da análise multivariada da relação entre ocorrência e grau de laceração e as variáveis maternas e assistenciais, São Paulo, SP – 2016-2017

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

*Teste de Wald

Fonte: a pesquisadora

5 DISCUSSÃO

As características sociodemográficas, clínicas e obstétricas podem estar associadas à ocorrência e ao grau das lacerações perineais (Aasheim et al., 2011). Com base na literatura, as variáveis idade materna, cor da pele, número de partos vaginais anteriores, peso e perímetro cefálico do RN foram selecionadas para análise dos desfechos perineais em partos ocorridos na Casa Angela.

Quanto à idade materna, o estudo de Omih e Lindow (2016) observou que o aumento da idade esteve associado a lacerações perineais de segundo grau, assim como os estudos de Laganà et al. (2015), Suto et al. (2015) e Wu et al. (2013). No presente estudo, a idade materna esteve associada à laceração perineal (OR=1,04 95% IC 1-1,08), sendo que cada ano aumentou em 4% a chance de ocorrer laceração perineal.

A multiparidade também é apresentada em grande maioria dos estudos como fator protetor para lacerações perineais e maior incidência de períneo íntegro (Simic et al., 2017; Hauck et al., 2015; Smith et al., 2013; Silva et al., 2012; Aasheim et al., 2011; Riesco et al., 2010). A população deste estudo foi majoritariamente de primigestas (64,6%), porém após análise múltipla, foi possível observar que a chance de laceração perineal diminuiu em 56% para cada parto vaginal anterior.

Em relação às demais características maternas e neonatais analisadas (cor da pele, peso e perímetro cefálico do RN), embora não mostrem associação com os desfechos perineais na população estudada, são citadas na literatura.

O Brasil é um país com grande diversidade étnica e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE classifica sua população com base em cinco variações de cor da pele: brancos, negros, pardos, amarelos e indígenas. As mulheres da amostra deste estudo foram identificadas pela cor da pele autodeclarada.

Estudos identificaram associação estatisticamente significativa entre a etnia asiática e maior ocorrência de lacerações perineais (Garreto et al., 2016; Aasheim et al., 2011). No presente estudo, entre as mulheres amarelas, indígenas e negras foi menor a ocorrência de períneo íntegro (5,3% e 2,3%, respectivamente) e maiores taxas de lacerações de segundo grau (36,8% e 37,2%, respectivamente) do que entre as mulheres brancas, porém esse resultado não foi estatisticamente significativo.

Segundo diversos estudos, as características do RN, como peso maior do que 4.000g e maior perímetro cefálico, também podem estar associadas à ocorrência de laceração perineal e

realização de episiotomia (Silva et al., 2012; Aasheim et al., 2011; Riesco et al., 2010). Diferentemente, no presente estudo essa associação não foi observada. Vale considerar que as mulheres admitidas para o parto na Casa Angela são de risco habitual, em que ocorrem menos casos de macrosomia fetal (a média do peso dos RN foi de 3.240,1g, d.p.=372).

No que diz respeito à assistência ao TP e parto, diversos fatores também podem estar associados à ocorrência e ao grau das lacerações perineais. O local onde o parto acontece e os profissionais que prestam assistência à mulher durante este processo influenciam como este processo acontece.

As características da assistência ao TP e parto analisadas como exposição (variáveis independentes) em relação à ocorrência de lacerações perineais foram o uso de compressa morna no período expulsivo do parto, o uso de ocitocina, a duração do período expulsivo, a posição materna no parto e o parto na água. Conforme referido no capítulo dos **Resultados**, a distocia de ombro ocorreu em um único caso e não foi analisada.

O período expulsivo prolongado está claramente exposto na literatura como fator associado à ocorrência de lacerações perineais. É descrito que quanto mais prolongado o período expulsivo, maior a chance de lacerações espontâneas graves; na ocorrência do parto instrumental, este risco aumenta (Simic et al., 2017; Hauck et al., 2015). Smith et al. (2013), em estudo observacional, mostraram que a duração maior do segundo estágio do parto esteve associada a um aumento de 40% na ocorrência de lacerações graves, com acometimento do esfíncter anal. Rouse et al. (2009) afirmam ainda que este risco aumenta a cada hora adicional de período expulsivo.

No presente estudo, os resultados em relação ao efeito da duração do período expulsivo no desfecho perineal estão de acordo com as evidências mencionadas. A taxa de períneo íntegro diminuiu quando o tempo do período expulsivo aumentou, sendo de 15% em expulsivos de até 1 hora, 1,4% quando o tempo foi de 1 a 2 horas e não houve mulheres com períneo íntegro em partos com período expulsivo acima de 2 horas.

O mesmo aconteceu com as lacerações de primeiro e segundo graus: quanto maior o tempo de período expulsivo mais frequente foi a ocorrência de lacerações perineais e de maior grau. Em expulsivos de até 1 hora, a laceração de segundo grau ocorreu em 23,2% das mulheres, enquanto a porcentagem deste tipo de laceração em expulsivos com tempo maior que 2 horas foi de 45,8%. Quando a duração do período expulsivo foi superior a 2 horas, as mulheres tiveram, em média, 2,7 vezes mais chances de ocorrência de laceração e de a mesma ser de maior grau.

Vale destacar que no local de estudo, as mulheres têm liberdade para adotar diversas posições durante o parto. Grande parte das mulheres escolheram dar à luz na posição semi-sentada (30,8%), o que pode estar relacionado ao número de mulheres (32,4%) que escolheram ter o parto em banho de imersão, visto que a banheira do local é pequena, impossibilitando maior variedade de posições. Ainda assim, houve diversidade nas posições e locais escolhidos para o parto, sendo elas: cócoras, sentada, quatro apoios, lateral, em pé e de joelhos. Apenas uma mulher da população de estudo teve o parto em posição supina.

A posição supina pode estar associada a anormalidades no BCF, maiores taxas de episiotomia e menores taxas de parto vaginal espontâneo. A posição vertical, por sua vez, pode diminuir as taxas de episiotomia, o tempo de período expulsivo e a ocorrência de parto instrumental. Contudo, quando a mulher adota esta posição durante o período expulsivo, pode haver um aumento de lacerações de segundo grau, sem influência comprovada na ocorrência de lacerações mais graves, de terceiro e quarto graus (Gupta et al., 2017; Serati et al., 2016; Kopas et al., 2014; Silva et al., 2012).

Quando comparadas as posições de cócoras e lateral, a primeira está associada a maiores taxas de lacerações perineais com necessidade de sutura, enquanto a posição lateral pode aumentar as taxas de integridade perineal (Shorten, 2002). Estudo de Schirmer et al. (2011) mostrou que quando o parto aconteceu na posição lateral, em comparação com a posição vertical, houve menores taxas de episiotomia (16,0% vs 35,1%), laceração de lábios vulvares (37,0% vs 19,5%) e edema vulvar (13,6% vs 29,9%); além disso, entre os partos em posição vertical, houve mais taxas de lacerações de segundo grau.

Estudo realizado na China, que estudou 1.400 mulheres em relação aos desfechos maternos e neonatais na posição de quatro apoios e posição supina, constatou que na posição de quatro apoios foi possível observar maiores taxas de períneo íntegro e de lacerações de primeiro grau e diminuição nas taxas de episiotomia. Não houve diferença significativa em relação às lacerações de segundo grau (Zhang et al., 2017).

No presente estudo, houve maior proporção de laceração perineal de segundo grau entre as mulheres que deram à luz na posição vertical, que inclui as posições em pé, de joelhos e cócoras, sendo que 38,6% das mulheres sofreram este tipo de laceração, além disso, a taxa de períneo íntegro foi menor quando comparada as outras posições, sendo ela de 6,9%, assim como demonstrado nos estudos de Gupta et al. (2017), Serati et al. (2016), Kopas et al. (2014) e Silva et al. (2012).

Houve maior taxa de períneo íntegro nas posições lateral (17,9%) e quatro apoios (15,7%). Além disso, a análise múltipla mostra essas duas posições como fator protetor para

lacerações perineais, diminuindo a chance em 67% e 56% respectivamente, reafirmando o resultado do estudo de Zhang et al. (2017). As posições semi-sentada e sentada também diminuíram a chance de laceração perineal em 52% e 51% nesta ordem, quando comparadas a posição vertical. Em todas as situações acima, diminuiu não apenas a chance de ocorrerem lacerações, mas também de estas serem de segundo grau.

A literatura mostra que algumas práticas podem auxiliar na redução de lacerações perineais, como a massagem perineal durante o pré-natal e a compressa morna no momento do parto (Beckmann, Stock, 2013; Dahlen et al., 2009; Albers et al., 2005). Na coleta dos prontuários, foi possível identificar apenas o uso da compressa morna durante o período expulsivo. Ainda assim, em alguns casos, o uso deste método pode não ter sido mencionado; logo, a compressa morna foi utilizada em apenas 4,6% dos casos e, quando relacionada com ocorrência e o grau da laceração perineal, não houve diferença significativa.

A administração endovenosa de ocitocina durante o TP não é uma prática usual na Casa Angela e foi utilizada em apenas 6,3% das mulheres, no primeiro ou segundo período do parto. Estudo de Silva et al. (2012), que levantou dados a respeito deste tipo de intervenção em um CPNp, identificou a ocitocina como fator de risco para qualquer tipo de trauma perineal; o uso de ocitocina esteve, na maioria das vezes, associado à episiotomia e a não administração esteve relacionada a lacerações de primeiro grau. Além de administrada excepcionalmente nos partos do presente estudo, seu uso não esteve associado com o desfecho perineal.

Há indícios de que o banho de imersão tem influência sobre os desfechos perineais, uma vez que pode reduzir o risco de lacerações espontâneas e aumentar as taxas de períneo íntegro. Além disso, quando a mulher está imersa em água é impossível a realização de episiotomia (Lewis et al., 2018; Nutter et al., 2014; Mistrangelo et al., 2007; Bodner et al., 2002). Por outro lado, revisão sistemática de Cluett e Burn (2009) não demonstrou diferença significativa em relação aos desfechos perineais no parto na água.

Os partos deste estudo aconteceram em 32,4% das vezes com a mulher em banho de imersão e, quando relacionados à ocorrência e grau de laceração perineal, a frequência de lacerações de primeiro e segundo graus foi menor (61,2% e 23,1%) e a taxa de períneo íntegro aumentou (15,7%), porém não houve diferença significativa para indicar que o parto na água diminui a chance de lacerações mais graves e aumenta a chance de períneo íntegro.

O modelo de assistência à mulher durante a gestação e, principalmente, durante o parto, produz um impacto no desfecho perineal. O cuidado contínuo de enfermeiras obstetras e obstetrias que acontece em CPN favorece uma diminuição considerável nas taxas de episiotomia, pois favorece que o processo aconteça de maneira natural, com uso criterioso de

intervenções e melhores desfechos maternos e neonatais (Birthplace in England Collaborative Group et al., 2011; Hatem et al., 2008).

Revisão sistemática de Sandall et al. (2016) que incluiu 15 estudos, totalizando 17.674 mulheres, comparou o modelo de cuidado contínuo de parteiras (enfermeiras obstetras e obstetrizas) com outros modelos de cuidado e concluiu que, quando a assistência é realizada pelo modelo contínuo de atenção de parteiras, há menor chance de intervenções, como a realização de episiotomia (RR=0,84; 95%IC=0,77-0,92).

A revisão integrativa de Alliman e Phillippi (2016), que revisou estudos em relação aos desfechos maternos em centros de partos desde 1980, mostra que ao longo dos anos houve uma diminuição nas taxas de episiotomia, tanto nos CPN como em ambientes hospitalares. Nos estudos comparados, houve taxas significativamente menores de episiotomia nos grupos de mulheres cujo parto aconteceu em CPN, quando comparadas ao grupo dos partos que ocorreram em hospitais. As taxas de períneo íntegro também foram significativamente maiores, variando de 25% a 61,3%.

Estudo realizado por Riesco et al. (2011), com uma amostra de 6.365 partos, realizado em CPNi, no município de Itapeverica da Serra, São Paulo, mostrou que 25,9% das mulheres foram submetidas a episiotomia, 28,6% tiveram a integridade perineal preservada e 45,5% tiveram laceração espontânea. Schneck et al. (2012), por sua vez, comparou 1.316 mulheres que deram à luz em CPNi e no hospital e mostrou que a maior proporção de mulheres com episiotomia pariu no hospital (32,9%) em comparação com o CPNi (25,7%).

Silva et al. (2013) estudaram 1.079 mulheres que tiveram o parto assistido no CPNp Casa de Parto de Sapopemba, em São Paulo. O estudo mostrou que 43,7% das mulheres mantiveram a integridade perineal e quase 32% apresentaram lacerações de primeiro grau. As lacerações de segundo grau ocorreram em 10,3% dos partos e a episiotomia foi realizada em apenas 4,3% das multíparas e 25,8% das nulíparas. Resultado similar foi obtido no estudo de Pereira et al. (2013), que levantaram dados em um CPNp na cidade do Rio de Janeiro, mostrando que a maioria das mulheres (63%) teve ocorrência de laceração de primeiro grau, seguidas dos casos de períneo íntegro (21,2%) e de laceração de segundo grau (12,4%). A episiotomia foi realizada em 2,4% das mulheres e não houve lacerações de terceiro ou quarto graus.

Os referidos estudos foram realizados e acontecidos em locais diferentes, porém todos mostram que há melhores desfechos perineais, com maiores taxas de períneo íntegro ou lacerações de primeiro grau e menores proporções de episiotomia, em ambientes de CPN, sejam

eles intra ou peri-hospitalares. Vale destacar que nestes ambientes os profissionais que prestam assistência ao TP e parto, em sua maioria, são enfermeiras obstetras e obstetrizes.

No presente estudo, predominaram as lacerações de primeiro grau, com proporção de 61,9% das mulheres. Essa taxa é maior, comparada ao estudo de Silva et al. (2013), e semelhante ao estudo de Pereira et al. (2013). As lacerações de segundo grau mostraram prevalência menor (26,3%) que as de primeiro grau, nesta pesquisa, porém, em relação aos estudos já mencionados, a proporção deste tipo de laceração foi um pouco menor. Por sua vez, não houve lacerações perineais graves, de terceiro ou quarto graus.

Foi considerada como laceração perineal de primeiro grau, neste estudo, qualquer solução de continuidade na mucosa ou pele. A integridade perineal foi considerada apenas quando no prontuário não constava nenhuma anotação sobre a ocorrência de laceração perineal. As lacerações mínimas, mesmo quando denominadas “escoriação” pelas profissionais, foram consideradas lacerações de primeiro grau. Portanto, a taxa de períneo íntegro foi de apenas 11,8%, menor do que as mostradas no estudo de Riesco et al. (2011) (28,6%), Silva et al. (2013) (43,7%) e Pereira et al. (2013) (21,2%) e também na revisão integrativa de Alliman e Phillippi (2016), que mostrou uma variação de 25% a 61,3% na integridade perineal. Mais da metade das mulheres sofreram lacerações perineais de primeiro grau sem necessidade de sutura (59%), as quais algumas podem ter sido lacerações mínimas, que em outros locais ou estudos podem ter sido consideradas como períneo íntegro.

A multiparidade, como discutido anteriormente, também é um fator que contribui para a integridade perineal. A população do presente estudo foi formada majoritariamente por mulheres primigestas (64,6%), o que também pode ter diminuído as taxas de períneo íntegro, à semelhança das taxas descritas por Smith et al. (2013) de 9,6% em nulíparas e de 31,2% em múltiparas.

Os estudos sobre os desfechos maternos no CPN mostram, apesar de em pequena proporção, a ocorrência de episiotomia. Porém, durante todo período de estudos nesta pesquisa não houve nenhum parto com episiotomia. Isso se deve ao ambiente favorável à assistência ao parto menos intervencionista e aos profissionais que prestam assistência em CPN (Gemma, 2016; Sandall et al., 2016; Birthplace in England Collaborative Group et al., 2011).

Como mostrado em estudos anteriores, a taxa de episiotomia diminui quando as mulheres são admitidas na fase ativa do TP, são colocadas em posições diferentes da supina e não são realizadas intervenções, como uso de ocitocina (Silva et al., 2012; Lobo et al., 2010; Grupta, Hofmeyr, 2004). O banho de imersão e a técnica de “hands off” também aparecem na literatura como fatores protetores contra a episiotomia (Nutter et al., 2014; Aasheim et al. 2011;

Mistrangelo et al., 2007; Bodner et al., 2002). Informações a respeito das técnicas “hands on” e “hands off” não foram obtidas, pois não constam nos prontuários.

Na ocorrência de lacerações de primeiro e segundo graus, a recomendação do MS e do NICE é de que todas essas lacerações sejam suturadas, a fim de uma melhor cicatrização. Nas lacerações de segundo grau, é recomendado o reparo do músculo e da mucosa; na região da pele, a sutura também deve ser realizada, a menos que as bordas da ferida estejam bem apostas, assim como nas lacerações de primeiro grau (NICE, 2017; Brasil, 2016). Há indícios na literatura de que deixar a pele por suturar pode reduzir a dor perineal e a dispareunia, porém não há estudos em longo prazo de que esta conduta não causará prejuízos em relação à cicatrização nos meses ou anos seguintes (Frolick, Kettle, 2015).

É possível supor, a partir do modelo de assistência ao parto adotado na Casa Angela, que as profissionais usam as intervenções de maneira parcimoniosa. A realização do reparo perineal é um indício, já que em 67,7% das vezes as lacerações de primeiro e segundo graus não foram suturadas. Das lacerações de primeiro grau, apenas 16% foram suturadas, enquanto que 29,4% foram de lacerações de segundo grau não suturadas em nenhuma camada tecidual.

Revisão publicada na Biblioteca Cochrane concluiu que não há evidência de alta qualidade envolvendo a não-sutura de lacerações de primeiro e segundo graus para confirmar que esta prática é segura. Uma vez que os estudos são limitados, é recomendado que a decisão da correção de lacerações perineais por sutura seja tomada pelo profissional, mediante a análise clínica e a preferência da mulher, após informações sobre a falta de resultados em longo prazo sobre os benefícios ou malefícios e a possibilidade de um processo de cicatrização mais lento no caso da não-sutura, porém com possibilidade de maior sensação de bem-estar (Elharmeel et al., 2011). Revisão de Frolick e Kettle (2015) acrescenta ainda que os profissionais devem ser extremamente cautelosos em casos de decisão do não reparo da laceração perineal e esta prática deve ser realizada apenas quando houver desejo explícito da mulher, já que o não-reparo significa deixar a musculatura sem sustentação durante o período de cicatrização, o que pode acometer adversamente a função do assoalho pélvico da mulher nos próximos anos.

Devido à impossibilidade identificar em todos os prontuários se as mulheres participaram do processo de decisão da realização ou não do reparo, esse dado não foi pesquisado. Porém, em alguns casos, estava descrito na evolução que a ferida foi mostrada à mulher através de um espelho e a mesma optou pela não realização da sutura, após discussão sobre os benefícios e possíveis riscos desta decisão. Além disso, a Casa Angela conta com o acompanhamento pós-parto até 1 ano após o parto; sendo assim, as enfermeiras obstetras e obstetrites podem ter se sentido mais confiantes na realização desta prática. Porém, mais

estudos devem ser realizados a fim de identificar os possíveis prejuízos em longo prazo para as mulheres que não tiveram a laceração de segundo grau. Além disso, segundo as evidências já citadas, esta prática deve ser realizada com cautela.

Outros estudos vêm sendo realizados a fim de descobrir se é realmente necessária a realização de sutura em todas as lacerações perineais. O estudo randomizado de Lundquist et al. (2000), referido na Introdução, mostrou que não houve diferença na cicatrização entre as mulheres que tiveram lacerações mínimas suturadas (grupo controle) e não suturadas (grupo experimental). O desconforto perineal esteve presente em ambos os grupos no mesmo tempo, enquanto no grupo experimental mais mulheres referiram sensação de queimação, no grupo controle mais mulheres se queixaram de ardor e “repuxadas” no local da sutura. Além disso, apesar de não significativa, no grupo controle, houve mais mulheres que fizeram uso de analgésicos no primeiro e segundo dia (18%) e na oitava semana (11%) pós-parto, assim como foram mais frequentes os retornos para consulta por problemas relacionados à laceração perineal. O estudo concluiu que as lacerações mínimas são capazes de cicatrizar espontaneamente e os benefícios para mulher incluem a possibilidade de escolha pela não realização do reparo, evitando o desconforto da anestesia.

Estudo de Fleming (2003), que também analisou a diferença entre mulheres primíparas que foram suturadas após o parto com a não realização do reparo, mostrou que houve maior proporção de mulheres que apresentaram as bordas da laceração mais próximas no grupo que foi suturado 6 semanas após o parto, não havendo repercussões diferentes em ambos os grupos em relação à experiência de dor e depressão pós-parto. Revisão sistemática de Elharmeel et al. (2011) não encontrou outros estudos, além das pesquisas de Lundquist et al. (2000) e Fleming (2003), com desenho adequado para deixar claro que a não realização da sutura é uma prática segura a ser realizada.

Estudo de corte de Leeman et al. (2007), que buscou comparar mulheres com períneo íntegro ou lacerações de segundo grau suturadas e não suturadas, mostrou que a realização da sutura esteve relacionada ao aumento do uso de analgésico durante o período de internação hospitalar, quando comparadas as mulheres com períneo intacto após o parto e as que não foram suturadas. Além disso, 12 semanas depois do parto, não houve diferença entre os grupos em relação à incontinência urinária ou fecal, inatividade sexual ou prejuízos nas atividades sexuais.

Em nossa pesquisa, a realização ou não do reparo também foi analisada relacionando as complicações perineais mais comuns, sendo elas dor, edema, equimose e outras complicações que poderiam estar descritas no prontuário. No geral, houve maior proporção de complicações

nas lacerações que foram suturadas, sendo elas 58,2% das lacerações de primeiro grau com sutura e 70,1% das lacerações de segundo grau.

Assim como nos estudos de Lundquist et al. (2000) e de Leeman et al. (2007), que pressupõem um aumento na sensação de dor no grupo de mulheres que foram suturadas, a população deste estudo mostrou maior frequência de dor, tanto entre mulheres com lacerações de primeiro grau (24,4% vs 16,7%) quanto de segundo grau (36,4% vs 15,6%) que passaram pelo processo de reparo perineal. A ocorrência de edema também foi maior nas mulheres que passaram pelo processo de reparo, com proporção de 48,8% vs 31,5% nas lacerações de primeiro grau e 51,9% vs 25% nas lacerações de segundo grau.

Os registros de complicações perineais foram obtidos em todos os períodos pós-parto (primeiras 24 horas, até 7 dias, de 15 a 20 dias e de 30 a 40 dias após o parto). As anotações foram obtidas na evolução clínica, porém nos prontuários em que não existia registro, pode-se supor que a cicatrização perineal estava adequada, dado o detalhamento e a qualidade das anotações normalmente encontradas nos casos de complicações.

Assim como a literatura sugere que há uma grande variação nas técnicas de reparo perineal, o mesmo ocorreu no presente estudo. Na Casa Angela, a técnica de sutura usada é uma opção do profissional e depende do grau da laceração e, de acordo com as informações dos prontuários analisados, foi considerada sutura contínua quando não havia interrupção em nenhum dos planos teciduais, seja por um nó ou por substituição do tipo de fio. Segundo Kettle, Dowswell e Ismail (2012) e Almeida e Riesco (2008), a sutura contínua, ainda que com pequenas variações, inicia-se com um ponto amarrado por três nós, segue aproximando as bordas da mucosa, músculos e subcutâneo (uma ou mais camadas) e pele (camada intradérmica) com pontos contínuos sem ancoragem, com um único fio, sem interrupção, até finalizar com um ponto amarrado também por três nós. No presente estudo, o uso da técnica de sutura interrompida foi utilizada em pouco mais da metade das mulheres (53,2% vs 46,8%).

De modo geral, os estudos mostram que com a técnica contínua há menor prevalência de dor e outras complicações após o parto, além de ser igualmente segura em relação à técnica interrompida, usa-se menor quantidade de fio e o tempo do reparo perineal é reduzido (Valenzuela et al., 2009; Almeida, Riesco, 2008). A técnica de sutura é muito dependente do domínio do profissional em sua realização; por isso, apesar de a técnica contínua mostrar-se superior na literatura, a técnica interrompida é frequentemente utilizada pelos profissionais (Valenzuela et al., 2009).

Na literatura, o fio sintético, quando comparado ao fio catgut, esteve associado a menor incidência de dor após o parto e necessidade de refazer a sutura (Kettle et al., 2012). No

local de estudo, os fios mais disponíveis são do tipo catgut e, por esta razão, foram utilizados em 94,5% das vezes. Não foi realizada a análise da relação entre o tipo de fio utilizado para o reparo e as complicações perineais, uma vez que o número de suturas realizadas com o Vicryl® foi muito reduzido.

Embora, comercialmente, o custo do fio sintético seja superior ao do catgut e, por este motivo muitas vezes não são utilizados nos serviços, é recomendado que o fio de sutura sintético, bem como a técnica de reparo contínua sejam priorizados, já que as evidências demonstram que há maiores chances de disponibilizar para as mulheres melhores resultados em relação ao desfecho perineal.

A dor perineal após o parto está diretamente relacionada ao grau e à complexidade da laceração (lacerações múltiplas) (Radestad et al., 2008), outros fatores que podem influenciar são o tipo de material utilizado para o reparo, a habilidade do profissional e a técnica de sutura (Kettle, 2015).

Na atenção ao parto hospitalar, predominante em nosso meio, é usual a prescrição farmacológica profilática ou curativa no pós-parto. As indicações de medicamentos são para tratar ou evitar possíveis dores e infecções abdominais ou perineais (Chou et al., 2009). O uso destes tipos de medicações pode ser efetivo para aliviar a dor após o parto, como mostrou a revisão sistemática de Chou et al. (2013), em que mais mulheres relataram sentir alívio da dor perineal após o uso de paracetamol. No entanto, o mesmo estudo demonstra que os efeitos adversos desta medicação são incertos e seu uso pode estar associado a alterações gastrointestinais, hemorragias e reações alérgicas (Eshkeviri, Trout, Damore, 2013).

Na prática clínica, é possível perceber que nem sempre as mulheres são questionadas em relação à presença de dor e a medicação é oferecida mesmo sem necessidade ou sem solicitação materna. Estudo de Perini et al. (2005), que comparou um hospital do sistema público com outro do sistema privado, mostrou que em ambos os locais todas as mulheres receberam algum tipo de medicação durante o trabalho de parto, parto ou pós-parto; a maior proporção foi no sistema privado, em que a média de fármacos administrados foi de 8,5 medicações por mulher.

Na atual pesquisa foi possível observar que em 75,9% das mulheres não foi necessário o uso de medicações. Isso pode estar relacionado ao fato de não haver casos de episiotomia ou lacerações de terceiro e quarto graus, que estão fortemente associadas à dor após o parto. Para (Leeman et al., 2016), o uso exacerbado de fármacos pode ser controlado pela prática de métodos não farmacológicos para alívio da dor.

Por sua vez, no presente estudo, os métodos naturais de cuidado perineal foram utilizados em 51,8% das mulheres. A compressa de gelo local foi a prática utilizada em mais da metade das mulheres (53,8%), sendo ela um dos métodos demonstrados como eficaz para o alívio da dor perineal por Paiva et al. (2016) e pela revisão sistemática de East et al. (2012). O uso da compressa de gelo pode ter sido realizado de maneira exclusiva ou simultaneamente a outro método.

A compressa de calêndula foi utilizada em 36,6% dos casos, um pouco mais quando compara à camomila, que foi realizada em 7,7% das vezes, visto que a Casa possui a tintura de calêndula de fácil diluição e uso.

A solução de calêndula é preparada por meio da diluição em um frasco, de 10ml de tintura da planta com 90ml de água destilada ou mineral, depois uma gaze é embebida na solução e aplicada diretamente na região perineal. A camomila por sua vez, é utilizada como compressa gelada, um absorvente é embebido com o chá e levado ao congelador, após a refrigeração é colocado no períneo. Os dois métodos descritos podem aumentar consideravelmente a velocidade da cicatrização de feridas perineais (Eghdampour et al., 2013), o que também pode influenciar positivamente na sensação dolorosa na região perineal.

5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações referem-se especialmente com a coleta de dados de prontuários e ao delineamento transversal do estudo.

As informações obtidas foram aquelas registradas pelas profissionais da Casa Angela, dependendo exclusivamente de sua qualidade e detalhamento. Assim, os dados sobre a integridade perineal e o grau de laceração podem sofrer viés de informação devido às diferenças de classificação, de acordo com o critério da enfermeira obstetra ou obstetriz que assistiu o parto.

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

5.2 IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA E A PRÁTICA

Os resultados deste estudo trazem contribuições para o conhecimento a respeito dos fatores maternos e de assistência ao parto que podem influenciar a ocorrência de lacerações perineais, além de trazer informações sobre o manejo perineal após o parto.

A pesquisa traz também subsídios para mudanças nas práticas dos profissionais de saúde, que prestam assistência ao parto tanto em CPN como em ambiente hospitalar, as quais podem resultar em melhores desfechos perineais.

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

Durante o período de coleta de dados foi identificado que houve grande variação nas técnicas de sutura realizadas pelas enfermeiras obstetras e obstetrizas, bem como na classificação do local da laceração, sendo assim, após conversa com a gerência, foi realizado um treinamento em sutura para a equipe da Casa Angela. As complicações perineais também foram discutidas em equipe uma vez que em alguns momentos estas também eram identificadas nos prontuários de maneira distinta, principalmente no que diz respeito a diferença entre o hematoma e a equimose. Além deste treinamento houve a criação de um codebook para o livro de parto a fim de melhorar seu preenchimento e facilitar a coleta de dados em futuras pesquisas.

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

A prevalência de traumas perineais mostrou que as lacerações de primeiro grau atingiram mais da metade das mulheres e as de segundo grau afetaram mais de um quarto delas. Nenhuma mulher sofreu episiotomia.

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

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

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

7 REFERÊNCIAS

Aasheim V, Nilsen A, Lukasse M, Reinart L. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;12: CD006672.

Albers L, Sedler K, Bedrick E, 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.

Alliman J e Phillippi J. Maternal Outcomes in Birth Centers: An Integrative Review of the Literature. *J Midwifery Womens Health*. 2016;61(1):21-51.

Almeida SFS, Riesco MLG. Randomized controlled clinical trial on two perineal trauma suture techniques in normal delivery. *Rev Lat Am Enfermagem* 2008;16(2):272-9.

Baston H, Hall J. *Midwifery essentials: labour*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2009.

Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;4:CD005123.

Bick D, Metcalfe A, Tohill S, Williams A, Haldon V. A prospective cohort study of repair and non-repair of second-degree perineal trauma: results and issues for future research. *EBM* 2006;42:60-4.

Bodner K, Bodner-Adler B, Wierrani F, Mayerhofer K, Fousek C, Niedermayr A, et al. Effects of water birth on maternal and neonatal outcomes. *Wien Klin Wochenschr* 2002;114(10-11):391-5.

Brasil. Lei 11.634/07 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2007.

Brasil. Lei n **11.108**/05 de 7 de Abril de 2005. Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal [Internet]. CONITEC (BR) 2016; Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, 24 junho 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 11, 7 janeiro 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de

Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao RN no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 569, 1 junho 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de Recomendações. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto. Brasília, 2016.

Brito LG, Ferreira CH, Duarte G, Nogueira AA, Marcolin AC. Antepartum use of Epi-No birth trainer for preventing perineal trauma: systematic review. *Int Urogynecol J* 2015;26(10):1429-36.

Bulchandani S, Watts E, Sucharitha A, Yates D, Ismail KM. Manual perineal support at the time of childbirth: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2015;122(9):1157-65.

Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;1:CD000081.

Catling CJ, Medley N, Foureur M, Ryan C, Leap N, Teate A, Homer CSE. Group versus conventional antenatal care for women. *Cochrane Database of Syst Rev* 2015; 4(2):CD007622.

Chou D, Abalos E, Gyte G, Gülmezoglu A. Drugs for perineal pain in the early postpartum period: generic protocol. *Cochrane Database of Syst Rev* 2009;3:CD007734.

Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Syst Rev* 2009;2:CD000111.

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.

Cunningham FG, Leveno KJ, et al. *Williams obstetrícia*. 23a ed. Nova York: Mc Graw Hill; 2012.

Dahlen HG, Homer CS, Cooke M, Upton AM, Nunn R, Brodrick B. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth* 2007;34(4):282-90.

Dahlen HG, Homer CS, Cooke M, Upton AM, Nunn RA, Brodrick BS. 'Soothing the ring of fire': Australian women's and midwives' experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. *Midwifery* 2009;25(2):e39-48.

Dante G, Neri I, Bruno R, Salvioli C, Facchinetti F. Perinatal and maternal outcomes in a midwife-led centre in Italy: a comparison with standard hospital assistance. *Minerva Ginecol* 2016;68(3):237-42.

Departamento de informática do SUS – DATASUS [internet]. Estatísticas vitais. Mortalidade. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos. Brasília: Ministério da Saúde; 2015a.

Departamento de informática do SUS – DATASUS [internet]. Estatísticas vitais. Nascidos vivos. Tipo de parto. Brasília: ministério da Saúde; 2015b.

Diniz, CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cien Saude Colet* 2005;10(3):627-37.

East CE, Begg L, Henshall NE, Marchant PR, Wallace K. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD006304

Eghdampour F, Jahdie F, Kheyrikhah M, Taghizadeh M, Naghizadeh S, Hagani H. The impact of aloe vera and calendula on perineal healing after episiotomy in primiparous women: a randomized clinical trial. *J Caring Sci.* 2013;2(4):279-86.

Elharmeel SM, Chaudhary Y, Tan S, Scheermeyer E, Hanafy A, Van Driel ML. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;8:CD008534.

Eshkevari L, Trout KK, Damore J. Management of postpartum pain. *J Midwifery Womens Health* 2013;58(6):622-31.

Fernando RJ, Williams AA, Adams EJ. London; The management of third or fourth degree perineal tears. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist; 2007.

Ferreira CMM. Dor perineal no pós-parto: estudo de alguns fatores associados. [dissertação de mestrado]. Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu; 2011.

Fleming VE, Hagen S, Niven C. Does perineal suturing make a difference? The suns trial. *BJOG* 2003;110(7):684-9.

Frohlich J, Kettle C. Perineal care. *BMJ Clin Evid.* 2015;3:1401.

Fundação Perseu Abramo. Gravidez, filhos e violência institucional no parto. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2010.

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

Gordon B, Mackrodt C, Fern E, Truesdale A, Ayers S, Grant A. The Ipswich childbirth study: a randomized evaluation of two stage postpartum perineal repair leaving the skin unsutured. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998;105(4):435-40.

Gupta J, Hofmeyr G, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5:CD002006.

Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Syst Rev* 2017, Issue 5. Art. No.: CD002006.

Hals E, Oian P, Pirhonen T, Gissler M, Hjelle S, Nilsen EB, et al. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstet Gynecol* 2010;116(4):901-8.

Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;4:CD004667.

Hauck L, Lewis L, Nathan E, White C, Doherty D. Risk factors for severe perineal trauma during vaginal childbirth: A Western Australian retrospective cohort study. *Women Birth* 2015;28(1):16–20.

Henderson C, MacDonald S. *Mayes midwifery: a textbook for midwives*. 13^a ed. Edinburgh: Baillière Tindall; 2006.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento (Ipea) e Secretaria de planejamento e investimento estratégico (SPI/MP). *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento*. – Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014.

Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Syst Rev* 2017;2:CD000081

Kamisan Atan I, Shek KL, Langer S, Guzman RR, Caudwell-Hall J, Daly JO, et al. Does the Epi-No[®] birth trainer prevent vaginal birth-related pelvic floor trauma? A multicentre prospective randomised controlled trial. *BJOG* 2016;123(6):995-1003.

Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD000947.

Kettle C, Dowswell T, Ismail KMK. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;6:CD000006.

Kettle C, Munro J, Jokinen M. *Suturing the perineum. Evidence based guidelines for midwife-led care in labour*. London: The Royal College of Midwives; 2012.

Kettle C, Tohill S. Perineal Care. *BMJ Clin Evid* 2008; 1401.

Kopas ML. A review of evidence-based practices for management of the second stage of labor. *J Midwifery Womens Health*. 2014;59(3):264-76.

Laganà AS, Terzic M, Dotlic J, Sturlese E, Palmara V, Retto G, Kocijancic D. The role of episiotomy in prevention of genital lacerations during vaginal deliveries--results from two European centers. *Ginekol Pol*. 2015 Mar;86(3):168-75.

Laine K, Pirhonen T, Rolland R, Pirhonen J. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstet Gynecol* 2008;111(5):1053-7.

Leeman L, Rogers R, Greulich B e Albers L. Do Unsutured Second-Degree Perineal Lacerations Affect Postpartum Functional Outcomes? *J Am Board Fam Med*. 2007 Sep-Oct; 20(5): 451-7.

Leeman L, Rogers R, Borders N, Teaf D, Qualls C. The effect of perineal lacerations on pelvic floor function and anatomy at 6 months postpartum in a prospective cohort of nulliparous women. *Birth* 2016;43(4):293-302.

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

Lewis L, Hauck Y, Butt J, Hornbuckle J Obstetric and neonatal outcomes for women intending to use immersion in water for labour and birth in Western Australia (2015-2016): A retrospective audit of clinical outcomes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2018;1-9 DOI: 10.1111/ajo.12758.

Lobo SF, Oliveira SMJV, Schneck A, 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.

Lundquist M, Olsson A, Nissen E, Norman M. Is it necessary to suture all lacerations after a vaginal delivery? *Birth* 2000;27(2):79-85.

Mistrangelo E, Gaggero CR, Nadalini C, Mancuso SG, Esposito F, Morano S, et al. Does water delivery affect pelvic floor? Ultrasound evaluation of perineal function. *Arch Gynecol Obstet* 2007;276(2):133-8.

NCCCWCH – National Collaborating Centre For Women’s And Children’s Health. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG, Dec. 2014.

NICE, National Institute for Health and Care Excellence [Internet]. Intrapartum care for healthy women and babies: clinical guideline. Reino Unido. 2014. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>

No.: CD000111. DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub3

Nutter E, Meyer S, Shaw-Battista J, Marowitz A. Waterbirth: an integrative analysis of peer-reviewed literature. *J Midwifery Womens Health* 2014;59(3):286-319.

Omih EE, Lindow S. Impact of maternal age on delivery outcomes following spontaneous labour at term. *J Perinat Med*. 2016;44(7):773-777.

Organização das Nações Unidas (ONU). Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2015. United Nations, Nova York, 2015.

Organização Mundial Da Saúde. OMS. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf.

Paiva CSB, Oliveira SMJV, Francisco AA, Silva RL, Mendes EPB, Steen M Length of perineal pain relief after ice pack application: A quasi-experimental study. *Women Birth* 2016;29(2):117-22.

Pereira A, Lima T, Schroeter M, Gouveia M, Nascimento S. Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto. *Esc Anna Nery* 2013;17(1):17-23.

Radestad I, Olsson A, Nissen E, Rubertsson C. Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: a nationwide follow-up. *Birth* 2008;35(2):98-106.

Requejo JH, et al. Countdown to 2015 and beyond: fulfilling the health agenda for women and children. *The Lancet*. 2014; 385(9966):466 – 476.

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.

Rouse D, Weiner S, Bloom S, Varner M, Spong C, Ramin S, et al. Second-stage labor duration in nulliparous women: relationship to maternal and perinatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;201(4):357 e1-7.

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;4:CD004667.

Sanders J, Campbell R, Peters TJ. Effectiveness of pain relief during perineal suturing. *BJOG*. 2002;109(9):1066-8.

Serati M, Dedda M, Bogani G, Sorice P, Cromi A, Uccella S, Lapenna M, Soligo M, Ghezzi F. Position in the second stage of labour and de novo onset of post-partum urinary incontinence. *Int Urogynecol J* (2016) 27:281–286.

Shek KL, Chantarasorn V, Langer S, Phipps H, Dietz HP. Does the Epi-No birth trainer reduce levator trauma? A randomised controlled trial. *Int Urogynecol J* 2011;22(12):1521-8.

Shorten A, Donsante J, Shorten B. Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: Informing women about choices for vaginal birth. *Birth*. 2002;29(1):18-27.

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

Simic M, Cnattingius S, Petersson G, Sandström A and Stephansson O. Duration of second stage of labor and instrumental delivery as risk factors for severe perineal lacerations: population based study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17(1):72.

Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:59.

Suto M, Takehara K, Misago C, Matsui M. Prevalence of Perineal Lacerations in Women Giving Birth at Midwife-Led Birth Centers in Japan: A Retrospective Descriptive Study. *J Midwifery Womens Health*. 2015 Jul-Aug;60(4):419-27.

Valenzuela P, Saiz Puente MS, Valero JL, Azorín R, Ortega R, Guijarro R. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second-degree perineal tears: a randomised controlled trial. *BJOG*. 2009;116(3):436-41.

Wu LC, Malhotra R, Allen JC Jr, Lie D, Tan TC, Østbye T. Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;288(6):1249-56.

Zhang H, Huang S, Guo X, Zhao N, Lu Y, Chen M, Li Y, Wu J, Huang L, Ma F, Yang Y, Zhang X, Zhou X, Guo R, Cai W. A randomised controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position in China. *Midwifery* 2017;50:117–124.

Zhou F, Wang XD, Li J, Huang G, Gao B. Hyaluronidase for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(2):CD010441.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

N: _____

() Transf. Neo

() Parto

Nome: _____

() Transf. Intra

() Transf. PP

Prontuário:

Data Parto/Transf.

__/__/__

ACOLHIMENTO	
1 Idade: _____ 2 Local de nascimento: 99 () S/D 0 () Norte 1 () Nordeste 2 () Centro-oeste 3 () Sul 4 () Sudeste exceto SP 5 () SP Capital 6 () SP Grande SP 7 () SP Interior/Litoral 8 () Estrangeiro _____ 3 Raça/cor: 99 () S/D 0 () branca 1 () parda 2 () negra 3 () amarela 4 () indígena 4 Convênio médico: 99 () S/D 0 () Não 1 () Sim 5 Religião, crença: _____ 99 () S/D	6 Escolaridade: 99 () S/D 0 () 1º grau incompleto 1 () 1º grau completo/2º grau incompleto 2 () 2º grau completo/superior incompleto 3 () superior completo 7 Estado civil: 99 () S/D 0 () sem união estável 1 () com união estável 8 Trabalho remunerado: 99 () S/D 0 () Não 1 () Sim 9 Renda familiar: 99 () S/D 0 () ≤ 1 salário mínimo 1 () >1 ≤ 2 salários mínimos 2 () >2 ≤ 3 salários mínimos 3 () >3 ≤ 4 salários mínimos 4 () >4 ≤ 5 salários mínimos 5 () >5 ≤ 6 salários mínimos 6 () >6 salários mínimos 10 Benefício bolsa família: 99 () S/D 0 () Não 1 () Sim

PRÉ-NATAL	
<p>11 Pré-natal além da Casa Angela 99 () S/D 0 () UBS 1 () convênio/particular 2 () UBS e convênio/particular</p> <p>12 N de gestações: _____</p> <p>13 N de partos: _____</p> <p>14 N de partos normais: _____</p> <p>15 N de fórceps: _____</p> <p>16 N de cesarianas: _____</p> <p>17 N de RN com peso <2.500 gramas: _____</p> <p>18 N de RN com peso >4.000 gramas: _____</p> <p>19 Fumo: 99 () S/D 0 () Não 1 () Sim</p> <p>20 Álcool: 99 () S/D 0 () Não 1 () Sim</p>	<p>21 Outras drogas: 99 () S/D 0 () Não 1 () Sim</p> <p>22 Tipo de gravidez: 99 () S/D 0 () planejada 1 () não planejada e desejada 2 () não planejada e não desejada</p> <p>23 Estado nutricional Altura: _____ Peso na última consulta: _____</p> <p>24 ITU na gestação 99 () S/D 0 () Não 1 () Sim</p> <p>EGB/Strepto B 0 () Negativo 1 () Positivo 2 () Não coletado</p>

ADMISSÃO/OBSERVAÇÃO	
Data: ____/____/____ Horário: _____ 25 IG na admissão/observação:_____ 26 N de consultas pré-natais na Casa Angela: _____ 99 () S/D 27 N de consultas pré-natais fora da Casa Angela: _____ 99 () S/D 29 DU na admissão/observação: 99 () S/D 0 () ausente 5 () presente (qnd não há nº de contrações) 1 () 1/10' 2 () 2/10' 3 () 3/10' 4 () ≥4/10'	30 Dilatação na admissão/observação:_____ 11 () toque não realizado 31 Bolsa na admissão/observação: 99 () S/D 0 () íntegra 1 () rota 32 De Lee na admissão/observação: 11 () toque não realizado 0 () AM 1 () -3 2 () -2 3 () -1 4 () 0 5 () +1 6 () +2 7 () +3

TRABALHO DE PARTO, PARTO, PÓS-PARTO E RN (continua...)	
Data do parto: ____/____/____ Horário: _____ 33 Local do parto: 0 () chuveiro 1 () cama 2 () banheira 3 () banqueta 4 () colchonete 5 () puff 6 () chão 7 () espaldar 8 () Outro. Se outro: 34 Qual: _____ 35 Posição do parto: 0 () cócoras 1 () semi-sentada 2 () sentada 3 () quatro apoios 4 () lateral 5 () em pé 6 () de joelhos 7 () decúbito dorsal 8 () outra. Se outra: 36 Qual: _____	37 Duração do período expulsivo: 0 () ≤1h 1 () >1h≤2h 2 () >2h 38 Episiotomia: 0 () Não 1 () Sim. Se sim: 39 Indicação: _____ 40 Laceração do corpo perineal: 0 () Não 5 () Sim, sem descrição do grau 1 () 1º grau 2 () 2º grau 3 () 3º grau 4 () 4º grau 41 Outras lacerações: 0 () Não 1 () Sim Se Sim: 42 [] lábios internos 43 [] periuretral 44 [] parede vaginal anterior 45 [] outra. Se outra:

	46 Qual: _____
TRABALHO DE PARTO, PARTO, PÓS-PARTO E RN (continua...)	
47 Sutura do corpo perineal: 0 () Não 1 () Sim. Se sim: 48 Técnica do reparo: _____ _____ _____ 49 Sutura das outras lacerações: 0 () Não 1 () Sim Fio de sutura (assinalar mais de um se necessário): 50 [] catagute 0 51 [] catagute 2-0 52 [] catagute 3-0 53 [] catagute 4-0 ou 5-0 54 [] Vicryl® 55 Anestesia para sutura perineal: 0 () Não 1 () Sim 56 N de acompanhantes no TP e parto: _____ Tipo de acompanhante no parto (marcar quantos forem necessários): 57 [] parceiro(a) 58 [] filha(o) 59 [] doula 60 [] mãe 61 [] pai 62 [] amiga(o) [] irmã(o) 63 [] outro. Se outro: 64 Qual: _____ 65 Contato precoce mãe-bebê: 99 () S/D 1 () Sim 0 () Não. Se não 66 Motivo: _____ 67 Amamentação na 1ª hora: 99 () S/D 1 () Sim 0 () Não. Se não: 68 Motivo: _____	69 Clampeamento do cordão umbilical: 99 () S/D 0 () oportuno 1 () precoce. Se precoce: 70 Indicação: _____ 71 Tempo de dequitação da placenta: 99 () S/D 0 () ≤30min 1 () >30 min sem manobra 2 () >30min com manobra 3 () retenção placentária 72 Estado da placenta na dequitação: 99 () S/D 0 () incompleta 1 () completa 2 () retenção placentária Uso de medicamentos no trabalho de parto (não contar ocitocina): _____ _____ 74 Distocia de ombro: 0 () Não 1 () Sim 75 Hemorragia pós-parto: 0 () Não 1 () Sim. Se sim: 76 Motivo: _____ 77 Outra intercorrência: 0 () Não 1 () Sim. Se sim: 78 Qual: _____ 79 Circular de cordão: 99 () S/D 0 () não 3 () sim (prontuários antigos) 1 () frouxa 2 () justa 4 () nó verdadeiro 80 Vasos do cordão umbilical: 99 () S/D 0 () normais 1 () alterados

TRABALHO DE PARTO, PARTO, PÓS-PARTO E RN (continuação)	
81 Apgar 1º minuto: _____ 99 () S/D 82 Apgar 5º minuto: _____ 99 () S/D 83 Apgar 10º minuto: _____ 99 () S/D 84 Peso do RN: _____ gramas 99 () S/D 85 Perímetro cefálico: _____ cm 99 () S/D 86 IG Capurro: _____ 87 Reanimação neonatal: 99 () S/D 0 () Não 1 () Sim. Sem sim: Passos(marcar quantas forem necessárias): 88 [] aspiração das vias aéreas 89 [] ventilação por pressão positiva 90 [] oxigênio inalatório 91 [] massagem cardíaca 92 Compressa morna do períneo durante o parto: 0 () não 1 () sim 93 Atividades no acompanhamento do trabalho de parto (marcar quantas forem necessárias): 0 () Não 1 () Sim. Se sim, quais: 94 [] alimentação 95 [] aromaterapia 96 [] chá estimulante 97 [] hidroterapia aspersão (chuveiro) 98 [] hidroterapia imersão (banheira) 99 [] deambulação 100 [] espaldar 101 [] dança 102 [] bola 103 [] cavalinho	104 [] corda suspensa 105 [] banqueta 106 [] exs de agachamento/quatro apoios 107 [] massagem 108 [] acupressão 109 [] moxa 110 [] música 111 [] rebozo 112 [] bolsa de água quente 113 [] escalda pés 114 [] exercícios respiratórios/vocalização 115 [] colchonete [] compressa de limão 116 [] outras. Se outras: 117 Quais: _____ 118 Indução natural do trabalho de parto: 0 () Não [] Acupuntura [] Chá estimulante [] Óleo de rícino [] Shake [] Massagem estimulante [] Outros. Se outros: 119 Quais: _____ 112 Ocitocina: 0 () Não 1 () no TP 2 () no parto 3 () no TP e parto 121 Se 1, 2 ou 3 Indicação: _____ _____ 122 Amniotomia: 0 () Não 1 () Sim. Se sim: 123 Indicação: _____ _____ Presença de mecônio 0 () Não 5 () Sim, sem descrição da + 1 () 1+ 2 () 2+ 3 () 3+ 4 () 4+ 124 Tempo de BR: _____

PRESCRIÇÃO E PÓS-PARTO	
<p>125 Métodos naturais do cuidado perineal no pós-parto: 0 () Não 1 () Sim 126 [] arnica VO ou TM 127 [] gelo 128 [] calêndula sem gelo 129 [] calêndula com gelo 130 [] camomila com gelo</p> <p>131 Complicações no períneo no pós-parto: 0 () Não 1 () Sim. Se sim, quais: 132 [] dor 133 [] edema 134 [] hematoma 135 [] deiscência 136 [] infecção 137 [] equimose 138 [] outra. Se outra 139 Qual: _____</p>	<p>140 Uso de medicamentos no pós-parto: 0 () Não 1 () Sim. Se sim, quais: 141 [] paracetamol 142 [] diclofenaco 143 [] buscopan [] methergin/ergotrate [] outros. Quais: _____ _____</p>

ANEXO 1

TERMO DE CIÊNCIA DE INTERESSE DE PROJETO

Título do Projeto:

DESFECHOS PERINEAIS NO CENTRO DE PARTO NORMAL
CASA ANGELA, SÃO PAULO (SP): ESTUDO TRANSVERSAL

Gisele Almeida Lopes

RG: 37.684.951-1, CPF: 339.371.988-22

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César, São Paulo, SP

CEP: 05403-000

A Comissão Científica da Casa Angela declara ciência e interesse na elaboração do projeto de pesquisa e irá colaborar:

1. Após parecer positivo de um comitê de ética.
2. Entrega de todos os documentos solicitados antes do início da coleta de dados do projeto.

São Paulo, 01 de julho de 2017.

Gisele Almeida Lopes

Nome e assinatura do pesquisador responsável ou participante

Franciely Schermak
Enf. Obstetra
COREN-SP 125882

Nome, carimbo e assinatura do responsável pela Comissão Científica Casa Angela

ANEXO 2

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desfechos perineais em uma casa de parto na cidade de São Paulo: estudo transversal

Pesquisador: Gisele Almeida Lopes **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 66506117.4.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer:

2.026.634

Apresentação do Projeto:

Com o objetivo de analisar os desfechos perineais em uma casa de parto, a pesquisadora propõe conduzir um estudo transversal retrospectivo, com coleta de dados a partir dos prontuários de todas as mulheres cujos partos foram realizados na instituição em 2016 (n=236). O critério de exclusão é ter o parto assistido, mas ter sido removida para o hospital antes do reparo perineal. Como desfechos primários serão considerados a integridade, a laceração perineal e o grau da laceração. Como desfechos secundários serão considerados o reparo perineal e as complicações perineais. Vale destacar que no período de estudo não ocorreu nenhum caso de episiotomia. Como exposição, serão considerados: idade materna, cor da pele, parto vaginal anterior, uso de ocitocina, posição no parto, compressa morna no períneo, duração do período expulsivo, distocia de ombros, grau e local da laceração perineal, peso e perímetro cefálico do RN, parto na água.

A coleta de dados será realizada por meio de instrumento específico, com base nos registros dos prontuários. Serão coletados os dados do período de internação na casa de parto e dados dos retornos pós-parto realizados entre 15 e 20 dias e entre 30 e 40 dias.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

Continuação do Parecer: 2.026.634

Objetivo da Pesquisa:

a) verificar a prevalência de integridade, de lacerações perineais e de reparo perineal; b) avaliar a relação entre a ocorrência e o grau de laceração perineal e as variáveis maternas, neonatais e assistenciais; c) avaliar a relação entre a realização de reparo perineal e as variáveis maternas, neonatais e assistenciais; d) verificar a prevalência do uso de métodos naturais (arnica via oral, compressa de gelo e compressa fria de calêndula e de camomila) no cuidado da região perineal após o parto; e) verificar a prevalência de complicações na cicatrização perineal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora relata que os riscos estão relacionados à quebra da privacidade e confidencialidade dos dados da participante, mas compromete-se a manter o sigilo e a privacidade das mulheres cujos partos foram realizados na instituição. Garante que as mulheres não serão identificadas e que os dados serão analisados em conjunto.

Quanto aos benefícios, relata que irá divulgar a prática de assistência a mulher em relação ao manejo perineal em um ambiente menos intervencionista, que promove o respeito ao direito de escolha informada da mulher quanto aos cuidados no parto, o que inclui o cuidado perineal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante, está bem fundamentada e é coerente entre as partes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Requer dispensa do TCLE, pois se trata de pesquisa retrospectiva com uso de prontuários para a coleta dos dados. Justifica que as mulheres foram atendidas na instituição durante a gestação, parto e pós-parto e já não a frequentam mais. A responsável pela instituição tem a guarda do material a ser utilizado, mas ainda será consultada sobre a utilização para esta pesquisa. O modelo do “Termo de ciência de interesse de projeto” está anexado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

Sem pendências.

Página 02 de

Continuação do Parecer: 2.026.634

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro de resultados parciais e finais na Plataforma Brasil
- Este parecer não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_892603.pdf	31/03/2017 11:29:55		Aceito
Folha de Rosto	plat_bras.pdf	31/03/2017 11:29:18	Gisele Almeida Lopes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEP30MAR.docx	30/03/2017 15:17:17	Gisele Almeida Lopes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 22 de Abril de 2017

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp