

## Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas

### Locus of perineal lacerations in vaginal birth among primiparous women

### Localización de las laceraciones perineales en el parto normal en mujeres primíparas

Adriana de Souza Caroci<sup>I</sup>; Maria Luíza Gonzalez Riesco<sup>II</sup>; Jaqueline Sousa Leite<sup>III</sup>; Natalúcia Matos Araújo<sup>IV</sup>; Leila Barreto Scarabotto<sup>V</sup>; Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira<sup>VI</sup>

**RESUMO:** Estudo de tipo transversal, cujo objetivo foi analisar a distribuição das lacerações vulvo-perineais e os fatores relacionados à sua localização nas regiões anterior e posterior do períneo no parto normal. A amostra foi constituída por 317 primíparas que tiveram parto normal sem episiotomia e apresentaram laceração perineal. Os dados foram coletados em dois centros de parto normal, nas cidades de São Paulo e Itapeverica da Serra, Estado de São Paulo, no período de 2001 a 2012, e integram o banco de dados de cinco subprojetos vinculados ao projeto Trauma perineal no parto normal: prevenção, morbidade e cuidados. Houve predomínio de lacerações na região posterior do períneo. Não houve diferença estatística significativa em relação ao local da laceração perineal e a posição materna no parto, variedade de posição no desprendimento cefálico, circular de cordão umbilical e peso do recém-nascido, porém houve diferença significativa em relação ao tipo de puxo.

**Palavras-Chave:** Parto; períneo; lacerações; enfermagem obstétrica.

**ABSTRACT:** Cross-sectional study, aiming at analyzing the distribution of vulvo-perineal lacerations and factors related to its location in anterior and posterior region of perineum in spontaneous birth. Sample was comprised of 317 women who had vaginal delivery without episiotomy and with perineal laceration. Data were collected in two centers of normal birth, in the cities of São Paulo and Itapeverica da Serra, in the state of São Paulo, Brazil, from 2001 to 2012. It integrates the database of five subprojects under the Perineal trauma in normal birth: prevention, morbidity and care project. There was predominance of lacerations in the posterior perineum region. There was no statistically significant difference in relation to the location of the perineal laceration and the maternal position during delivery, variety of fetal head position in the detachment, umbilical cord circular, and weight of the new-born, but there was significant difference concerning the kind of pushing.

**Keywords:** Parturition; perineum; lacerations; nurse-midwifery.

**RESUMEN:** Estudio transversal, cuyo objetivo fue analizar la distribución vulvo-perineal de las laceraciones y los factores relacionados con su localización en el parto normal. La muestra consistió de 317 mujeres primíparas que tuvieron parto normal sin episiotomía y presentaron laceración perineal. Los datos fueron recolectados en dos centros de parto normal, en las ciudades de São Paulo e Itapeverica da Serra, Estado de São Paulo – Brasil, de 2001 a 2012, y forman parte de la base de datos de cinco subproyectos relacionados al proyecto Trauma perineal en el parto normal: prevención, morbilidad y cuidados. Hubo predominio de laceraciones en la región posterior del períneo. No hubo diferencia estadísticamente significativa en relación a la localización de la laceración perineal y la posición materna durante el parto, variedad de posición en la cabeza fetal en el desprendimiento, circular de cordón umbilical y peso del recién nacido, pero hubo diferencia significativa en relación al tipo de pujo.

**Palabras Clave:** Parto; períneo; laceraciones; enfermería obstétrica.

## INTRODUÇÃO

São poucas as mulheres que permanecem com o períneo íntegro após um parto normal, pois a maioria é submetida a episiotomia ou sofre lacerações perineais espontâneas<sup>1</sup>. Problemas como dor e dispareunia são morbidades relatadas com frequência no pós-parto em decorrência dos traumas perineais<sup>2</sup>.

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde permitem estimar que, na primeira metade da década de 2000, 71,6% dos partos normais ocorridos no Brasil foram com episiotomia<sup>3</sup>.

Entre os 6.365 partos normais ocorridos no Hospital Geral de Itapeverica da Serra, São Paulo, entre

<sup>I</sup>Enfermeira Obstétrica. Doutora em Enfermagem. Professora Doutora do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, Brasil. E-mail: acaroci@usp.br.

<sup>II</sup>Enfermeira Obstétrica. Livre-docente. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. E-mail: riesco@usp.br.

<sup>III</sup>Enfermeira Obstétrica. Mestre em Cuidado em Saúde. Enfermeira da Maternidade Municipal Alice Campos Mendes Machado. Embu das Artes, São Paulo, Brasil. E-mail: jaquelinesousa26@hotmail.com.

<sup>IV</sup>Enfermeira Obstétrica. Doutora em Enfermagem. Professora Doutora do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, Brasil. E-mail: natalucia@usp.br.

<sup>V</sup>Enfermeira Obstétrica. Mestre em Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Enfermeira do Hospital de Arzignano, Vicenza, Itália. Membro do Conselho dos Enfermeiros de Vicenza. E-mail: leilabarreto@hotmail.it.

<sup>VI</sup>Enfermeira Obstétrica. Livre-docente. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. E-mail: soniaju@usp.br.

<sup>VII</sup>Agradecimento à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

1999 e 2001, o trauma perineal ocorreu em 71,4% dos casos (45,5% de lacerações espontâneas e 25,9% de episiotomias). Entre as primíparas sem episiotomia, 50,2% delas tiveram lacerações de primeiro grau e 20%, de segundo grau. A paridade, idade gestacional, vitalidade e peso do recém-nascido (RN) mostraram associação com o desfecho perineal<sup>4</sup>.

Embora diversos estudos realizados no Brasil e no exterior abordem a prevalência e os fatores relacionados com a episiotomia, poucas pesquisas dedicam-se a analisar as lacerações perineais espontâneas<sup>5,6</sup>.

A pesquisa realizada com 2.883 parturientes, entre 1995 e 1997, na Suécia, mostrou que dentre as 1.296 primíparas do estudo, 34,8% tiveram lacerações de primeiro grau, que ocorreram com mais frequência na região posterior do períneo, seguidas das lacerações de pequenos lábios, vestíbulo e clitóris. As lacerações de segundo grau ocorreram em 38,5% das primíparas e distribuíram-se na linha mediana e do lado esquerdo ou direito da região perineal posterior. Além da avaliação do grau e do tamanho da laceração, o estudo propõe um modelo de classificação, considerando a localização, o tamanho e a forma do trauma<sup>7</sup>.

No Brasil, alguns estudos têm descrito a localização das lacerações, porém os fatores e morbidades relacionados à sua distribuição na região vulvo-perineal têm sido pouco analisados<sup>6,8-11</sup>.

O objetivo do presente estudo foi analisar a distribuição das lacerações na região vulvo-perineal e fatores relacionados à sua localização nas regiões anterior e posterior do períneo no parto normal.

## REVISÃO DE LITERATURA

O períneo é uma área losângica, cuja linha transversa o divide em duas regiões triangulares – anterior e posterior. A região anterior contém os órgãos genitais externos, que compreendem os lábios maiores e menores, o vestíbulo vaginal e o clitóris, formando a vulva. A região posterior contém o ânus. Um conjunto de músculos superficiais e profundos participa das estruturas do períneo. No parto vaginal, durante o desprendimento da apresentação fetal, estas formações musculares se distendem, em sinergia com a vagina, formando um canal membranoso, sujeito a soluções de continuidade<sup>12</sup>.

Portanto, a localização das lacerações é variável. Aquelas que ocorrem na região anterior do períneo envolvem clitóris, lábios e região vestibular, enquanto na região posterior, podem atingir a parede vaginal, a fúrcula e a musculatura perineal e anal. Em geral, as lacerações na região anterior estão associadas a menos morbidade e menos necessidade de sutura, enquanto na região posterior ocorrem mais complicações, como hematomas, fístulas e lesões do esfíncter anal e da mucosa retal. As lacerações na região posterior são

mais frequentes quando a episiotomia é adotada como rotina, enquanto seu uso restrito aumenta o risco das lesões anteriores<sup>13</sup>.

Em relação à profundidade e aos tecidos afetados, as lacerações de primeiro grau atingem apenas a pele ou a mucosa; nas de segundo grau, feixes musculares também sofrem alguma solução de continuidade. Quando a laceração atinge o esfíncter anal, é considerada de terceiro grau; caso haja lesão envolvendo a mucosa retal, é considerada de quarto grau<sup>14,15</sup>.

Para descrever as lacerações de primeiro e segundo graus, identificou-se na literatura um modelo que divide a região vulvo-perineal em três partes, combinando o local, o tamanho e a forma da laceração. Para as lacerações nos lábios e clitóris, o modelo apresenta cinco esquemas, para o períneo, apresenta quatro esquemas e para vagina, também quatro esquemas<sup>7</sup>.

Outro modelo, mais frequentemente utilizado, considera a localização na região anterior (clitóris, pequenos lábios e região vestibular à esquerda ou direita) e região posterior (fúrcula, linha mediana, lado esquerdo ou direito e parede vaginal). Quanto ao grau, as lacerações na região anterior são consideradas exclusivamente de primeiro grau, enquanto que na região posterior podem variar de primeiro a quarto graus<sup>6,8-11</sup>.

Quanto às implicações clínicas do grau e localização do trauma perineal, deve-se ressaltar que as lacerações na parede vaginal são frequentes, mas podem passar despercebidas de quem assiste o parto, pela dificuldade de visualização. Na região anterior, as lacerações são mais superficiais, de cicatrização rápida, mas produzem desconforto, como o ardor à micção. Na região posterior do períneo, as implicações em curto e longo prazo, como dor e problemas de cicatrização, estão relacionadas à profundidade, aos tecidos afetados e à perda sanguínea<sup>6</sup>.

## METODOLOGIA

Estudo transversal sobre a localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres sem episiotomia, que atenderam aos seguintes critérios: sem parto vaginal anterior; gestação única, a termo, com feto vivo, em apresentação cefálica fletida; parto na posição lateral esquerda ou semissentada, assistido por enfermeira obstétrica da equipe de pesquisa, sem anestesia raquidiana ou peridural.

A amostra foi obtida a partir do banco de dados de cinco subprojetos<sup>6,16-19</sup>, vinculados ao projeto Trauma perineal no parto normal: prevenção, morbidade e cuidados, considerando os critérios de inclusão padronizados em todos os subprojetos.

A coleta de dados foi realizada em dois centros de parto normal (CPN) – Amparo Maternal (AM), na capital de São Paulo, e Hospital Geral de ItapetERICA da Serra

(HGIS), no Estado de São Paulo. O AM é uma instituição filantrópica, mantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sob gestão da Congregação Santa Catarina, desde 2009. Em 2010, a média mensal de partos foi 580, com 77% de partos normais. Os RNs normais permanecem em observação em uma unidade de berçário por cerca de três horas. Após avaliação do médico neonatologista, os RNs são encaminhados para junto de suas mães no alojamento conjunto (AC). O HGIS pertence ao Governo do Estado de São Paulo e é administrado pela Organização Social de Saúde Serviço Social da Indústria da Construção e do Mobiliário do Estado de São Paulo-SECONCI. Em 2001, a média mensal de partos foi 403, com 71% de partos normais. Funciona como referência para os municípios de Itapeverica da Serra, Embu-Guaçu, Juquitiba e São Lourenço da Serra. Os RNs sem intercorrências ficam com a mãe no AC, desde o nascimento.

Nos dois serviços, os partos normais sem distocias são realizados por enfermeiras obstétricas no CPN, que fica em área próxima, mas separada do centro obstétrico. Os médicos obstetras são responsáveis por internar as parturientes, assistir os partos operatórios e distócicos e avaliar as intercorrências detectadas pelas enfermeiras obstétricas. Esses serviços buscam seguir as recomendações do Ministério da Saúde do Brasil<sup>1</sup> durante o trabalho de parto e parto, suprimindo a episiotomia, tricotomia, enema e infusão intravenosa de ocitocina como rotina. Estimula-se a liberdade de posição e movimento da parturiente, além de possibilitar a escolha de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. A dieta é livre e são utilizados métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor. Observa-se e estimula-se a interação mãe-filho na primeira meia hora de vida, sendo iniciado o aleitamento materno, nesse momento, quando não há contraindicações.

Os dados foram coletados pelas pesquisadoras e por enfermeiras obstétricas participantes da equipe de pesquisa, no período de junho de 2001 a janeiro de 2012. Imediatamente após cada parto, foi preenchido o instrumento de coleta de dados, elaborado e testado para o estudo. Durante o pré-teste foi possível constatar a aceitação das enfermeiras participantes e validar o instrumento de coleta de dados.

Previamente à coleta de dados, as pesquisadoras revisaram com as enfermeiras obstétricas, individualmente, os possíveis locais e graus de laceração perineal<sup>14</sup>, visando à padronização das informações.

A variável dependente foi a localização da laceração perineal. Para identificar sua localização, foi utilizado um desenho com o detalhamento das regiões do períneo, que foi reproduzido no formulário de coleta de dados, considerando: região anterior – clitóris; pequeno lábio esquerdo e direito –; região vestibular esquerda e direita; região posterior – lado esquerdo e direito, linha mediana, fúrcula e parede vaginal.

Foram consideradas variáveis independentes: posição materna no parto; tipo de puxo; variedade de posição no desprendimento cefálico; circular de cordão umbilical; peso do RN.

Os dados foram armazenados em um banco de dados do aplicativo Excel e foi realizada análise estatística descritiva e inferencial. Realizou-se o teste qui-quadrado na forma bicaudal, admitindo-se a probabilidade de ocorrência de erro de primeira espécie de 5% (valor do  $p < 0,05$ ).

A pesquisa<sup>VII</sup> foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do SECONCI (Processo s/nº/2001/CEP-SECONCI-SP), do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (USP) (Processo nº 261/02/CEP-HU) e da Escola de Enfermagem da USP (Processos nº 265/2002/CEP-EEUSP; 654/2007/CEP-EEUSP; 1066/2011/CEP-EEUSP), pois o AM não dispõe de CEP. Conforme os princípios éticos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido por escrito de todas as mulheres; a participação foi inteiramente voluntária, ficando assegurado o direito de exclusão do estudo em qualquer momento.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídas no estudo 317 mulheres primíparas que atenderam aos critérios de inclusão.

Com relação à idade das mulheres, a média foi de 21,5 anos ( $dp = 4,4$ ), com idade mínima de 15 e máxima de 37 anos. Predominaram as mulheres que autoreferiram a cor da pele branca - 108 (34,1%), seguidas das pardas - 89 (28,1%), negras - 42 (13,2%) e indígenas - 21 (6,6%); em 57 (18%) casos, esse dado não foi coletado.

Quanto à vitalidade do RN no primeiro minuto de vida, 300 (94,6%) bebês tiveram índice de Apgar  $\geq 7$ ; no quinto minuto de vida, esse valor subiu para 310 (97,8%), indicando boa vitalidade da quase totalidade dos RNs.

Houve 75 (23,7%) mulheres que apresentaram exclusivamente lacerações na região anterior do períneo, 165 (52%) exclusivamente na região posterior e 77 (24,3%) apresentaram lacerações tanto na região anterior como na região posterior do períneo. Quanto ao grau, 232 (73,2%) mulheres tiveram laceração de primeiro grau, 79 (24,9%) de segundo grau e 6 (1,9%) de terceiro grau.

Os resultados indicam que não existe diferença estatisticamente significativa entre o local de laceração perineal e a posição materna no parto ( $p = 0,0692$ ), a variedade de posição no desprendimento cefálico ( $p = 0,594$ ), a presença de circular de cordão umbilical ( $p = 0,329$ ) e o peso do RN ( $p = 0,1143$ ), conforme mostra a Tabela 1.

Porém, o local da laceração e o tipo de puxo utilizado não são independentes, conforme o valor de  $p = 0,0143$ , verificado pela análise de resíduos de qui-quadrado. Entre as 268 (84,5%) mulheres que tiveram

puxo espontâneo, observou-se maior número de lacerações perineais que o esperado na região anterior e menor número que o esperado na região posterior. Situação inversa ocorreu para o puxo dirigido, pois foram observadas menos lacerações que o esperado na região anterior e mais na região posterior. Não foram detectadas diferenças significativas entre valores observados e esperados para as lacerações que ocorreram na região anterior e posterior do períneo, concomitantemente, tanto nos partos com puxo espontâneo quanto naqueles com puxo dirigido.

Dado que o puxo dirigido foi adotado excepcionalmente, verifica-se que ocorreram mais lacerações perineais quando o puxo espontâneo foi utilizado, comparativamente ao uso do puxo dirigido (268 versus 49, respectivamente).

As lacerações perineais de primeiro grau, segundo a sua localização na região anterior e posterior do períneo, são descritas a seguir. Vale ressaltar que o número total de lacerações perineais é superior ao número de mulheres que fizeram parte do estudo, pois algumas tiveram mais de uma laceração perineal. Assim, entre as lacerações de primeiro grau (354), predominou a região anterior (190), distribuídas no vestíbulo (101), pequenos lábios (82) e clitóris (7).

As lacerações perineais de segundo grau estão na sua totalidade localizadas na região posterior (lado esquerdo e direito, linha mediana, fúrcula e parede vaginal). Houve 109 lacerações de segundo grau, distribuídas na linha mediana e fúrcula (92) e lado esquerdo e direito (17).

Existem poucos estudos que abordam a localização das lacerações perineais e quando esta é considerada, o foco principal é o grau do trauma e os resultados são analisados conjuntamente. Em geral, as pesquisas buscam evidências relacionadas aos seguintes fatores que podem interferir nas condições do períneo: local do parto; profissional que presta assistência; escolaridade materna; paridade; cicatriz perineal anterior; infusão de ocitocina, posição litotômica; duração do segundo estágio do parto; puxos dirigidos; manobras de proteção perineal; peso e perímetro cefálico do RN<sup>6,7,11,20-22</sup>.

A literatura aponta, também, a episiotomia como um fator relacionado com a localização e grau da laceração perineal. Estudo randomizado controlado e conduzido em oito maternidades públicas da Argentina, com 2.606 mulheres, verificou que o trauma na região anterior do períneo foi mais frequente no grupo com uso da episiotomia seletiva (19,2% versus 8,1% no grupo com uso rotineiro da episiotomia), enquanto a laceração perineal na região posterior ocorreu mais no grupo com o uso da episiotomia rotineira (88,1% versus 63,1% no grupo com o uso seletivo)<sup>23</sup>.

Embora nas instituições onde a presente pesquisa foi realizada este procedimento seja praticado de modo restrito e apenas mulheres não submetidas a episiotomia tenham sido incluídas, os resultados diferem de ambos os estudos, pois houve predomínio de lacerações na região posterior do períneo (52% na região posterior, exclusivamente, e 24,3% em ambas as regiões).

**Tabela 1:** Local da laceração perineal segundo a posição materna no parto, tipo de puxo, variedade de posição no desprendimento cefálico, circular de cordão umbilical e peso do recém-nascido. Itapeverica da Serra e São Paulo, SP, 2001-2012. (N = 317)

| Variável                         | Local da laceração perineal |      |                  |      |                             |      | p-valor |
|----------------------------------|-----------------------------|------|------------------|------|-----------------------------|------|---------|
|                                  | Região anterior             |      | Região posterior |      | Região anterior e posterior |      |         |
|                                  | f                           | %    | f                | %    | f                           | %    |         |
| <b>Posição no parto</b>          |                             |      |                  |      |                             |      |         |
| Lateral                          | 41                          | 54,7 | 85               | 51,5 | 29                          | 37,7 | 0,0692  |
| Semisentada                      | 34                          | 45,3 | 80               | 48,5 | 48                          | 62,3 |         |
| <b>Puxo</b>                      |                             |      |                  |      |                             |      |         |
| Espontâneo                       | 71                          | 94,7 | 132              | 80,0 | 65                          | 84,4 | 0,0143  |
| Dirigido                         | 4                           | 5,3  | 33               | 20,0 | 12                          | 15,6 |         |
| <b>Desprendimento cefálico</b>   |                             |      |                  |      |                             |      |         |
| OP                               | 74                          | 98,7 | 162              | 98,2 | 75                          | 97,4 | 0,594   |
| OS                               | 1                           | 1,3  | 3                | 1,8  | 1                           | 1,3  |         |
| OEA                              | -                           | -    | -                | -    | 1                           | 1,3  |         |
| <b>Circular de cordão</b>        |                             |      |                  |      |                             |      |         |
| Não                              | 69                          | 92,0 | 143              | 86,7 | 64                          | 83,1 | 0,329   |
| Sim                              | 6                           | 8,0  | 22               | 13,3 | 13                          | 16,9 |         |
| <b>Peso do recém-nascido (g)</b> |                             |      |                  |      |                             |      |         |
| <2500                            | 6                           | 8,0  | 9                | 5,5  | 2                           | 2,6  | 0,1143  |
| 2500 l-3000                      | 27                          | 36,0 | 49               | 29,7 | 21                          | 27,3 |         |
| 3000 l-3500                      | 38                          | 50,7 | 76               | 46   | 42                          | 54,5 |         |
| 3500 l-4000(***)                 | 4                           | 5,3  | 31               | 18,8 | 12                          | 15,6 |         |
| <b>Total</b>                     | 75                          | 100  | 165              | 100  | 77                          | 100  |         |



Resultados de pesquisa realizada em dois hospitais na Inglaterra, com 5.404 mulheres, indicaram uma variedade de combinações em relação à localização das múltiplas lacerações no parto normal. As principais localizações foram na região posterior do períneo (50,4%); na região anterior, as lacerações ocorreram nos pequenos lábios (35,4%), parede vaginal (11%) e clitóris (1,4%). Vale acrescentar que algumas lacerações atingiram a uretra e o colo do útero, a maioria dos partos foi nas posições semissentada e sentada, a ocorrência de episiotomia foi de 11,1%, as lacerações de primeiro e segundo graus ocorreram em 66,3% e as de terceiro e quarto graus ocorreram em 1,4% das mulheres<sup>24</sup>.

Em estudo já citado, um modelo que divide a região vulvo-perineal em quatro segmentos, combinando localização, grau, tamanho e forma da laceração, foi utilizado para caracterizar o trauma perineal. O modelo apresenta cinco esquemas para as lacerações nos lábios e clitóris e doze esquemas para a região perineal posterior, vagina e esfíncter anal, sendo quatro para cada segmento. As lacerações de primeiro grau distribuíram-se nos pequenos lábios (incluindo a região vestibular), parede vaginal (incluindo a fúrcula) e clitóris e acometeram 33,5%, 27,7% e 5,4% das primíparas, respectivamente. Na região perineal posterior, predominaram as lacerações de segundo grau na linha mediana, que ocorreram em 36,4% das primíparas<sup>7</sup>.

No presente estudo, igualmente, predominaram as lacerações na região posterior do períneo (76,3% das mulheres, incluídas aquelas com lacerações exclusivamente na região posterior e aquelas com trauma anterior e posterior), localizadas principalmente na linha mediana e fúrcula.

Vale reiterar que as lacerações na região posterior do períneo incluem a parede vaginal e o esfíncter anal e que esta localização pode dificultar a identificação do trauma. Por isso, é importante que o esfíncter anal e do canal de parto sejam inspecionados cuidadosamente, mesmo quando a lesão não é facilmente visível<sup>6</sup>.

Em relação às lacerações da região anterior do períneo, que ocorreram em 48% das mulheres, houve predomínio daquelas localizadas na região vestibular. Embora apenas quatro mulheres tenham sofrido laceração no clitóris, esse local merece atenção, por ser uma área muito sensível e vascularizada, podendo causar dor e sangramento, tanto durante a sutura como no puerpério. Nesse sentido, o reparo das lacerações na região anterior exige habilidade do profissional e uso material delicado, ou seja, agulhas menores e fios maleáveis, de menor calibre.

Pesquisa realizada em um hospital universitário na Áustria, com 1.076 mulheres com parto vaginal, obteve frequência de episiotomia de 28% e de lacerações de primeiro, segundo e terceiro graus em 36,2%, 28,4% e 3,6%, respectivamente. Quanto ao local, 15,4% das lacerações ocorreram na vagina e 20,7% nos lábios. A primiparidade, ausência da episiotomia,

maior diâmetro da cabeça fetal e posição supina aumentaram o risco de trauma perineal<sup>25</sup>.

Diferentemente dos resultados do presente estudo, pesquisa realizada em Itapeceira da Serra, SP, com 158 nulíparas comparou o parto em posição lateral esquerda e semissentada e obteve vantagens com a posição lateral em relação ao grau do trauma perineal. Os resultados mostraram que houve menos mulheres com episiotomia e mais com lacerações de primeiro grau ( $p=0,031$ ). Em relação à localização, a posição no parto não mostrou diferença para as lacerações parauretrais, vaginais, na fúrcula e no corpo perineal; a única diferença estatisticamente significativa observada foi nas lacerações que ocorreram nos pequenos lábios (37% na posição lateral e 19,5% na semissentada;  $p=0,015$ )<sup>26</sup>.

As variáveis variedade de posição no desprendimento cefálico, circular de cordão umbilical e peso do RN são analisadas na literatura apenas em relação à ocorrência e grau da laceração perineal e não foram obtidos estudos que relacionam estas variáveis à sua localização. Estudos mostram que o peso maior ao nascer pode aumentar a frequência e gravidade do trauma perineal<sup>27-29</sup>.

Conforme mostram os resultados, as lacerações na região anterior do períneo foram mais frequentes entre as mulheres que realizaram o puxo espontâneo, enquanto as que realizaram o puxo dirigido tiveram mais lacerações na região posterior ( $p=0,0143$ ).

Pesquisa realizada em uma maternidade em São Paulo, com 156 primíparas com parto normal, identificou que o puxo espontâneo foi um fator de proteção perineal. Das 103 mulheres que realizaram esse tipo de puxo, apenas 26% apresentaram trauma perineal; por sua vez, das 53 mulheres com puxo dirigido, 49% tiveram trauma perineal de segundo ou terceiro grau<sup>30</sup>.

Estudo realizado nos EUA, com 1.176 mulheres, mostrou o risco aumentado de trauma perineal entre primíparas que realizaram puxo dirigido na expulsão fetal ( $RR=1,65$ ;  $IC95\% 1,05-2,59$ )<sup>31</sup>, assim como no estudo com 39 primíparas, que indicou maior probabilidade de trauma perineal com esse tipo de puxo (92,9% vs 45,5%, respectivamente) ( $p<0,05$ )<sup>32</sup>. Contrariamente, revisão sistemática de estudos randomizados comparando o puxo dirigido e o espontâneo, durante o segundo período do parto, concluiu que não houve diferença estatisticamente significativa em relação à frequência e à severidade do trauma perineal<sup>33</sup>.

## CONCLUSÃO

Tendo em vista os resultados obtidos, houve mais lacerações na região posterior do períneo do que na região anterior. A localização da laceração perineal não esteve relacionada com a posição materna no parto, variedade de posição no desprendimento cefálico, circular de cordão umbilical e peso do RN, porém esteve relacionada com o tipo de puxo.

Existem variações na classificação das condições do períneo no parto e na descrição do local das lacerações perineais sugerindo, portanto, estudos e recomendações para sua padronização.

Como limitação do presente estudo, pode-se considerar a impossibilidade de classificar separadamente as lacerações localizadas na parede vaginal, pois essa informação não foi especificada em todos os subprojetos. Por isso, a laceração que ocorreu na parede vaginal foi agrupada com aquelas localizadas na região posterior do períneo. Igualmente, a falta de uma classificação padronizada entre os estudos para identificar os diferentes locais das lacerações dificulta a comparação dos resultados.

Nesse sentido, como implicações para a prática da enfermagem obstétrica e para novas pesquisas, sugere-se a proposição de um modelo de classificação da localização do trauma perineal no parto normal.

## REFERÊNCIAS

- 1.Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Editora MS; 2003.
- 2.Silva NLS, Oliveira SMJV, Silva FMB, Santos JO. Dispareunia, dor perineal e cicatrização após episiotomia. *Rev enferm UERJ*. 2013;21: 216-20.
3. 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: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança [Internet]. Brasília; 2009. [citado em 28 jan 2013]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)
- 4.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; 19:77-83.
- 5.Colacioppo PM, Riesco MLG, Colacioppo RC, Osava RH. Avaliação do viés de classificação da laceração perineal no parto normal. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24:61-6.
- 6.Leite JS. Caracterização das lacerações perineais espontâneas no parto normal [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
- 7.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; 81:44-9.
- 8.Costa ASC, Riesco MLG. A comparison of "hands off" versus "hands on" techniques for decreasing perineal lacerations during birth. *J Midwifery Womens Health*. 2006; 51:106-11.
- 9.Scarabotto LB, Riesco MLG. Use of hyaluronidase to prevent perineal trauma during spontaneous delivery: a pilot study. *J Midwifery Womens Health*. 2008; 53:353-61.
- 10.Costa ASC, Riesco MLG, Oliveira SMJV, Schneck CA, Colacioppo PM. Laceração perineal no manejo ativo versus manejo expectante do feto durante o nascimento. *Rev Paul Enfermagem*. 2007; 26:17-24.
- 11.Araújo NM, Oliveira SMJV. The use of liquid petroleum jelly in the prevention of perineal lacerations during birth. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008; 16:375-81.
- 12.Rezende J. Obstetrícia. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
- 13.Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1. Oxford (UK): Update Software, 2012.
- 14.Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hanks GDV et al. Conduta no trabalho de parto e no parto normal. In: Williams obstetrícia. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.281-98.
- 15.Kettle C. Anatomy of the pelvic floor. In: Henderson C, Bick D, editor. Perineal care: an international issue. Trowbridge (UK): Quay; 2005. p.18-31.
- 16.Costa ASC. Proteção perineal e manejo do feto no parto normal: estudo comparativo entre duas técnicas [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
- 17.Araújo NM. Uso de vaselina líquida na região perineal durante o parto normal [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
- 18.Scarabotto LB. Uso da enzima hialuronidase na prevenção de lacerações perineais no parto normal [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
- 19.Colacioppo PM. Uso da hialuronidase na prevenção do trauma perineal no parto normal: ensaio clínico aleatório placebo-controlado duplo-cego [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
- 20.Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013;13(1):59.
- 21.Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 8.Oxford (UK): Update Software. 2012.
- 22.Kopas ML. A review of evidence-based practices for management of the second stage of labor. *J Midwifery Women's Health*. 2014; 59:264-76.
- 23.Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: a randomized controlled trial. *Lancet*. 1993; 342:1517-8.
- 24.Albers L, Garcia J, Renfrew M, McCandlish R, Elbourne D. Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain. *Birth*. 1999; 26(1): 11-7.
- 25.Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K, Rabl M, Kaider A, Wagenbichler P, et al. Traditional care of the perineum during birth. *J Reprod Med*. 2002; 47:477-82.
- 26.Schirmer J, Fustinoni SM, Basile, ALO. Perineal outcomes on the left lateral versus vertical semi-sitting birth positions: a randomized study. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24:745-50.
- 27.Hudelist G, Gelle'n J, Singer C, Ruecklinger E, Czerwenka K, Kandolf O, et al. Factors predicting severe

perineal trauma during childbirth: role of forceps delivery routinely combined with mediolateral episiotomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 192:875-81.

28. Riesco MLG, Pereira FG, Colacioppo PM. Uso da anestesia local para episiotomia e reparo do trauma perineal no parto normal: práticas de enfermeiras e médicos. *Nursing.* 2006; 9:1158-63.

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

30. Colacioppo PM, Gonzalez RML, 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; 56:436-45.

31. 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.

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

33. Yildirim G, Beji NK. Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. *Birth.* 2008; 35(1):25-30.