

## ÉPISIOTOMIA, LACERAÇÃO E INTEGRIDADE PERINEAL EM PARTOS NORMAIS: ANÁLISE DE FATORES ASSOCIADOS

### ÉPISIOTOMY, LACERATION AND PERINEAL INTEGRITY IN SPONTANEOUS DELIVERIES: ANALYSIS OF FACTORS ASSOCIATED

### ÉPISIOTOMÍA, DESGARRO E INTEGRIDAD PERINEAL EN PARTOS NORMALES: ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS

Maria Luiza Gonzalez Riesco<sup>I</sup>  
Adriana de Souza Caroci da Costa<sup>II</sup>  
Sandra Ferreira Silva de Almeida<sup>III</sup>  
Anatália Lopes de Oliveira Basile<sup>IV</sup>  
Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira<sup>V</sup>

**RESUMO:** O estudo teve como objetivo associar a integridade perineal, laceração espontânea e episiotomia em partos normais com a idade materna, paridade, idade gestacional, peso e vitalidade do recém-nascido. Estudo retrospectivo realizado no Hospital Geral de Itapeverica da Serra, São Paulo, no período de novembro de 2000 a junho de 2002, com 6.365 partos ocorridos entre 1999 e 2001. Realizou-se análise descritiva e de regressão logística uni e multivariada e calculou-se o *odds ratio* condicional com intervalo de confiança de 95%. Os resultados mostraram que 25,9% das mulheres foram submetidas a episiotomia; 28,6% tiveram a integridade perineal preservada; 45,5% tiveram laceração espontânea. A chance de episiotomia aumenta com a nuliparidade (OR=3,0), prematuridade (OR=2,3) e Apgar<7 no primeiro minuto (OR=2,1), enquanto que a chance de laceração de segundo grau associa-se com peso do recém-nascido >3.300g (OR=1,6). Concluiu-se que o desfecho perineal associou-se com a paridade, prematuridade, peso e vitalidade do recém-nascido.

**Palavras-chave:** Parto; períneo; lacerações; episiotomia.

**ABSTRACT:** The aim was to associate perineal integrity, spontaneous laceration and episiotomy in spontaneous deliveries with maternal age, parity, and gestational age, weight and vitality of the newborn. A cross-sectional study was conducted at the Itapeverica da Serra General Hospital, Sao Paulo, from November to June 2002, with 6,365 births between 1999 and 2001. Descriptive analysis and univariate and multivariate logistic regression were conducted, and the conditional odds ratio was calculated with a 95% confidence interval. The results showed that 25.9% of women underwent episiotomy, in 28.6% perineal integrity was preserved, and 45.5% suffered spontaneous lacerations. The likelihood of episiotomy increases with nulliparity (OR=3.0), prematurity (OR=2.3) and Apgar score < 7 in the first minute (OR=2.1), while the chance of second-degree laceration associated with weight of the newborn > 3,300g (OR=1.6). We concluded that perineal outcome was associated with parity, prematurity, weight and vitality of the newborn.

**Keywords:** Childbirth; perineum; lacerations; episiotomy.

**RESUMEN:** El objetivo fue asociar la integridad perineal, laceración espontánea y episiotomía en partos normales con la edad materna, paridad, edad gestacional, peso y vitalidad del recién nacido. Estudio transversal realizado en el Hospital General de Itapeverica da Serra, São Paulo – Brasil, de noviembre de 2000 a junio de 2002, con 6.365 nacimientos, entre 1999 y 2001. Se realizó análisis descriptivo y regresión logística uni y multivariada, con cálculo de *odds ratio* ajustada con intervalo de confianza de 95%. Los resultados indicaron que 25,9% de las mujeres sufrieron episiotomía; 28,6% tenían la integridad perineal conservada; 45,5% presentaban laceraciones espontáneas. El chance de episiotomía aumenta con la nuliparidad (OR=3,0), prematuridad (OR=2,3) y Apgar <7 en el primer minuto (OR=2,1), mientras que el chance de laceración de segundo grado se asocia con el peso del recién nacido >3.300g (OR=1,6). Se concluyó que el desenlace perineal se asoció con la paridad, prematuridad, peso y vitalidad del recién nacido.

**Palabras clave:** Parto; perineo; laceraciones; episiotomía.

<sup>I</sup>Enfermeira Obstétrica. Mestre em Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Doutora de Enfermagem. Livre-Docente. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil. E-mail: riesco@usp.br.

<sup>II</sup>Enfermeira Obstétrica. Doutora em Enfermagem. Docente do Centro Universitário Adventista de São Paulo. São Paulo, Brasil. E-mail: acarocic@hotmail.com.

<sup>III</sup>Enfermeira Obstétrica. Mestre em Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Docente convidada da Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Responsável pelo Setor de Saúde Materno-Infantil do Hospital e Maternidade Dalila Ferreira Barbosa. Arujá, São Paulo, Brasil. E-mail: sandra\_enf@yahoo.com.br.

<sup>IV</sup>Coordenadora do Centro de Parto Normal e Alojamento Conjunto do Pronto Socorro e Maternidade Zoraida Eva das Dores. Itapeverica da Serra, São Paulo, Brasil. E-mail: anataliabasile@gmail.com.

<sup>V</sup>Enfermeira Obstétrica. Mestre em Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Doutora de Enfermagem. Livre-Docente. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil. E-mail: soniaju@usp.br.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a cada ano, aproximadamente 1,5 milhões de mulheres têm parto vaginal<sup>1</sup> e a maioria delas sofre algum tipo de trauma perineal, seja por episiotomia ou lacerações espontâneas, estando sujeitas à morbidade associada a este trauma.

Entre as principais morbidades estão a dor perineal e o sangramento aumentado. Nesses casos, devido à urgência, os traumas perineais muitas vezes são suturados sem a boa visualização do local, podendo produzir acidentes, com lesão no trato geniturinário e nas estruturas do assoalho pélvico (AP), causando hiper mobilidade uretral e prolapso genital. Após o parto, também podem surgir hematúria, incapacidade vesical e incontinência urinária<sup>2,3</sup>.

A disfunção geniturinária e sexual produzida pelo trauma perineal pode ser também devida à perda ou diminuição do tônus muscular perineal<sup>4</sup>. Porém, esse achado contrasta com dados de outros estudos, os quais concluíram que a via de parto, a paridade, a idade materna, o peso do recém-nascido (RN) e a episiotomia não foram fatores determinantes para a redução da força muscular perineal<sup>5-7</sup>.

Por sua vez, estudo envolvendo 356 primíparas e 341 multíparas entrevistadas três meses após o parto concluiu que a episiotomia seletiva traz benefícios para a prevenção do trauma perineal e do relaxamento da musculatura do AP, reduz a dor perineal e melhora o funcionamento sexual<sup>8</sup>.

Estudo transversal realizado com 303 mulheres no pós-parto identificou que 80,5% delas tinham trauma perineal (60,7% tinham episiotomia) e que a dor perineal está altamente associada com a episiotomia e a idade materna mais avançada<sup>9</sup>.

Em outros estudos, a episiotomia também foi um fator de risco significativo para as lacerações perineais de terceiro grau ou quarto grau, que podem estar associadas aos danos do AP<sup>10,11</sup>. Além disso, considera-se que a episiotomia está fortemente associada à incidência de hemorragia pós-parto e o seu uso rotineiro não está relacionado à redução da morbidade materna e fetal<sup>12</sup>.

Considerando os problemas em curto prazo (perda sanguínea, necessidade de sutura e dor perineal) e em longo prazo (disfunções intestinais, urinárias e sexuais), associados ao trauma perineal no parto, sua redução é uma prioridade para as mulheres e os profissionais que as assistem. Assim, informações sobre sua ocorrência podem contribuir para a assistência ao parto com menores taxas de trauma perineal.

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo associar a episiotomia, laceração espontânea e integridade perineal em partos normais com idade materna, paridade, idade gestacional, peso e vitalidade do RN.

## REFERENCIAL TEÓRICO

Existem poucos estudos, no país, que indicam a prevalência de trauma perineal durante o parto normal. Pesquisa realizada no Hospital Geral de Itapeverica da Serra, com amostra probabilística de 830 prontuários de mulheres que tiveram parto normal, em 2001, indicou a ocorrência 35,8% de lacerações de primeiro grau e 12,2% de segundo grau, com taxa de 26,5% de episiotomia, entre todas as mulheres e de 43,3%, entre as primíparas<sup>13</sup>. Outro estudo, realizado no mesmo município com 217 mulheres que tiveram parto vaginal, entre 2004 e 2005, mostrou que a episiotomia foi realizada em 35% delas<sup>14</sup>.

Análise documental de 725 partos normais ocorridos na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em 2000, constatou a realização de episiotomia em 77,7% das parturientes (64,3% eram primíparas) e ocorrência de lacerações espontâneas em 11,7% delas<sup>15</sup>.

Resultados de centros de parto extra-hospitalares, localizados em Belo Horizonte e em Juiz de Fora, apontam, respectivamente, taxas de episiotomia de 26,2% e 40,2%, em primíparas, e de 15,9% e 24,7%, entre todas as parturientes<sup>16,17</sup>. Estudo realizado em São Paulo, que comparou os resultados de 1.316 partos ocorridos em centro de parto e no hospital de referência, mostrou taxa de episiotomia de 25,7% e 32,9%, respectivamente; considerando-se exclusivamente as nulíparas, as taxas variaram de 41,8% a 49,7%, sem diferença estatisticamente significativa entre os dois locais<sup>18</sup>.

À parte das estatísticas locais referidas nos estudos acima, a única pesquisa em âmbito nacional que apresenta dados sobre episiotomia em 5.028 nascimentos mostrou taxa de 71,6%, com variação regional de 54,8% a 80,3%, no Norte e Sudeste, respectivamente<sup>19</sup>.

Outros estudos indicam também uma grande variação das taxas de episiotomia no mundo, com valores de 9,7% (Suécia) a 100% (Taiwan), ficando a maioria abaixo de 50%. Quando são consideradas apenas as primíparas, a quase totalidade das estatísticas de episiotomia identificadas é superior a 65%<sup>20</sup>.

Nos Estados Unidos (EUA), os dados mostram a tendência de redução do uso rotineiro de episiotomia. Em 1998, 62% dos partos foram sem episiotomia e, entre 1980 e 1998, os casos de laceração de primeiro e segundo graus passaram de 133.000 para 882.000, representando 43% e 82% do total de traumas perineais, respectivamente<sup>21</sup>.

A prevalência de trauma perineal é elevada, mesmo em serviços com taxas desprezíveis de episiotomia. Resultados de ensaio clínico randomizado sobre o manejo do períneo, realizado nos EUA com 1.176 mulheres que deram à luz sem episiotomia, mostrou que dentre aquelas sem partos anteriores, 18,8% tiveram laceração de primeiro grau e 29% de segundo grau<sup>22</sup>.

A ocorrência de lacerações perineais no parto normal depende de diversos fatores, que podem estar relacionados às condições maternas, ao feto e ao parto em si. Embora estes fatores não estejam definitivamente estabelecidos, existem evidências indicando o local do parto e o profissional que assiste, a escolaridade materna, a paridade, a altura do períneo, a duração do segundo estágio do parto, a cicatriz perineal anterior, a infusão de ocitocina, a posição no parto, os puxos dirigidos, as manobras de proteção perineal, o peso e o perímetro cefálico do RN, como fatores relacionados, entre outros<sup>22-29</sup>.

## METODOLOGIA

**Estudo retrospectivo**, mediante análise documental, sobre o desfecho perineal em mulheres atendidas no Centro de Parto Normal (CPN) do Hospital Geral de Itapeverica da Serra (HGIS). O HGIS é um hospital público, gerenciado por uma organização social de saúde, que atende mulheres provenientes de quatro municípios da Região Metropolitana da Grande São Paulo. Em 2001, a média mensal de nascimentos foi de 402, com 71% de partos normais. O CPN funciona no sistema PPP (pré-parto, parto e pós-parto), em que a mulher permanece desde a internação até duas horas após a dequitação. Depois de avaliada pela enfermeira obstétrica, a puérpera é encaminhada ao alojamento conjunto.

Desde sua inauguração, em 1999, os partos normais no HGIS são assistidos por enfermeiras obstétricas, mediante um protocolo que exclui a episiotomia de rotina. Inicialmente, a episiotomia era indicada nos casos de distensibilidade restrita do períneo, desprendimento cefálico em occípito-sacra, edema vulvar, sofrimento fetal e prematuridade extrema. A partir de 2002, esse protocolo foi modificado, retirando-se as indicações em caso de edema vulvar e variedade occípito-sacra, acrescentando-se a macrossomia fetal, apresentação pélvica e períneo curto, ou seja, com distância inferior a três centímetros entre fúrcula e ânus.

A equipe de médicos obstetras é responsável por admitir as parturientes, assistir os partos operatórios e distócicos e oferecer retaguarda nas intercorrências detectadas pelas enfermeiras obstétricas. A equipe de médicos neonatologistas é responsável por prestar os cuidados imediatos ao RN.

A população do estudo foi constituída por 6.365 mulheres que tiveram parto normal, entre julho de 1999 e junho de 2001. Os dados foram coletados pelas pesquisadoras, no período de novembro de 2000 a junho de 2002, utilizando como fonte o livro de registro de partos do CPN. Foi realizado um pré-teste, constatando-se a consistência dos dados anotados no livro. Eventualmente, quando o registro estava incompleto, os dados foram obtidos do prontuário. Foram excluí-

das as mulheres que deram à luz fora do CPN. No HGIS, a classificação adotada para as lacerações perineais considera: primeiro grau, quando existe solução de continuidade apenas na pele, no tecido subcutâneo e na mucosa vaginal; segundo grau, quando existe trauma nos feixes musculares, sem atingir o esfíncter anal interno; terceiro grau, quando ocorre rotura do esfíncter anal interno; quarto grau, quando a parede retal é afetada, expondo a luz do reto.

O desfecho perineal foi a variável dependente, classificada como: episiotomia, períneo íntegro e laceração perineal espontânea de primeiro, segundo ou terceiro graus. As variáveis independentes foram: idade materna, número de partos vaginais anteriores, nuliparidade (nenhum parto vaginal anterior), idade gestacional (pré-termo: entre 22 e 36 semanas e seis dias; termo: 37 semanas ou mais), peso (em gramas) e vitalidade do RN no primeiro e quinto minutos de vida (boas condições: Apgar  $\geq 7$ ; deprimido: Apgar  $< 7$ ).

Os dados foram armazenados em um banco de dados no aplicativo Excel e analisados pelo programa estatístico SPSS-10.0. Para a análise descritiva foram calculadas as frequências absoluta e relativa. Para as variáveis quantitativas foram calculadas também as medidas de tendência central e dispersão (média, mediana, desvio-padrão, máximo e mínimo). Foi realizada a análise de regressão logística uni e multivariada, pelo teste qui-quadrado. Pelo modelo de regressão univariada foi analisada a associação entre idade materna, número de partos vaginais anteriores, nuliparidade, idade gestacional, peso e vitalidade do RN e ocorrência de episiotomia, integridade perineal, laceração espontânea e grau de laceração. Para a análise multivariada foram consideradas as variáveis com valores de  $p \leq 0,05$ . Pelo modelo de regressão multivariada, utilizando o processo de seleção de variáveis passo-a-passo, foi calculado o *odds ratio* condicional com intervalo de confiança de 95%. Foram adotados pontos de corte do peso do RN, com valores de 3.150 e 3.300 gramas medidos pela curva ROC, para análise da integridade perineal e do grau de laceração, respectivamente.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo número 87/2000) e, posteriormente, foi renovada a aprovação pelo CEP do HGIS.

## RESULTADOS

Os resultados referem-se a 6.365 registros, relativos ao total de partos normais assistidos pelas enfermeiras obstétricas no período estudado.

A média de idade das mulheres foi de 24 anos ( $dp = 6$ ), com mínimo de 12 e máximo de 48. O número de partos vaginais anteriores variou de zero a 16, com mediana de um parto. A média de peso dos RN foi de 3.123 gramas ( $dp = 538$ ), com mínimo de 530g e máximo de 5.535g. Houve 603 RN de baixo

peso (< 2500g), sendo 31 nativos de muito baixo peso (< 1500g), dos quais, 21 eram de extremo baixo peso (< 1000g).

Em relação ao desfecho perineal, 2.895 (45,5%) mulheres tiveram laceração espontânea, 1.823 (28,6%) tiveram períneo íntegro e 1.647 (25,9%) tiveram episiotomia; destas, 1.624 eram médio-lateral direita (EMLD) e 23 eram medianas. Entre as mulheres com EMLD, ocorreram 32 casos de laceração perineal concomitante (20 de primeiro grau, 11 de segundo grau e 1 de terceiro grau). Quanto ao grau de laceração nas 1.823 mulheres sem episiotomia, 2.100 (72,5%) eram de primeiro grau, 789 (27,3%) de segundo grau e 6 (0,2%) de terceiro grau.

A distribuição das mulheres e dos RN, segundo as variáveis idade materna, partos vaginais anteriores, idade gestacional, peso ao nascer, índice de Apgar e desfecho perineal são mostradas na Tabela 1.

A distribuição das mulheres com laceração perineal espontânea, segundo o grau de laceração, é apresentada na Tabela 2.

Os resultados da análise de regressão logística multivariada são apresentados na Tabela 3. Na análise pelo modelo de regressão logística multivariada, as variáveis que se associam à episiotomia são número de partos vaginais anteriores, nuliparidade, idade gestacional e índice de Apgar no primeiro minuto de vida do RN. O índice de Apgar no quinto minuto associa-se com integridade perineal, destacando-se que no grupo de RN com Apgar < 7 situam-se 45% dos bebês de muito baixo peso e 48% daqueles de extremo baixo peso. A associação entre peso do RN e integridade perineal existe apenas quando o peso é inferior a 3.150g; quando o peso é superior a 3.300g, existe associação com laceração perineal de segundo grau, de acordo com os valores de corte referidos na metodologia.

**TABELA 1:** Distribuição das mulheres segundo a idade materna, número de partos vaginais anteriores, idade gestacional, peso do RN, índice de Apgar e desfecho perineal. Itaipicirica da Serra, 1999-2001

Desfecho perineal	Laceração espontânea		Íntegro		Episiotomia		Total	
	n=2.895	%	n=1.823	%	n=1.647	%	n=6.365	%
<b>Idade materna (anos)<sup>(*)</sup></b>			p<0,001		p<0,001			
< 15	22	0,3	11	0,2	16	0,3	49	0,8
15 - 20	695	10,9	356	5,6	599	9,4	1.650	25,9
20 - 25	1.081	17	564	8,9	548	8,6	2.193	34,4
25 - 30	591	9,3	434	6,8	295	4,6	1.320	20,7
30 - 35	332	5,2	280	4,4	125	2	737	11,6
35 - 40	134	2,1	135	2,1	53	0,8	322	5,1
>40	40	0,6	43	0,7	11	0,2	94	1,5
<b>Partos vaginais anteriores<sup>(*)</sup></b>			p<0,001		p<0,001			
Nuliparidade	599	9,4	252	4	653	10,3	1.504	23,6
Um	957	14,9	449	7,1	645	10,1	2.051	32,3
Dois	712	11,2	387	6,1	228	3,6	1.327	20,8
Três	337	5,3	276	4,3	67	1,1	680	10,7
Quatro ou mais	290	4,6	459	7,2	54	0,8	803	12,6
<b>Idade gestacional (semanas)<sup>(*)</sup></b>			p=0,007		p<0,001			
37	2.780	43,8	1.618	25,4	1.434	22,5	5.832	91,6
< 37	115	1,8	205	3,2	213	3,3	533	8,4
<b>Peso do RN (gramas)<sup>(*)</sup></b>			p<0,001					
< 1500	3	-	62	1	24	0,4	89	1,4
1500 - 2000	16	0,3	37	0,6	52	0,8	105	1,6
2000 - 2500	131	2,1	146	2,3	132	2,1	409	6,4
2500 - 3000	768	12	536	8,4	386	6,1	1.690	26,6
3000 - 3500	1.287	20,1	723	11,3	662	10,4	2.672	42
3500 - 4000	585	9,2	273	4,3	331	5,2	1.189	18,7
4000 - 4500	94	1,5	41	0,6	56	0,9	191	3
>4500	11	0,2	5	0,1	4	0,1	20	0,3
<b>Apgar 1º minuto<sup>(*)</sup></b>			p<0,001					
= 7	2.731	43,7	1.671	26,7	1.479	23,6	5.881	94
< 7	129	2,1	89	1,4	155	2,5	373	6
<b>Apgar 5º minuto<sup>(*)</sup></b>			p=0,017					
7	2.851	45,4	1.745	27,9	1.619	25,9	6.215	99,2
< 7	12	0,2	18	0,3	17	0,3	47	0,8

<sup>(\*)</sup>Variável associada na regressão univariada (p-valor =0,05), considerando a ocorrência ou não de períneo íntegro e a ocorrência ou não de episiotomia; teste 2. <sup>(†)</sup>Natimorto = 77; ignorado = 34. <sup>(‡)</sup>Natimorto = 77; ignorado = 26

**TABELA 2:** Distribuição das mulheres segundo a idade materna, número de partos vaginais anteriores, idade gestacional, peso do RN, índice de Apgar e grau da laceração perineal. Itapeçerica da Serra, 1999-2001.

Grau da laceração	Primeiro n=2.100	%	Segundo n=789	%	Terceiro n=6	%	Total n=2.895	%
<b>Idade materna (anos)</b>								
< 15	18	0,6	4	0,1	-	-	22	0,8
15 - 20	526	18,2	169	5,8	-	-	695	24
20 - 25	776	26,9	303	10,5	2	0,1	1.081	37,3
25 - 30	417	14,4	173	6	1	-	591	20,4
30 - 35	244	8,4	85	2,9	3	0,1	332	11,5
35 - 40	89	3,1	45	1,6	-	-	134	4,6
>40	30	1	10	0,3	-	-	40	1,4
<b>Partos vaginais anteriores</b>								
Nuliparidade	427	14,7	170	5,9	2	0,1	599	20,7
Um	703	24,3	251	8,7	3	0,1	957	33,1
Dois	504	17,4	208	7,2	-	-	712	24,6
Três	242	8,4	94	3,2	1	-	337	11,6
Quatro ou mais	224	7,7	66	2,3	-	-	290	10
<b>Idade gestacional (semanas)<sup>(*)</sup></b>								
37	2.007	69,4	768	26,5	5	0,2	2.780	96
< 37	93	3,2	21	0,7	1	-	115	4
<b>Peso do RN (gramas)<sup>(*)</sup></b>								
< 1500	3	0,1	-	-	-	-	3	0,1
1500 - 2000	15	0,5	1	-	-	-	16	0,5
2000 - 2500	112	3,9	19	0,7	-	-	131	4,5
2500 - 3000	593	20,5	174	6	1	-	768	26,5
3000 - 3500	926	32	358	12,4	3	0,1	1.287	44,6
3500 - 4000	392	13,5	191	6,6	2	0,1	585	20,2
4000 - 4500	52	1,8	42	1,5	-	-	94	3,2
>4500	7	0,2	4	0,1	-	-	11	0,4
<b>Apgar 1º minuto<sup>(*)</sup></b>								
7	1.984	69,4	742	25,9	5	0,2	2.731	95,5
< 7	94	3,3	34	1,2	1	-	129	4,5
<b>Apgar 5º minuto<sup>(*)</sup></b>								
7	2.071	72,4	774	27	6	0,2	2.851	99,6
< 7	10	0,3	2	0,1	-	-	12	0,4

<sup>(\*)</sup>Variável associada na análise de regressão univariada (p-valor = 0,05), considerando a ocorrência ou não de laceração de segundo grau; teste 2. <sup>(\*)</sup>Natimorto = 15; ignorado = 20. <sup>(\*)</sup>Natimorto = 12; ignorado = 20

**TABELA 3:** Valores de *odds ratio* (OR), intervalo de confiança (IC) e P-valor das variáveis associadas à ocorrência ou não de episiotomia, integridade perineal e laceração espontânea de segundo grau na regressão multivariada. Itapeçerica da Serra, 1999-2001.

Variáveis associadas	p-valor <sup>(*)</sup>	OR	IC
<b>Episiotomia (n=6.365)</b>			
Número de partos vaginais anteriores	<0,001	0,6	0,5-0,6
Nuliparidade	<0,001	3	2,6-3,4
Idade gestacional	<0,001	2,3	1,9-2,8
Apgar 1º minuto	<0,001	2,1	1,7-2,6
<b>Integridade perineal (n=4.718)</b>			
Número de partos vaginais anteriores	<0,001	1,4	1,3-1,4
Nuliparidade	<0,001	1,6	1,4-1,9
Idade gestacional	<0,007	2,4	1,9-3,1
Apgar 5º minuto	0,017	2,5	1,2-5,1
Peso do RN	0,007	1,6	1,4-1,8
<b>Laceração de segundo grau (n=2.895)</b>			
Peso do RN	<0,001	1,6	1,4-1,9

<sup>(\*)</sup>Teste 2

## DISCUSSÃO

Mesmo quando adotadas políticas de assistência obstétrica baseadas em evidências científicas, as mulheres que têm parto normal estão propensas a sofrer algum trauma perineal decorrente de episiotomia e de lacerações espontâneas<sup>13,14,16-18,21,22,29</sup>. Isto pode ser observado no presente estudo, que acompanhou 6.365 partos normais, dos quais 38,4% ocorreram com trauma perineal considerado grave, que inclui a episiotomia e a laceração perineal de segundo ou terceiro grau. Destaca-se ainda que 32 mulheres tiveram episiotomia associada à laceração perineal, podendo determinar maior morbidade materna. Por sua vez, na maioria dos partos (61,6%) a integridade perineal foi preservada ou ocorreram apenas lacerações de primeiro grau, que têm evolução clínica favorável, sem repercussão negativa nas atividades da puérpera ou no AP.

A associação entre episiotomia e paridade é a relação melhor documentada na literatura<sup>22,24,27</sup>; neste estudo verificou-se que quanto maior o número de partos, menor é a chance de ocorrer episiotomia; as mulheres sem parto vaginal anterior têm 3 vezes mais chance de serem submetidas a episiotomia. Por outro lado, a nuliparidade associa-se com maior chance de preservação da integridade perineal (OR=1,6), cuja plausibilidade clínica pode ser atribuída à maior elasticidade perineal entre as mulheres sem cicatriz anterior. Vale reiterar que uma das indicações de episiotomia no HGIS é a distensibilidade restrita do períneo, produzida frequentemente na episiotomia médio-lateral.

Quanto à idade gestacional, a episiotomia é praticada sob alegação de abreviar o período de expulsão e proteger as estruturas cerebrais do feto prematuro, reduzindo o risco de hemorragia intracraniana no neonato. No HGIS, a prematuridade é uma das indicações de episiotomia no serviço, especialmente nos casos extremos. Os resultados deste estudo mostram que as mulheres com parto prematuro possuem 2,3 vezes mais chance de ter episiotomia.

A rigidez perineal, a primiparidade e a prematuridade estão entre os quatro principais motivos para indicar esse procedimento entre os profissionais do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo<sup>30</sup>.

O estado fetal não tranquilizador, traduzido por anormalidade no padrão dos batimentos cardio-fetais, pode levar o profissional a realizar a episiotomia, com a finalidade de abreviar o período expulsivo do parto. Nesses casos, a vitalidade do RN pode estar comprometida imediatamente após o nascimento. No presente estudo, o índice de Apgar no primeiro minuto de vida associa-se a episiotomia, indicando 2,1 vezes mais chance de sua ocorrência nos partos em que o bebê nasce deprimido.

Com relação à integridade perineal, sua chance aumenta entre as mulheres com um ou mais partos vaginais anteriores. Também, se o peso do RN está abaixo de 3.150g, a chance do períneo se manter íntegro no

parto normal é maior (OR=1,6); além disso, as mulheres com parto prematuro têm 2,4 vezes mais chance de ter o períneo íntegro. Quando se observa que existe 2,5 vezes mais chance de integridade perineal em partos com RN deprimidos no quinto minuto de vida, deve-se considerar a possível interação entre as variáveis prematuridade, peso ao nascer e índice de Apgar.

No que se refere à laceração perineal, o peso do RN aparece como a única variável associada, indicando que quanto maior o peso, maior é a chance de sua ocorrência. Conforme o ponto de corte estabelecido, verifica-se que as mulheres com bebês acima de 3.300g têm 1,6 vezes mais chance de ocorrer laceração de segundo grau. Embora identificada nos resultados deste estudo, a associação entre peso do RN e trauma perineal precisa ser analisada em pesquisas futuras, dada a divergência encontrada na literatura<sup>22,24,25</sup>.

Por fim, à parte das limitações inerentes aos estudos com fontes secundárias, vale considerar que apesar da episiotomia ser um desfecho perineal registrado com precisão no livro de partos e no prontuário, o mesmo pode não ocorrer com a laceração perineal, pois variáveis relacionadas a diferenças anatômicas da região vulvoperineal de cada mulher podem interferir na classificação da laceração perineal.

Estudo que buscou avaliar o viés de classificação do grau de laceração perineal no parto normal entre enfermeiras obstétricas mostrou a necessidade de homogeneizar essa classificação, especialmente, nos casos de lacerações de segundo e terceiro graus. Nesse sentido, são recomendados o uso de instrumentos de fácil aplicação clínica e a adoção de protocolos de avaliação pelos serviços que prestam assistência ao parto, pois nas lacerações de segundo grau, devido à falta de delimitação dessas lacerações e à sua extensão e profundidade variadas, esta avaliação envolve maior complexidade<sup>31</sup>.

Por sua vez, as lacerações de terceiro grau, em geral, são subestimadas quando se usa a classificação tradicional. Do ponto de vista clínico e funcional, uma alternativa é a classificação que considera o acometimento do esfíncter anal externo e interno para a classificação do trauma perineal de terceiro grau, subdividindo-o em 3A (acomete menos que 50% do esfíncter anal externo), 3B (acomete mais que 50% do esfíncter anal externo) e 3C (acomete o esfíncter anal interno)<sup>32</sup>.

## CONCLUSÃO

O desfecho perineal associou-se com a paridade, prematuridade, peso e vitalidade do RN. Os fatores que aumentam a chance da episiotomia ser praticada foram nuliparidade, prematuridade e vitalidade reduzida do concepto. A chance de ocorrer laceração perineal de segundo grau aumenta quando o peso do RN é maior que 3.300gramas. Quanto à integridade perineal, sua

chance aumenta em função do número de partos vaginais anteriores e do peso do RN abaixo de 3.150 gramas. Embora a nuliparidade, prematuridade e vitalidade reduzida do concepto também se associem com a integridade perineal, esta associação deve ser mais bem investigada, devido à possível interação entre estes e outros fatores relacionados ao parto.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). DATASUS. Nascidos vivos. Brasil. Nascimento por residência da mãe segundo Região. Tipo de parto: vaginal, 2007 [citado em 6 abr 2010]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
2. Reis AB, Barrote D, Souza ELBL. Anatomia feminina. In: Souza ELBL. Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2002. p.1-18.
3. Cury J, Simonetti R. Trauma urológico na gravidez e no parto. In: Bruschini H, Truzzi JC, Srougi M. Distúrbios urológicos na gravidez. Barueri (SP): Manole; 2006. p.201-11.
4. Leeman LM, Rogers RG, Greulich B, Albers LL. Do unsutured second-degree perineal lacerations affect postpartum functional outcomes? *J Am Board Fam Méd.* 2007; 20(5):451-7.
5. Menta SS, Schirmer J. Relação entre a pressão muscular perineal no puerpério e o tipo de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006; 28(9):523-9.
6. Scarpa KP, Herrmann V, Palma PCR, Riccetto CLZ, Morais SS. Sintomas urinários irritativos após parto vaginal ou cesárea. *Rev Assoc Med Bras.* 2009; 55(4):416-20.
7. Caroci AS, Riesco MLG, Sousa WS, Cotrim AC, Sena EM, Rocha NL, Fontes CNC. Analysis of pelvic floor musculature function during pregnancy and postpartum: a cohort study. *JCN.* 2010; 19(17-18):2424-33.
8. Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kackoroswiski J, Jorgensen SH, Franco ED et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol.* 1994; 171:591-8.
9. Francisco AA, Oliveira SMJV, Silva FMB, Bick D, Riesco MLG. Women's experiences of perineal pain during the immediate postnatal period: a cross-sectional study in Brazil. *Midwifery.* No prelo, 2010. doi10.1016/j.midw.2010.10.012
10. Klein MC, Janssen PA, MacWilliam L, Kaczorowski J, Johnson B. Determinants of vaginal-perineal integrity and pelvic floor functioning in childbirth. *Am J Obstet Gynecol.* 1997; 176:403-10.
11. Jones, KD. Incidence and risk factors for third degree perineal tears. *Int J Gynecol Obstet.* 2000; 71(3):227-9.
12. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* In: The Cochrane Library, Issue 10, Art.nº CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2
13. Schneck CA, Riesco MLG. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar em Itapeverica da Serra-SP. *Rev Min Enferm.* 2006; 10:240-6.
14. Rocha IMS, Oliveira SMJV, Schneck CA, Riesco MLG, Costa ASC. O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43:880-8.
15. Davim RMB, Enders BC, Reis MN. Estudo retrospectivo quanto à prática da episiotomia e a ocorrência de lacerações perineais em uma maternidade-escola. *Nursing (São Paulo).* 2003; 62(6):38-42.
16. Campos SEV. Avaliação da qualidade de assistência no centro de parto normal Dr. David Capistrano da Costa Filho, em Belo Horizonte, Minas Gerais [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.
17. Fernandes BM. Casa de parto: experiências e vivências orientam um novo pensar em saúde. Juiz de Fora (MG): Ed. UFJF; 2006.
18. Schneck CA. Estudo comparativo dos resultados maternos e perinatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital - São Paulo (SP) [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
19. Lago TDG, Lima LP. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: Ministério da Saúde (Br). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006 [texto na Internet]. Brasília (Br): Ministério da Saúde; 2009. p.150-68 [citado em 2009 ago 24] Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio\\_final\\_pnds2006.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf)
20. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth.* 2005; 32(3):219-23.
21. Weeks JD, Kozak LJ. Trends in the use of episiotomy in the United States: 1980-1998. *Birth.* 2001; 28(3):152-60.
22. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Factors related to genital trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth.* 2006; 33(2):94-100.
23. Hornemann A, Kamischke A, Luedders DW, Beyer DA, Diedrich K, Bohlmann MK. Advanced age is a risk factor for higher grade perineal lacerations during delivery in nulliparous women. *Arch Gynecol Obstet.* 2010; 281:59-64.
24. Kudish B, Sokol RJ, Kruger M. Trends in major modificate risk factors for severe perineal trauma, 1996-2006. *Int J Gynaecol Obstet.* 2008; 102(2):165-70.
25. Mikolajczyk RT, Zhang J, Troendle J, Chan L. Risk factors for birth canal lacerations in primiparous women. *Am J Perinatol.* 2008; 25(5):259-64.
26. Rizk DEE, Abadir MN, Thomas LB, Abu-Zidan F. Determinants of the length of episiotomy or spontaneous posterior perineal lacerations during vaginal birth. *Int Urogynecol J.* 2005; 16:395-400.
27. Samuelsson E, Ladfors L, Lindblom BG, Hagberg H. A prospective observational study on tears during vaginal delivery: occurrences and risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002; 81(1):44-9.
28. Soong B, Barnes M. Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association? *Birth.* 2005; 32(3):164-9.
29. Mouta RJO, Pilotto DTS, Vargens OMC, Progianti JM. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Rev enferm UERJ.* 2008; 16:472-6.
30. Oliveira SMJV, Miquilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev esc enferm USP.* 2005; 39:288-95.
31. Metcalfe A, Tohill S, Williams A, Haldon V, Brown L, Henry L. A pragmatic tool for the measurement of perineal tears. *Br J Midwifery.* 2002; 10(7):412-7.
32. Kettle C. Anatomy of pelvic floor. In: Henderson C, Bick D, editors. *Perineal care: an international issue.* London (UK): Quay Books; 2005. p.18-31.