FATORES INTERVENIENTES NO COMPORTAMENTO DA MUSCULATURA PERINEAL EM PARTURIENTES DE CENTRO DE PARTO NORMAL

INTERVENING FACTORS IN PERINEAL OUTCOMES IN PARTURIENT WOMEN IN A NORMAL CHILDBIRTH CENTER

FACTORES INTERVENIENTES EN RESULTADOS PERINEALES EN PARTURIENTAS EN UN CENTRO DE PARTO NORMAL

Karine Julie Dlugosz Rodrigues¹ , Chayene Aguiar Rocha² , Flavia Westphal³ , Rosely Erlach Goldman⁴

RESUMO

Objetivo: conhecer a frequência e os tipos de traumas perineais em partos vaginais, bem como verificar a associação da paridade, posição do parto e peso do recém-nascido com a situação perineal, após o nascimento. **Método:** Estudo observacional, retrospectivo, de corte transversal, realizado em Centro de Parto Normal, no município de São Paulo, Brasil. A população foi constituída pelos registros de partos vaginais, no período de janeiro de 2017 a janeiro de 2018. **Resultado:** dos 2.367 partos registrados, em 1.629 (68,7%) houve traumatismo perineal, sendo as lacerações de primeiro grau as mais prevalentes (43,9%). Nas primíparas e nos partos em posição litotômica e semi-sentada, constataram-se maiores percentuais de episiotomia ($<0,0001$). Quando o peso do recém-nascido era menor do que 2500 gramas, foi maior o percentual de períneo íntegro e, nos maiores de 4000 gramas, foi maior o percentual de lacerações de segundo grau ($<0,0001$). **Conclusão:** houve influência das variáveis estudadas na situação do períneo após o nascimento. O trauma perineal continua a ser uma preocupação, devido à prevalência e às consequências futuras às mulheres. Conhecer os fatores que podem influenciar sua ocorrência é essencial para melhoria da assistência obstétrica.

Descritores: Lacerações; Enfermagem Obstétrica; Parto Humanizado; Períneo; Parto Natural; Trabalho de Parto.

ABSTRACT

Objectives: to determine the frequency and types of perineal trauma in vaginal deliveries, and to verify the association between parity, birth position, and newborn weight and perineal outcomes after birth. **Methods:** an observational, retrospective, and cross-sectional study was carried out at

the Normal Childbirth Center of the city of São Paulo, Brazil. The population consisted of vaginal birth records from January 2017 to January 2018. **Results:** from 2,367 births recorded, in 1,629 (68.7%) there was perineal trauma, with first-degree lacerations being the most prevalent (43.9%). Higher percentages of episiotomy were found in primiparous women and in deliveries in the lithotomic and semi-seated positions (<0.0001). When the newborn's weight was less than 2500 grams, the percentage of intact perineum was higher and, in those over 4000 grams, the percentage of second-degree lacerations was higher (<0.0001). **Conclusion:** there was an influence of the studied variables on perineal outcomes after birth. Perineal trauma remains a concern due to the prevalence and future consequences for women. Knowing the factors that can influence its occurrence is essential for improving obstetric care.

Descriptors: Lacerations; Obstetric Nursing; Humanized Delivery; Perineum; Natural, Childbirth; Labor, Obstetric.

RESUMEN

Objetivos: determinar la frecuencia y los tipos de trauma perineal en partos vaginales y verificar la asociación entre paridad, posición del parto y peso del recién nacido y resultados perineales después del nacimiento. **Métodos:** se realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal en el Centro de Parto Normal de la ciudad de São Paulo, Brasil. La población estuvo constituida por registros de partos vaginales de enero de 2017 a enero de 2018. **Resultados:** de 2.367 nacimientos registrados, en 1.629 (68,7%) hubo traumatismo perineal, siendo las laceraciones de primer grado las más prevalentes (43,9%). Se encontraron mayores porcentajes de episiotomía en primíparas y en partos en posición litotómica y semisentada ($<0,0001$). Cuando el peso del recién nacido era menor de 2500 gramos, el porcentaje de perineo intacto era mayor y, en los mayores de 4000 gramos, el porcentaje de laceraciones de segundo grado era mayor ($<0,0001$). **Conclusión:** hubo influencia de las variables estudiadas en los resultados perineales después del nacimiento. El trauma perineal sigue siendo una preocupación debido a la prevalencia y las consecuencias futuras para las mujeres. Conocer los factores que pueden influir en su ocurrencia es fundamental para mejorar la atención obstétrica.

Descriptor: Laceraciones; Enfermería Obstétrica; Parto Humanizado; Perineo; Parto Normal; Trabajo de Parto.

¹Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. São Paulo (SP), Brasil. ¹<https://orcid.org/0000-0002-9517-602X>

²Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. São Paulo (SP), Brasil. ²<https://orcid.org/0000-0002-2813-2393>

³Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. São Paulo (SP), Brasil. ³<https://orcid.org/0000-0003-0920-116X>

Como citar este artigo

Rodrigues KLD, Goldman CAR, Westphal F, Goldman RE. Fatores intervenientes no comportamento da musculatura perineal em parturientes de centro de parto normal. Rev enferm UFPE on line. 2021;15:e247891 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.247891>

INTRODUÇÃO

O assoalho pélvico é a única musculatura transversal do corpo humano que suporta carga, sendo responsável por diversas funções: suporte dos órgãos abdominais e pélvicos,⁽¹⁾ manutenção da continência urinária e fecal,⁽²⁾ auxílio no aumento da pressão intra-abdominal, na respiração e estabilização do tronco. Além disso, esses músculos permitem o intercuro sexual e o parto.⁽³⁾

As lesões perineais são associadas ao aumento do risco de lesão do assoalho pélvico, incontinência fecal e urinária, dor e disfunção sexual são sintomas que podem persistir ou estar presentes muitos anos após o parto.⁽⁴⁾

Estima-se que, no Brasil, há cerca de 2,8 milhões de nascimentos por ano, destes, 1,2 milhões são por partos vaginais.⁽⁵⁾ Durante o processo parturitivo, podem ocorrer traumas perineais no momento da passagem do feto pelo canal vaginal, esses traumatismos espontâneos consistem em lacerações.⁽⁶⁾ O traumatismo também pode ser provocado, denominado episiotomia, que consiste em uma incisão realizada no períneo. De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, 56% das mulheres de risco habitual são submetidas à episiotomia.^(7,8)

O traumatismo perineal pode ocorrer por diversos Fatores Intervenientes Danosos (FID), como condições maternas (idade, etnia, paridade), fetais (peso, estática fetal, perímetro cefálico), perinais (preparo do períneo durante a gestação, altura do períneo, e procedimento da episiotomia em gestação anterior) e relacionadas ao parto (o profissional que presta assistência ao parto e realização de intervenções, puxos dirigidos, proteção perineal, manejo do feto, posição materna, duração do período expulsivo).⁽⁹⁻¹¹⁾

Os Fatores Intervenientes Benéficos (FIB) para o comportamento da musculatura perineal refletem no parto, fazendo gerar integridade do períneo, laceração leve, bem-estar físico, psicológico e social da mulher no período pós-natal imediato e, também, em longo prazo. Facilita o processo de amamentação, a vida familiar e as relações sexuais.⁽¹²⁾

O trauma perineal pode ocasionar morbidades e complicações locais como dor, edema vulvar, hematoma e infecção, além de injúrias como dispareunia e incontinência urinária e anal.⁽¹³⁻

¹⁶⁾Salienta-se que essas morbidades locais citadas podem apresentar-se também em períneos íntegros.^(14,17)

As lacerações espontâneas são classificadas em relação à profundidade e aos tecidos afetados. As lacerações de primeiro grau atingem pele e mucosa; as de segundo grau acometem os músculos perineais, sem atingir esfíncter anal; as de terceiro grau atingem o complexo do esfíncter anal e o músculo do esfíncter do ânus; e as de quarto grau envolvem o esfíncter e o epitélio anal.^(6,18)

Por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 985/GM, criaram-se, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), alternativa para concretização desse novo modelo de atenção obstétrica, os Centros de Parto Normal (CPN), os quais são unidades de atenção à mulher, no período gravídico-puerperal intra-hospitalar, em busca de novo modelo de assistência obstétrica.⁽¹⁹⁾ De acordo com a Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015,⁽²⁰⁾ “Constitui CPN a unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações”. Assim, o parto vaginal de baixo risco poderá ser assistido por médicos, enfermeiras obstetras e obstetrizes.⁽⁶⁾ O CPN busca assistência humanizada, na qual a mulher tem direito à autonomia neste processo.

Em 2017, o Ministério da Saúde publicou, em conjunto com a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), as “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal”,⁽⁶⁾ que visam qualificar o modo de nascer, a partir das orientações das melhores práticas de assistência ao parto e nascimento. Além disso, acerca das lesões perineais, o documento apresenta os cuidados perineais que devem ou não ser realizados pelos profissionais que conduzem e assistem o parto vaginal.⁽⁶⁾

Questionou-se, diante do exposto: quais os possíveis achados de comportamentos da musculatura perineal em parturientes de Centro de Parto Normal e respectivos fatores intervenientes (benéficos e danosos). Existe relação entre paridade, posição de parto e peso do recém-nascido com traumas perineais?

OBJETIVO

Identificar os fatores intervenientes benéficos ou danosos para o comportamento da musculatura perineal em parturientes de Centro de Parto Normal que pariram de parto vaginal.

MÉTODO

Estudo observacional, retrospectivo, de corte transversal, realizado no Centro de Parto Normal (CPN), do Hospital Geral de Pedreira, município de São Paulo, Brasil. Trata-se de hospital estadual

de média complexidade, referência em atendimento de emergência para população da zona sul da cidade de São Paulo, que contempla, além de outras especialidades, a maternidade que é referência no atendimento às gestantes de risco habitual e alto risco. O hospital conta com o centro de parto humanizado, composto por nove leitos, sendo cinco suítes onde ocorrem o Pré-parto, Parto e Puerpério imediato (PPP). No CPN, são realizados cerca de 300 partos/mês.

A referida instituição segue as diretrizes para implantação e habilitação de CPN, no âmbito do SUS, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido, no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente do parto e nascimento da Rede Cegonha, Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015.⁽²⁰⁾ Assim, no CPN, a assistência à mulher em trabalho de parto é realizada por enfermeiras obstétricas e enfermeiras residentes do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola Paulista de Enfermagem, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sob supervisão. Já os partos operatórios são realizados no centro cirúrgico pelos médicos obstetras, os quais também são responsáveis pela internação da gestante/parturiente. A equipe médica atua concomitante no CPN nos partos vaginais de alto risco e auxilia nas intercorrências ou distócias.

Para realização do estudo, solicitou-se a autorização para coleta de dados, junto a um termo de confidencialidade, aos responsáveis pelo hospital lócus do estudo. Com a anuência dos responsáveis pelo serviço, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP e, atendendo às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, foi aprovado conforme parecer número 2.771.260 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 89107018.4.0000.5505.

A população do estudo foi constituída pelo registro de 2.367 partos vaginais assistidos no CPN, no período de janeiro/2017 a janeiro/2018. A coleta de dados ocorreu no período de 1 a 30 de novembro de 2019, por meio de formulário elaborado para pesquisa, contendo as seguintes variáveis: dados de identificação, antecedentes obstétricos, posição materna durante o parto, uso de medicamentos, situação do períneo após o nascimento, profissional que assistiu o parto e peso do recém-nascido. Os critérios de exclusão foram: partos assistidos e realizados no centro-cirúrgico e diagnóstico de óbito fetal.

A dupla digitação foi realizada em 100% das questões e a concordância entre as duas digitações foi de 100% (Coeficiente de Kappa: 1.00).

Para análise dos dados, utilizou-se da análise descritiva, resultando em uma tabela de frequência e percentual e, para comparar as variáveis de interesse por situação perineal, aplicou-se

o teste da Razão de Verossimilhança. Considerou-se o nível de significância de 5% ($p\text{-valor} \leq 0,05$) para os testes de hipótese. Esse processo foi realizado com apoio computacional dos softwares programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows* versão 23 e *Excel 2010®* (Microsoft Office).

RESULTADOS

Analisaram-se 2.367 registros de partos vaginais assistidos no CPN, no período de um ano. As mulheres, em maioria (70,2%), estavam na faixa etária entre 20 e 34 anos e possuíam média de 2,26 gestações (DP- 1,45).

No que se refere à situação perineal, registraram-se a presença de trauma em 1.629 (68,7%) partos, sendo 1.378 (58,2%) lacerações espontâneas e 251 (10,5%) episiotomias. Em relação às lacerações espontâneas, 1.039 (43,9%) foram de primeiro grau, 329 (13,9%) de segundo grau e 10 (0,4%) de terceiro ou quarto grau. O períneo se manteve íntegro em 738 (31,2%) dos partos.

A ocitocina esteve presente na condução de 814 (34,4%) partos e indução de quatro (0,2%) partos. O misoprostol foi utilizado no processo de indução de 233 (9,8%) partos, em outros 188 (7,9%), utilizaram-se, em conjunto, o misoprostol no processo de indução e a ocitocina, no processo de condução e, em 1128 (47,7%), não se utilizaram de medicamentos para indução e/ou condução.

Em relação às posições adotadas pelas mulheres no parto, de 2.367 partos, a maioria (n: 2297/ 96,1%) optou pelas posições horizontais. Das posições horizontais, 1.636 (69,1%) foram semissentada, 379 (16%) em decúbito lateral e 261 (11%) em posição litotômica. Os outros 88 (3,9%) partos foram distribuídos entre as posições da banqueta (n: 48/ 2%), cócoras (n: 19/ 0,8%), Gaskin (quatro apoios) (n: 18/ 0,8%) e vertical em pé (n: 6/ 0,3%).

Os partos, em maioria (n: 1614/ 68,2%), foram assistidos por enfermeiras obstetras, conforme Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das parturientes estudadas, segundo idade, dados obstétricos, parto e recém-nascido.

Variáveis	n	(%)
Idade materna (em anos)		
10 -19 -	437	18,4
20 -34 -	1.661	70
35 ou+	269	11,4

Idade gestacional		
Pré-termo	196	8,3
Termo	2.159	91
Pós-termo	12	0,5
Paridade		
Primípara	976	41,2
Secundípara	755	31,9
Múltipara	636	26,9
Posição		
Litotômica	261	11
Semissentada	1.636	69
Lateral (SIMS)	379	16
Banqueta	48	2
Cócoras	19	0,8
Gaskin (quatro apoios)	18	0,8
Vertical (em pé)	6	0,3
Situação perineal		
Laceração de primeiro grau	1039	43,9
Laceração de segundo grau	329	13,9
Laceração de terceiro ou quarto grau	10	0,4
Episiotomia ou episiotomia + laceração	251	10,6
Períneo íntegro	738	31,2
Uso de medicamentos		
Misoprostol (indução)	233	9,8
Ocitocina (indução)	4	0,2
Ocitocina (condução)	814	34,4
Misoprostol (indução) + Ocitocina (condução)	188	7,9
Não utilizou	1128	47,7
Profissional que realizou o parto		
Enfermeira (o) obstetra	1614	68,2
Residente enfermagem obstétrica	479	20,2
Residente Médico em obstetrícia	138	5,8
Enfermeira(o) obstetra + médico	129	5,4
Residente enfermagem obstétrica + médico	7	0,3
Peso do recém-nascido		
Menor que 2.500g	167	7,1
≥2.500 e <4.000g	2133	90,1
≥4.000g	67	2,8
Total	n=2.367	

Analizou-se a correlação das variáveis de interesse com o comportamento da musculatura perineal após o nascimento, conforme Tabela 2.

Tabela 2. Características relacionadas aos antecedentes obstétricos, dados do parto e recém-nascido dos registros estudados, segundo o comportamento da musculatura perineal no parto vaginal.

Variáveis	Comportamento da musculatura perineal no parto vaginal						p-valor
	Laceração de primeiro grau	Laceração de segundo grau	Laceração de terceiro ou quarto grau	Períneo íntegro	Episiotomia	Total n (%)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Paridade							
Primípara	456 (46,7)	175 (17,9)	05 (0,5)	155(15,9)	185 (19)	976 (100)	<u><0,0001*</u>
Secundípara	355 (47)	105 (13,9)	04 (0,5)	242 (32,1)	49 (6,5)	755 (100)	
Multipara	228 (35,8)	49 (7,7)	01 (0,2)	341 (53,6)	17 (2,7)	636 (100)	
Total	1039 (43,9)	329 (13,9)	10 (0,4)	738 (31,2)	251 (10,6)	2367 (100)	
Posição materna							
Litotômica	91 (34,9)	42 (16,1)	2 (0,8)	74 (28,4)	52 (19,9)	261 (100)	<u><0,0001*</u>
Semissentada	708 (43,3)	226 (13,8)	4 (0,2)	503 (30,7)	195 (11,9)	1636 (100)	
Lateral (SIMS)	189 (49,9)	43 (11,3)	4 (1,1)	139 (36,7)	4 (1,1)	379 (100)	
Banqueta	26 (54,2)	13 (27,1)	0 (0)	9 (18,8)	0 (0)	48 (100)	
Cócoras	11 (57,9)	3 (15,8)	0 (0)	5 (26,3)	0 (0)	19 (100)	
Gaskin	12 (66,7)	2 (11,1)	0 (0)	4 (22,2)	0 (0)	18 (100)	
Vertical (em pé)	2 (33,3)	0 (0)	0 (0)	4 (66,7)	0 (0)	6 (100)	
Total	1039(43,9)	329(13,9)	10 (0,4)	738 (31,2)	251 (10,6)	2367 (10)	
Peso do recém-nascido							
Menor que 2500g	52 (31,1)	13 (7,8)	0 (0)	90 (53,9)	12 (7,2)	167 (100)	<u><0,0001*</u>
≥2.500 e <4000g	966 (45,3)	299 (14)	10 (0,5)	629 (29,5)	229 (10,7)	2133 (100)	
≥4.000g	21 (31,3)	17 (25,4)	0 (0)	19 (28,4)	10 (14,9)	67 (100)	
Total	1039 (43,9)	329 (13,9)	10 (0,4)	738 (31,2)	251 (10,6)	2367 (100)	

p-valor: probabilidade de significância. * teste de razão de verossimilhança

Nos partos de primíparas, constatou-se percentual maior de episiotomia, enquanto as múltiparas apresentaram maior percentual de períneo íntegro e menor percentual de traumas de primeiro e segundo grau (<0,0001).

Verificou-se relação entre a posição adotada para o parto e a realização de episiotomia. Nos partos nas posições semissentada ou litotômica, houve maior percentual de episiotomia, quando

comparados as demais (<0,0001). Todas as mulheres submetidas à episiotomia estavam na posição horizontal, sendo 19,9% litotômica, 11,9% semissentada e 1,1% lateral.

Identificou-se como Fatores Intervenientes Benéficos (FIB) para o comportamento da musculatura perineal nas parturientes, as Posições Semissentada e Lateral (SIMS), perfazendo total de 1.739 (73%), ao somar-se o surgimento de lesão de primeiro grau com registro de visualização da integridade total preservada da musculatura perineal.

De igual maneira, o FIB para o comportamento da musculatura perineal nas parturientes com relação à posição de Gaskin, com maior percentual de laceração de primeiro grau (66,7%), menor percentual de laceração de segundo grau (11,1%) e nenhum caso de laceração de terceiro e quarto grau ou de episiotomia, enquanto que dentre as mulheres que optaram por parto na posição vertical, houve maior prevalência de períneo íntegro (66,7%). Não houve associação entre posições horizontal e vertical e a ocorrência de lacerações perineais espontâneas.

Em relação ao peso do recém-nascido, quando este possuía menos do que 2500g, constatou-se maior o percentual de períneo íntegro, enquanto para os RN maiores de 4000g, identificou-se maior o percentual de lacerações de segundo grau (<0,0001).

DISCUSSÃO

Do total de 2.367 partos avaliados, em 1.629 (68,7%) houve algum tipo de trauma perineal, sendo 1.378 (58,2%) lacerações espontâneas e 251 (10,5%) episiotomias. O períneo se manteve íntegro em 738 (31,2%) partos.

Revisão sistemática⁽²¹⁾ que analisou de mais de 300.000 partos vaginais, em países de baixa e média renda, para estimar a frequência de episiotomia, lacerações de segundo grau e lesões obstétricas do esfíncter anal, verificou que os traumas perineais afetam mais de 70% das mulheres que tiveram parto vaginal, estando em consonância com as taxas observadas neste estudo.

A prevalência verificada em relação à realização de episiotomia está dentro das taxas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS),⁽²²⁾ que orienta a prática seletiva e afirma que menos de 10% dos partos vaginais devem receber episiotomia. Porém, embora para a população em geral de parturientes, a prevalência seja semelhante à recomendada, quando verificado o percentual de episiotomia, pode-se perceber que a maioria foi realizada em primíparas, o que merece atenção o fato de todas episiotomias terem sido justificadas, como solicitada pela Diretriz Nacional de assistência ao parto ⁽⁶⁾, ou se isso seria tendência, como identificado em outro estudo⁽²¹⁾.

Estudo transversal⁽¹⁸⁾ realizado no Rio de Janeiro, Brasil, que avaliou lacerações perineais em primíparas, demonstrou que são poucas as que vivenciam um parto vaginal e permanecem com o

períneo íntegro. No referido estudo,⁽¹⁸⁾ houve trauma perineal em 71,4% dos casos, sendo 45,5% lacerações espontâneas e 25,9% episiotomias. Outra revisão sistemática ⁽²¹⁾ mostrou que primíparas tinham maior risco de serem submetidas à episiotomia, 62% (IC 95% 40-84%), em comparação com populações com paridade mista, 33% (IC 95% 22-45%), e população múltipara, 25% (IC 21-30%).

Semelhante condição notou-se neste estudo, quando as múltiparas apresentaram comportamento da musculatura perineal mais favorável, tendo apresentado maior percentual de períneo íntegro, também menor percentual de traumas de primeiro e segundo grau (<0,0001).

A posição de parto mais frequentemente adotada pelas mulheres foi a semissentada (n:1.636/69,1%), tendo sido essa posição considerada um FIB para comportamento da musculatura perineal.

E, ao agrupar as posições assumidas pelas parturientes quais sejam, litotomia, semissentada e lateral (SIMS), identificou-se total de 1.704 (85,2%) de parturientes que demonstraram comportamento da musculatura perineal satisfatória, sendo essas posições consideradas neste estudo como FIB.

Na posição de Gaskin, houve maior percentual de laceração de primeiro grau (66,7%), porém menor percentual de laceração de segundo grau (11,1%) e nenhum caso de laceração de terceiro e quarto grau ou de episiotomia, enquanto, dentre as mulheres que optaram por parto em pé, houve maior prevalência de períneo íntegro (66,7%).

A posição semissentada também foi a mais adotada em pesquisa realizada com primíparas, em maternidade escola do estado do Ceará, Brasil.⁽²³⁾ Este estudo também evidenciou associação da realização de episiotomia com as posições horizontais de parto.

Esses resultados demonstram que a adoção de práticas atualmente desencorajadas pelas evidências científicas, entendidas neste estudo como práticas inseridas nos FID, como a imobilização no leito, durante o processo de parturição, e posição litotômica no período expulsivo, podem acarretar maior número de intervenções desnecessárias e repercutir com desfechos negativos, dentre estes, complicações locais, como dor, edema vulvar, hematoma e infecção, além de injúrias, como dispareunia e incontinência urinária e anal⁽¹¹⁾.

O encorajamento para a adoção de posições verticalizadas para o parto tem sido apontado como fator interveniente benéfico FIV para redução da episiotomia. Em ensaio clínico randomizado,⁽²⁴⁾ realizado em hospital universitário de Madrid, Espanha, que teve como objetivo avaliar os efeitos de um modelo alternativo de parto sobre a incidência de parto vaginal assistido e trauma perineal, verificou-se que o modelo alternativo de parto aumentou significativamente a taxa de períneo intacto, em comparação com o modelo tradicional (40,3% vs 12,2%, p <0,001). As taxas

de episiotomia foram significativamente reduzidas no modelo alternativo de parto (21,0% vs 51,4%, $p < 0,001$).

Dessa forma, evidencia-se que o posicionamento pode favorecer as lacerações de baixo grau e as posições verticalizadas adotadas estão relacionadas a uma evolução do trabalho de parto fisiológica, também para manutenção do comportamento favorável/satisfatório da musculatura perineal, além de gerar melhor bem-estar materno e fetal. Portanto, pode-se inferir que encorajar a parturiente a mudanças posturais, tanto na fase passiva do segundo período de trabalho de parto quanto durante a fase ativa do período expulsivo (incentivando apenas o puxo espontâneo), está relacionado à redução das taxas de trauma perineal e de parto instrumentalizado.⁽²⁴⁾

Neste estudo, a maioria das parturientes não utilizou medicamentos para indução e/ou condução do trabalho de parto e período expulsivo, como misoprostol e ocitocina. Assim, não se analisou esta relação com a situação perineal após o nascimento, porém há evidências de que a infusão de ocitocina sintética, durante o trabalho de parto, está relacionada ao desprendimento brusco do polo cefálico do feto, no momento do nascimento, com consequente laceração do períneo.

Estudo realizado em maternidade pública em Goiânia, Brasil,⁽⁹⁾ com objetivo analisar a ocorrência de lacerações perineais associadas ao uso de ocitocina sintética no trabalho de parto, quando associou as posições de parto com o tipo de laceração ocorrida em mulheres que tiveram uso de ocitocina, observou que, entre as mulheres que pariram em posição horizontal, 25% tiveram laceração de primeiro grau e 24,2% foram submetidas à episiotomia. Dentre os partos aconteceram em posições verticalizadas, não houve registro de laceração provocada.

Quando se analisou o peso do RN, observou-se que em partos com RN menores que 2.500g, houve maior prevalência de períneo íntegro, enquanto para RN maiores de 4000g, foi maior o percentual de lacerações de segundo grau ($< 0,0001$). Estudo retrospectivo descritivo,⁽¹⁰⁾ realizado no Hospital Geral de Itapeverica da Serra, São Paulo, observou relação entre o peso do RN e períneo íntegro apenas quando o peso destes é menor que 3.150 gramas. Observou, também,⁽¹⁰⁾ que em partos com RN maiores que 3.300 gramas, há acréscimo de 1,6% na chance de ocorrer laceração de segundo grau, corroborando resultados deste estudo. Em outro estudo retrospectivo realizado em 2014, com registros de uma casa de parto localizada em uma região metropolitana no Distrito Federal (DF), Brasília, observou-se que ocorreram mais lacerações de segundo e terceiro grau em RN com peso de 3.501 a 4.000 gramas.⁽²⁵⁾

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo, de modo geral, permitem concluir que os Fatores Intervenientes Benéficos (FIB), na resposta satisfatória do comportamento da musculatura perineal, apresentaram-se expressivos. As mudanças de posicionamento, durante o processo de parir, demonstram respeito à escolha da mulher e trazem benefícios, como menores índices de lesão perineal. Os resultados possibilitam concluir, também, que os Fatores Intervenientes Danosos (FID), embora reduzidos neste estudo, são geradores de respostas insatisfatórias do comportamento da musculatura perineal, sendo capaz de refletir na funcionalidade dessa área, como a mobilização da mulher no leito em posição litotômica, no período expulsivo, podendo gerar maior número de intervenções desnecessárias e desfechos negativos, aumentando, assim, os índices de lesões perineais.

A relevância deste estudo está, ainda, em apresentar dados, como idade das parturientes e peso do recém-nascido, e relacioná-los às lesões perineais, trazendo elementos que possam melhorar a assistência à mulher, com diminuição de possíveis lesões do períneo.

O trauma perineal continua a ser uma preocupação, devido à prevalência e às consequências futuras às mulheres. Conhecer os fatores intervenientes no comportamento da musculatura perineal é essencial para melhoria da atenção obstétrica, uma vez que possibilita aos profissionais meios para prevenção e, com isso, redução das morbidades associadas à assistência ao parto.

CONTRIBUIÇÕES

Os autores contribuíram igualmente na concepção do projeto de pesquisa, coleta, análise e discussão dos dados, bem como na redação e revisão crítica do conteúdo, com colaboração intelectual, e na aprovação da versão final do estudo.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Azar M, Noohi S, Radfar S, Radfar MH. Sexual function in women after surgery for pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008 Jan;19(1):53-7. doi: 10.1007/s00192-007-0399-4. Epub 2007 Jun 15. PMID: 17571198. [citado 2021 Fev 10]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17571198/>
2. Rosenbaum TY. Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: a literature review. J Sex Med. 2007;4(1):4-13. [citado 2021

Fev 10]. Disponível em: [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)31493-4/fulltext#section-a8e3cf85-9a4f-4bb2-bf45-4b7cef04bc50](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)31493-4/fulltext#section-a8e3cf85-9a4f-4bb2-bf45-4b7cef04bc50)

3. Sapsford R. Rehabilitation of pelvic floor muscles utilizing trunk stabilization. *Man Ther.* 2004;9(1):3-12. [citado 2021 Fev 10]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1356689X03001310?via%3Dihub>

4. Cichowski S, Rogers R. Boletim de Prática Nº 165: Prevenção e Gerenciamento de Lacerações Obstétricas no Parto Vaginal. Comitê de Boletins de Prática do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas - Obstetrícia. *ObstetGynecol.* 2016; 128(1): 1-15. <http://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001523>

5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Tabnet: Nascidos vivos - Brasil [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [citado 2019 Jan 23]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2019 Jan 23]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

7. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2014 [citado 2019 Fev 07]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas>

8. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. ApiceOn: aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em Obstetrícia e Neonatologia [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2019 Jan 23]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/Apice-On-2017-08-11.pdf>

9. Oliveira LB, Mattos DV, Matão ME, Martins CA. Laceração perineal associada ao uso de ocitocina exógena. *RevEnferm UFPE OnLine.* 2017;11(6):2273-8. DOI: 10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201703

10. 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 [Internet]. 2011; 19:77-83. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a13.pdf>
11. 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. DOI: [10.1186/1471-2393-13-59](https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-59)
12. Kettle C, Tohill S. Perineal care. BMJ Clin Evid . 2011; 2011: 1401. Publicado em 11 de abril de 2011. [citado 2021 Fev 10]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275301/>
13. Santos RC, Riesco ML. Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(esp):e68304. DOI: 10.1590/1983-1447.2016.esp.68304.
14. Aasheim V, Nilsen AB, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Review). Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 23];6(6):CD006672. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006672.pub3/pdf/abstract>.
15. Laine K, Skjeldestad FE, Sanda B, Horne H, Spydsaug A, Staff AC. Prevalence and risk factors for anal incontinence after obstetric anal sphincter rupture. Acta Obstet Gynecol Scand. 2011;90(4):319-24. DOI: 10.1111/j.1600-0412.2010.01057.x
16. Chang SR, Chen KH, Lin HH, Chao YM, Lai YH. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study. Int J Nurs Stud. 2011;48(4):409-18. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2010.07.017
17. Oliveira LS, Brito LG, Quintana SM, Duarte G, Marcolin AC. Perineal trauma after vaginal delivery in healthy pregnant women. Sao Paulo Med J. 2014;132(4):231-8. DOI: 10.1590/1516-3180.2014.1324710
18. Caroci AS, Riesco ML, Leite JS, Araújo NM, Scarabotto LB, Oliveira SM. Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. Rev Enferm UERJ. 2014;22(3):402-8. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5415/10509>

19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 985, de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal CPN no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal[Internet]. Brasília (DF);1999 agosto de 05 [citado 2019 Jan 20]. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-92-29-1999-08-05-985>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal (Internet). Brasília (DF): Diário Oficial da União, 7 Jan 2015 [citado 2018 Jan 23]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html
21. Aguiar M, Farley A, Hope L, Amin A, Shah P, Manaseki-Holland S. Birth-related perineal trauma in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Matern Child Health J.* 2019;23(8):1048-70. Review. DOI: [10.1007/s10995-019-02732-5](https://doi.org/10.1007/s10995-019-02732-5)
22. World Health Organization. Care in Normal Birth: a practical guide [Internet]. Geneva: WHO; 1996 [cited 2016 Feb 18]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.
23. Souza MRT, Farias LMVC, Ribeiro GL, Coelho TS, Costa CC, Damasceno AKC. Fatores relacionados ao desfecho perineal após parto vaginal em primíparas: estudo transversal. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2020; 54: e03549. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342020000100404&lng=en. DOI: [10.1590/s1980-220x2018043503549](https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018043503549).
24. Walker C, Rodríguez T, Herranz A, Espinosa JA, Sánchez E, Espuña-Pons M. Alternative model of birth to reduce the risk of assisted vaginal delivery and perineal trauma. *Int Urogynecol J.* 2012;23(9):1249-56. DOI: [10.1007/s00192-012-1675-5](https://doi.org/10.1007/s00192-012-1675-5)
25. Schettini NJ, Griboski RA, Faustino AM. Partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas: .*Rev Enferm UFPE On Line* 2017;11(Supl 2):932-40. DOI: [10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102sup201707](https://doi.org/10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102sup201707).

Correspondência

Chayene Aguiar Rocha

E-mail: chayenerocha@gmail.com

Submissão: 16/08/2020

Aceito: 09/02/2021

Copyright© 2021 Revista de Enfermagem UFPE online/REUOL.

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.