

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – ESCOLA DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - FACULDADE DE ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA -
REDE CEGONHA - UFMG / UFG / MS**

**MÁRCIA DA COSTA S. E SOUZA
POLIANA MACEDO LOPES SOUSA**

**EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS PARA A INTEGRIDADE PERINEAL NO
PARTO**

**GOIÂNIA – GOIÁS
2015**

MÁRCIA DA COSTA SOUZA E SOUZA
POLIANA MACEDO LOPES SOUSA

**EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS PARA A INTEGRIDADE PERINEAL NO
PARTO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG) /Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Flaviana Vely Mendonça Vieira

GOIÂNIA – GOIÁS
2015

Souza, Márcia da Costa Souza

Sousa, Poliana Macedo Lopes

Evidências científicas para a integridade perineal no parto (manuscrito)/Márcia da Costa Souza e Souza, Poliana Macedo Lopes de Sousa. – 2015.

35 f.

Orientadora: Flaviana Vely Mendonça Vieira.

TCC apresentado ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Universidade Federal de Goiás /Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

1.Parto. 2.Períneo. 3. Obstetrícia. I. Vieira, Flaviana V.M. II. Universidade Federal de Goiás/Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Evidências Científicas para Integridade Perineal no Parto.

MÁRCIA DA COSTA SOUZA E SOUZA
POLIANA MACEDO LOPES SOUSA

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS PARA A INTEGRIDADE PERINEAL NO PARTO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Formação em Enfermagem Obstétrica, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG) /Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

APROVADO EM: 22 de outubro de 2015.

Prof^ª. Dr^ª em Enfermagem Flaviana Vely Mendonça Vieira
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Prof^ª. Selma Rodrigues Alves Montefusco
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Prof^ª. Dr^ª Ieda Maria Andrade Paulo
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Prof^ª. Dr^ª em Enfermagem Flaviana Vely Mendonça Vieira
Coordenadora Local do curso

Dedicamos a conquista dessa vitória a Deus, por dar-nos forças e saúde; aos nossos familiares, que tanto colaboraram, incentivaram, compreendendo nossas ausências.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem ele não teríamos forças para essa longa jornada.

Agradecemos em especial a nossa professora, coordenadora do curso e orientadora, Flaviana Vely Mendonça Vieira que teve paciência, compreensão e que nos ajudou bastante a concluir este trabalho, sem ela com certeza não seria possível.

Agradeço também aos demais professores que durante muito tempo nos ensinaram e nos mostraram o quanto estudar é bom.

Agradecemos também todos os profissionais do Hospital e Maternidade Dona Iris, Unidade Básica de Saúde Santo Hilário, Maternidade Nascer Cidadão que contribuíram para nossa formação.

Aos amigos e colegas, pelo incentivo, amizade e apoio constantes.

“Para o espírito científico qualquer conhecimento é uma resposta a uma pergunta. Se não tem pergunta não pode ter conhecimento científico. Nada se dá tudo se constrói.” (G. Bachelard).

RESUMO

A lesão do períneo é um dos traumatismos mais frequentes durante o parto, mesmo naquele considerado normal. O objetivo foi avaliar as evidências para preservar a integridade perineal no período expulsivo do trabalho de parto. Trata-se de uma revisão integrativa realizada na MEDLINE, LILACS, SciELO. Foram encontradas 44 publicações que atenderam aos critérios de inclusão, apresentados em quatro categorias: características materna, fetais, parto e intervenções no períneo. Conduas, fortemente recomendadas como protetoras da integridade perineal: massagem com ou sem óleo no períneo no pré-natal ou na 2ª fase de trabalho de parto e compressas mornas no períneo. Outros aspectos de proteção: o peso do bebê ao nascer menor que 2,5 kg, a não realização da manobra de Kristeller, o parto com menos intervenção (ocitocina, indução, fórceps e episiotomia), o parto em local que não no hospital, a posição lateral esquerda da mulher no momento do nascimento, uso do cinto ergonômico inflado a pressões terapêuticas ideais (*baby guard*), a maior experiência do profissional que conduz o parto vaginal e a decisão em realizar ou não a episiotomia baseada nas melhores evidências científicas. Esta pesquisa embasará a construção de um Protocolo assistencial para o serviço de obstetrícia do Hospital Municipal de Iporá-GO que incluirá as condutas de proteção da integridade perineal, por meio das melhores evidências científicas disponíveis, visando a redução de intervenções, promovendo assim a diminuição das altas taxas de episiotomia e de lacerações do períneo.

Descritores: Parto, Períneo, Enfermagem, Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

The injury to the perineum is one of the most common injuries during child-birth, even that considered normal. The objective was to evaluate the evidence to preserve the perineal integrity in the second stage of the parturition labor. This is an integrative review conducted in the LILACS, SCIELO, and MEDLINE. Forty-four publications were found that attended the inclusion criteria, presented in four categories: maternal characteristics, fetal, parturition and interventions in the perineum. Other protective factors: the weight of the baby at birth less than 2.5 kg, missing the Kristeller maneuver, delivery with less intervention (oxytocin, induction, episiotomy and forceps), the extra hospital birth, the left lateral position woman at birth, use of baby guard in optimal therapeutic pressures, the largest professional experience and the decision to hold or not episiotomy based on scientific evidence. This research will sustain the construction of a care protocol for obstetric service in the Municipal Hospital of Iporá-GO will include the protection of conduct of perineal integrity, through the best scientific evidence, in order to reduce interventions thus promoting the reduction of high rates of episiotomy and lacerations of the perineum.

Descriptors: Parturition, Perineum, Nursing, Obstetrical Nursing.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1: Seleção dos artigos.....	16
Quadro 1: Condições maternas.....	17
Quadro 2: Características fetais.....	18
Quadro 3: Características do parto	19
Quadro 4: Intervenções na região perineal.....	22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS (Biblioteca Virtual em Saúde Pública)

CAPES (Portal de Periódicos)

CPN (Centro de Parto Normal)

DeCS (Descritores em Ciências da Saúde)

IMC (índice de massa corporal)

LILACS (Literatura Latino-Americana e TE Caribe em Ciências da Saúde)

MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde)

MeSH (Medical Subject Heading Section)

OMS (Organização Mundial da Saúde)

RN (RECEM NASCIDO)

SciELO (Scientific Electronic Library Online)

TCC (Trabalho de Conclusão de Curso)

USP (Universidade de São Paulo)

SUMÁRIO

Introdução	13
Metodologia.....	15
Resultados.....	16
Discussão	24
Conclusão	28
Considerações Finais	29
Referências	31
Anexo	35

INTRODUÇÃO

O momento do nascer representa experiências intensas e singulares, além das grandes modificações no organismo da mulher. O parto normal ou espontâneo pode ser definido como resultado do perfeito equilíbrio de fatores inerentes a ele como a anatomia feminina, a fisiologia e o mecanismo do trabalho de parto, considerando: o canal de parto (bacias ósseas e mole), móvel (feto), força (contrações uterinas) e a prensa abdominal (musculatura do abdômen e diafragma). O parto também pode ser distócico, quando alguns desses fatores fogem da normalidade impedindo o desfecho natural e exigindo manobras e/ou intervenções para a sua resolução. O parto normal acontece espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2010, NEME et al., 2005).

Clinicamente o parto se divide em três partes principais (dilatação, expulsão e secundamento) precedidas de um período premonitório (prodomus), além de um período de atenção na primeira hora após a dequitação da placenta chamado de quarto período ou Greemberg. O período expulsivo, ou seja, o segundo período do parto, inicia-se com a dilatação total da cérvix termina com a expulsão do feto. Caracteriza-se por esforços maternos (puxos), ao comprimir as paredes vaginais, o reto e a bexiga, originando a sensação e desejo de evacuar e de fazer força que são decorrentes da pressão do polo inferior do feto sobre reto e músculos do assoalho pélvico (NEME et al., 2011, REZENDE et al., 2011).

A institucionalização do parto tem sua importância na melhoria da assistência à gestante, mas ao mesmo tempo trouxe um conjunto de práticas obstétricas, padronizadas e intervencionistas prejudicando o processo fisiológico e natural do parto e nascimento, favorecendo a um modelo tecnocrático (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

No ano de 1996 a Organização Mundial da Saúde (OMS), consciente de que o parto normal constitui um acontecimento importante na vida das mulheres e seus filhos, tanto físico quanto emocional a curtos e longos prazos, elaborou um guia prático sobre os cuidados com o parto normal com recomendações baseadas em evidências científicas, demonstrando que uma série de intervenções rotineiras realizadas durante o trabalho de parto e parto, são inúteis, desnecessárias e algumas até prejudiciais ao processo do parto e nascimento. Altos índices de episiotomia contrariam as diretrizes preconizadas pela OMS que a considera como prática frequentemente utilizada de modo inadequado e que deve ter seu uso limitado em cerca de 10% dos partos normais (OMS, 1996).

A prática da episiotomia foi incorporada à rotina da assistência obstétrica no início do século XX, com a intenção de diminuir o risco de dano causado pela laceração perineal, reduzindo o risco de uma posterior incontinência urinária e fecal, além de proteger o feto do trauma do parto. Tal prática foi difundida sem evidência científica que avaliasse seus riscos e benefícios.

A episiotomia de rotina é hoje considerada uma forma de violência obstétrica. A violência obstétrica é um termo relativamente novo que define o tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos impactando na sexualidade e negativamente na qualidade de vida das mulheres onde a episiotomia de rotina ganha destaque, especialmente quando realizada sem um consentimento informado (MELO et al., 2014).

A implantação de uma política seletiva de episiotomia, favorece o parto humanizado, conserva mais períneos íntegros e não piora os resultados maternos e fetais (REYES et al., 2011).

Apesar dos dados limitados, a episiotomia se converteu virtualmente em rotineira, subestimando os potenciais efeitos adversos, incluindo sua extensão para lacerações de terceiro e quarto graus, disfunção do esfíncter anal e dispareunia (Ministério da Saúde, 2010).

Apesar dos esforços dos profissionais de saúde envolvidos na assistência ao parto normal e de entidades, como a OMS e Ministério da Saúde, para a redução das taxas de episiotomia ainda assim parece não haver consenso sobre métodos ou condutas que poderiam garantir a integridade do períneo da parturiente, e não apenas livrá-la da realização da episiotomia, mas inclusive de lacerações, seja em qualquer grau.

Para uma boa prática o profissional de saúde tem que se basear nas melhores evidências científicas, para isso a Prática Baseada em Evidência veio para promover a melhoria do cuidado ao paciente (MENDES et al., 2008). Assim, diante da necessidade de se conhecer os métodos/condutas que são eficazes para manter a integridade perineal respaldando a assistência do enfermeiro obstétrico ou médico obstetra na decisão da não realização de episiotomia como rotina a seguinte questão norteou o direcionamento do estudo: “Quais os métodos/condutas que são eficazes para manter a integridade perineal?”. Assim, este estudo tem como objetivo avaliar as evidências para preservar a integridade perineal no período expulsivo do trabalho de parto.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa, que é um método que agrupa os resultados de pesquisa sobre o mesmo assunto, inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica (MENDES, 2008).

Para realização da pesquisa foram utilizados as bases de dados MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e na biblioteca SciELO (Scientific Electronic Library Online). Estas bases foram acessadas por meio da Biblioteca Virtual em Saúde Pública (BVS) /Bireme/OMS (<http://bases.bvs.br>) e Portal de Periódicos CAPES (<http://novo.periodicos.capes.gov.br>).

Os critérios de inclusão adotados para orientar a busca e seleção dos artigos foram: abordar a temática – integridade perineal; apresentar-se nos idiomas português, espanhol e inglês e publicado na íntegra (disponível online ou por comutação). Os critérios de exclusão estabelecidos foram: estudos do tipo qualitativo, publicações do tipo carta editorial, revisão de literatura ou revisão integrativa e publicações anteriores ao ano de 2010. A estratégia de busca será baseada com os descritores padronizados do *Medical Subject Heading Section* (MeSH) e dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Parto, Périneo. A estratégia de busca foi: *parturition* and *perineum*.

No primeiro momento foi feita uma leitura dos títulos e resumos dos artigos encontrados a fim de verificar a adequação aos critérios de inclusão respondendo a todas as opções do formulário (Anexo 1). Após a leitura dos títulos e resumos foram selecionados artigos para serem lidos na íntegra, constituindo o segundo momento. As publicações estavam disponíveis na íntegra na busca virtual foram comutadas para avaliação de inclusão.

A avaliação dos estudos foi feita concomitante e independente por dois pesquisadores. O terceiro pesquisador foi acionado quando houve divergência na decisão de inclusão ou não do estudo. Nesta fase os estudos repetidos foram eliminados.

Foi elaborado um quadro sinóptico com a finalidade de categorizar os estudos incluídos contendo os seguintes aspectos: autor/ano/país, metodologia, resultados e níveis de evidência, sendo mantida a autenticidade das ideias, conceitos e definições dos autores dos artigos.

Após este momento foi realizado uma leitura criteriosa dos estudos selecionados para reconhecer possíveis intervenções para prevenção da integridade perineal. A análise dos níveis de evidência foi baseada nos cinco níveis de evidências e nos quatro graus de recomendação de Oxford de 2011.

Os artigos selecionados receberam um código de sequência alfanumérica (A1, A2, A3...) para melhor identificação.

Abaixo o fluxograma dos momentos do estudo (Figura 1).

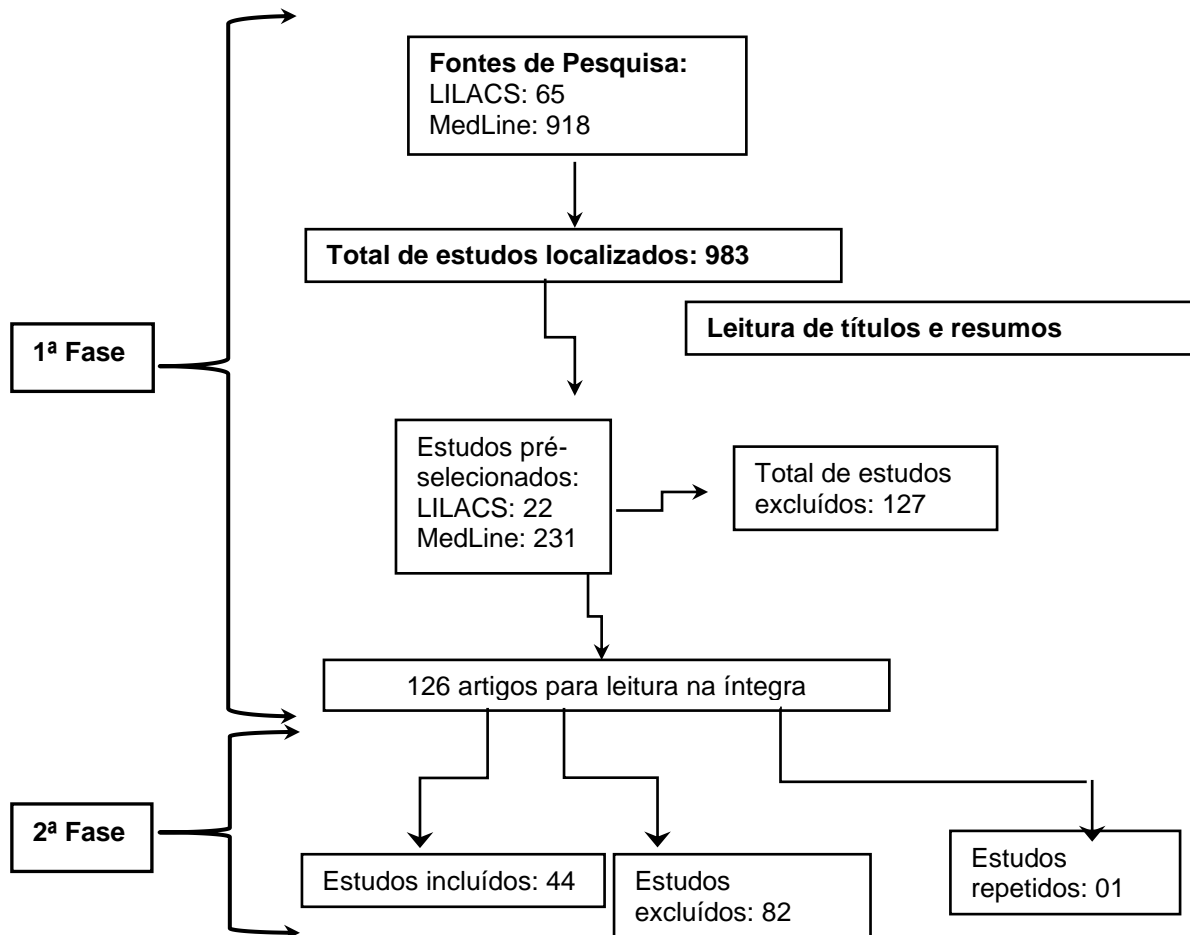


Figura 1: Seleção dos artigos.

RESULTADOS

Na busca foram localizados 983 artigos, 918 (93,4%) foram encontrados na MedLine e 65 (6,6%) na Lilacs. Foram pré-selecionados 253 artigos, com exclusão de 127 estudos por não abordarem o tema. Após a leitura criteriosa dos estudos na íntegra, dos 126 artigos, 82 foram excluídos, 01 por repetição, 07 por não ser possível a realização da comutação. Ao final 44 artigos fizeram parte deste estudo.

Os resultados foram agrupados em quadros de acordo com 4 categorias de análise, contituídas por: condições maternas, características fetais, características do parto e intervenções na região perineal. Os dados apresentados nos resultados foram significativos na análise estatística dos estudos.

Os autores estudaram condições maternas como a idade, a paridade, o peso e a etnia. Todos os estudos foram de moderada recomendação. No quadro 1 é apresentado as condições maternas e suas correlações com lacerações.

Quadro 1: Distribuição dos artigos caracterizados pelas condições maternas

Autor/Ano/País	Objetivo	Método	Resultado	Nível de Evidência
A1. AVIRAN. et al. Inglaterra, 2013.	Determinar a associação entre idade materna no momento do parto com resultado adverso da gravidez	Coorte retrospectiva, com 461 participantes no grupo de idade de 21 anos, e 922 para cada grupo controle (22-25, 26-30, 31-35 e 36-40 anos).	Taxas mais elevadas de lacerações perineais entre mulheres de 21 anos em comparação com as de idade entre 31-35 e 36-40 anos de idade, 41% versus 31,8% e 31,1%, respectivamente ($p<0,01$).	2B
A2. GALLAGHER. et al. Estados Unidos, 2014.	Explorar o impacto do IMC ou ganho de peso da gravidez sobre a presença, local e gravidade do trauma do perineal durante o parto em nulíparas	Coorte prospectiva com 445 em nulíparas durante a gravidez e seguidas até o parto, dicotomizadas em: obesas ($IMC\geq 30$) e não obesas ($IMC < 30$).	Presença e gravidade do trauma perineal não variou entre mulheres obesas e não obesas (51% versus 53%, $p=0,64$). O ganho de peso acima do recomendado não teve maior incidência de traumas perineais (52% versus 53%, $p=0,69$).	2B
A3. BAGHURST PA; ANTONIOU. Australia, 2012.	Estimar a probabilidade de lacerações perineais graves para cada mulher, tendo em conta seu perfil de risco.	Estudo transversal com 65.598 partos vaginais.	A idade materna de menos de 25 anos, primiparidade, parto instrumental, etnia asiática ou Africano, distócia de ombro e aumento do peso ao nascer estão associados ao risco aumentado de laceração perineal.	3B
A4. HIRAYAMA. et al. Inglaterra, 2012.	Investigar a prevalência e os fatores de risco de terceiro e quarto grau de lacerações perineais em 24 países em desenvolvimento.	Estudo transversal em 24 países da Ásia, África e América Latina com dados de 290.499 partos.	Fórceps, nuliparidade e peso aumentado ao nascer foram fatores de risco significativos em todas as três regiões para lacerações graves, assim como o parto assistido a vácuo.	3B
A5. GROUTZ. et al. Inglaterra, 2011.	Avaliar os fatores de risco atuais para lacerações perineais graves em uma universidade maternidade.	Estudo transversal com um banco de dados obstétrico de 31.784 partos que tiveram laceração de 3º ou 4º grau .	Primiparidade, idade materna jovem, etnia asiática, duração do 2º estágio do trabalho de parto, parto a vácuo e maior peso ao nascer foram fatores de risco para lacerações de de 3º ou 4º grau.	3B

Nas características fetais estudadas o peso menor que 2,5 kg foi fator que reduz as lacerações perineais, com recomendação moderada (B). Conforme mostra os resultados. Mulheres com parto vaginal após morte fetal intra-uterina têm menor incidência de trauma

perineal e menor risco de lesão obstétrica no esfíncter anal em comparação com as mulheres com parto vaginal de um bebê vivo com recomendação moderada (B) (Quadro 2).

Quadro 2: Distribuição dos artigos caracterizados pelas características fetais

Autor/Ano/País	Objetivo	Método	Resultado	Nível de Evidência
A6. BASU; MUKERJI; DOUMOCHTSIS. Inglaterra, 2013.	Avaliar as diferenças na incidência de trauma perineal após parto vaginal com morte fetal intra-uterino, versus nascidos vivos.	Caso-controle com 323 mulheres que tiveram parto vaginal após morte fetal intra-uterina pareadas com 1.000 mulheres com parto de feto vivo.	Mulheres com parto vaginal após morte fetal intra-uterino têm menor incidência de trauma perineal (RR de 0,16) e menor risco de lesão obstétrica no esfíncter anal (RR de 0,12), em comparação com parto vaginal de um bebê vivo.	3B
A7. TEMERINAC. et al. Alemanha, 2014.	Analisar o impacto do peso fetal sobre o resultado fetal e materna quando o parto vaginal é planejado.	Estudo retrospectivo, com 5.177 partos a termo, de feto único na posição cefálica. Avaliados em peso fetal	Lacerações perineais foram menos frequentes no grupo de peso <2.500g (p<0,001).	2B
A8. VENDITTELLI F; RIVIÈRE O; BRÉART. França. 2012.	Determinar se a identificação pré-natal de macrossomia reduz lesões perineais materna no parto.	Estudo de coorte histórica (N = 14,684) com fetos macrossômicos comparados a não macrossômicos.	O grupo de fetos identificados como macrossômicos teve mais lesões no períneo (p=0,02), e as graves mais frequentes neste grupo (p=0,02).	2B
A9. LEWIS. et al Jamaica, 2011.	Identificar fatores de risco associados a lacerações perineais de 3º e 4º grau.	Caso-controle retrospectivo, de partos com lacerações perineais de 3º e 4º grau.	Peso superior ou igual a 3,5 kg e o parto instrumental (fórceps ou vácuo) estão relacionados a lacerações perineais de 3º e 4º grau.	3B
A10. KOMOROWSKI. et al. Estados Unidos, 2014.	Determinar se uma circunferência maior da cabeça de bebê aumenta o grau de trauma perineal em nulíparas de baixo risco.	Coorte prospectiva com 448 nulíparas de baixo risco.	Houve associação do trauma perineal de 2º grau ou mais em primíparas em relação: Ao bebê: a circunferência da cabeça; ao comprimento de 50,8 cm e peso de 3.304 g (p<0,010); Ao parto: 2º estágio prolongado (p=0,020). À Mãe: idade média de 25,7 anos (±5,3) para cada aumento de um ano na idade.	2B
A11. RIESCO. et al. Brasil, 2011.	Associar a integridade perineal, laceração espontânea e episiotomia em partos normais com dados maternos e fetais.	Estudo retrospectivo com 6.365 partos.	A chance de episiotomia aumenta com a nuliparidade, prematuridade e Apgar<7 no 1º minuto. Laceração de 2º grau associa-se com peso do recém-nascido >3.300g.	2B

Em relação a características do parto os estudos foram de recomendação moderada (B), na sua maioria. Na busca de condutas para a proteção do períneo foram encontrados estudos

que mostraram em seus resultados características de parto que levam a não integridade do períneo, ou seja, às lacerações leves (1º e 2º grau) ou graves (3º ou 4º) e à episiotomia (Quadro 3).

Quadro 3: Distribuição dos artigos caracterizados pelas características do parto

Autor/Ano/País	Objetivo	Método	Resultado	Nível de Evidência
A12. BRADLEY. et al Estados Unidos, 2013.	Determinar a diferença entre as taxas de lacerações perineais graves no parto com fórceps.	Estudo de coorte retrospectivo de 148 mulheres que tiveram um parto vaginal assistido por fórceps na posição occipital-posterior	Parto a fórceps na posição occipital-posterior sem rotação foi mais propenso a lacerações graves comparado ao fórceps com rotação (43,4% versus 24.3%; p=0,02).	2B
A13. BROHI; PERVEEN; ZOHRA. Paquistão, 2012.	Observar a frequência e a gravidade das lacerações perineais durante o parto vaginal.	Estudo observacional, prospectivo, realizado com 1488 mulheres em trabalho de parto ativo, feto único, a termo.	Lacerações associadas a: Episiotomia, ocitocina, fórceps, o peso fetal > 3,6 kg. Lacerações graves associadas a: episiotomia mediolateral e primiparidade. As lacerações perineais foram mais frequentes em partos assistidos por parteiras (45,6%) e por médicos com pouca experiência (53,7%) do que por médicos experientes (p<0,005).	2B
A14. GUROL-URGACI. Inglaterra, 2013.	Descrever as tendências de traumas perineais severos na Inglaterra.	Coorte retrospectiva com 1.035.253 primíparas com parto vaginal de feto único, cefálico, a termo entre 2000 a 2012.	A episiotomia reduziu o risco de traumas severos nos partos com instrumental. Traumas perineais severos estão associados com: idade materna acima de 25 anos; etnia asiática; estado socioeconômico favorável; peso fetal > 4 kg e distúrcia de ombro.	2B
A15. LURIE. et al. Alemanha, 2013..	Avaliar a necessidade de episiotomia em um parto subsequente a uma episiotomia.	Estudo prospectivo. 201 mulheres submetidos a uma episiotomia comparado a grupo (n=201) sem episiotomia.	Episiotomia anterior aumenta as chances de uma episiotomia (p<0,05) e de laceração perineal espontânea no parto subsequente (p<0,05).	3B
A16. MANZANARES .et al. Espanha, 2013.	Avaliar se a presença de uma episiotomia ou trauma perineal espontâneo no primeiro parto aumenta o risco de trauma perineal no seguinte.	Estudo observacional retrospectivo, com 2.695 mulheres que deram à luz duas vezes na no mesmo hospital.	O trauma perineal mais frequente: em mulheres mais velhas com média de 30,3 (±5,1) anos (p<0,05), nos partos assistidos por uma parteira com um obstetra presente na sala de parto; trauma perineal e episiotomia no parto anterior aumenta a chance de trauma perineal e de receber episiotomia no segundo parto.	2B

A17. OLIVEIRA. et al. Brasil, 2014.	Investigar a prevalência de lesões do esfíncter anal em grávidas saudáveis após parto vaginal.	Estudo transversal, com 3.034 mulheres de feto único, em um hospital secundário de baixo risco.	Fatores de risco associados às lesões perineais leves: parto vaginal prévio e parto fórceps. Lesões perineais graves: posição em pé prolongada durante a atividade profissional.	3B
A18. WU. et al. Alemanha, 2013.	verificar a associação entre episiotomia e o grau de laceração perineal.	Estudo transversal	A episiotomia não protege de traumas perineais. Todas as mulheres que receberam episiotomia tiveram ao menos laceração de 2º grau.	3B
A19. PERGIALIOTI. et al. Grécia. 2014.	Identificar os fatores que levam à ocorrência de lacerações perineais graves.	Revisão sistemática com meta-análise com 22 estudos (n=651.934)	Os fatores que causam lesões graves: primiparidade; bebês mais pesados; episiotomia; parto instrumental; anestesia peridural; indução do parto; - trabalho de parto prolongado e apresentação occipito posterior persistente.	1A
A20. THIES-LAGERGREN. et al. Suécia, 2012.	Comparar resultados maternos entre mulheres que deram à luz sentadas com as que tiveram parto vaginal em outra posição.	Ensaio clínico randomizado. Grupo experimental: 253 primíparas em parto vaginal na posição sentada. Grupo controle: 697 primíparas em parto vaginal em outra posição.	A incidência de laceração e o grau não foram diferentes entre os grupos, nem a presença de edema vulvar ($p>0,05$). A episiotomia apresentou frequência maior no grupo controle ($p<0,01$) comparado grupo de mulheres que tiveram parto sentadas.	1B
A21. SMITH. et al. Inglaterra, 2013.	Estimar a variação do trauma perineal em primíparas com parto vaginal planejado em ambiente hospitalar e na comunidade.	Estudo observacional, prospectivo, com 2.754 primíparas, que tiveram parto planejado no ambiente hospitalar, ou em unidades extra-hospitalares ou no domicílio.	Fatores para traumas perineais: parto hospitalar; fórceps; a longa duração da segunda fase do trabalho de parto e maior peso do bebê ao nascer. A multiparidade reduziu as chances para traumas perineais.	2B
A22. ACANFORA. et al. Itália, 2013.	Determinar se o uso do sistema de <i>baby-guard</i> melhora os resultados maternos e fetais durante o parto vaginal	Estudo prospectivo, controlado e randomizado duplo-cego no parto a termo.	As mulheres que usaram o cinto abdominal ergonômico tiveram menor incidência de lacerações perineais ($p<0,001$).	1B
A23. SALGE. et al. JV. Brasil, 2012.	Avaliar a episiotomia e sua associação com as alterações maternas.	Estudo retrospectivo de corte transversal, com 1.129 prontuários de mulheres que tiveram parto normal.	Houve relação entre episiotomia e lacerações graves ($p<0,001$).	2B
A 24. SARTORE A. et al. Alemanha. 2012.	Avaliar o papel da pressão no fundo uterino durante a 2º fase do trabalho de parto em disfunção do assoalho pélvico.	Estudo transversal com 522 primíparas. 297 que receberam manobra Kristeller versus 225 sem a manobra.	Não receber manobra de Kristeller está relacionado a períneo intacto e lacerações perineais leves. Enquanto que o uso da episiotomia médio-lateral é mais freqüente no Kristeller.	3B

A25. HADAR. et al. Inglaterra, 2012.	Determinar se o plano de parto na admissão do trabalho de parto tem impacto no resultado obstétrico.	Estudo retrospectivo	Mulheres com um plano de parto são menos suscetíveis a cesárea, mais propensas a lacerações de 1º e 2º grau e a epidural.	3B
A26. CORTON. et al. Estados unidos, 2012.	Determinar se a cama de parto sem estribos reduz a incidência de lacerações perineais em comparação com o parto em estribos.	Estudo randomizado, comparou o parto em cama sem estribos (n=108) com parto em estribos (n=106) em nulíparas.	Não houve diferença significativa na gravidade de lacerações entre os grupos.	1B
A27. TROCHEZ; WATERFIELD, FREEMAN. Inglaterra, 2011.	Determinar prática clínica obstétrica atual na Inglaterra com relação ao manejo do períneo durante o 2º estágio de parto.	Estudo observacional 1.000 parteiras na Inglaterra, com questionário sobre a prática de "hands on" ou off.	Parteiras menos experientes eram mais propensas a preferir o "hands off" (72% vs. 41,4%, p <0,001). A maior proporção de parteiras no grupo "Hands Off" nunca faria uma episiotomia (37,1% vs.24,4%, p = 0,001) para outros fins que não o sofrimento fetal.	2B
A28. THIES-LAGERGREN. Suécia, 2011.	Testar se o parto na posição sentada reduz o número de parto instrumental.	Estudo randomizado controlado com 1.002 partos na posição sentada versus a qualquer outra posição.	Parto sentado não reduziu o número de partos vaginais instrumentais e não causou consequências adversas para os resultados perineais.	1B
A29. Groutz. et al. Estados Unidos. 2011.	Avaliar a prevalência e os fatores para lacerações perineais graves.	Estudo de coorte em base de dados de 31.784 partos.	Fatores de risco para lacerações graves: primiparidade, parto assistido a vácuo e o peso ao nascer.	3B
A30. HO JJ. et al. Irlanda, 2011.	Examinar práticas episiotomia antes e depois de uma intervenção multi-componente.	Pesquisa retrospectiva de uma intervenção centrada nas utilizações das melhores evidências para a prática da episiotomia	Houve redução de episiotomia e de lesões perineais graves e houve aumento de períneo intactos.	2B
A31. PINETTE; CARTIN; BLACKSTONE. Estados Unidos, 2010.	Avaliar a segurança materna e neonatal do parto domiciliar planejado versus hospitalar.	Meta análise	Partos domiciliares planejados foram associados a menos episiotomia e lacerações.	1A
A32. RAISANEN. et al. Escócia, 2010.	Descrever e explicar os efeitos de curto prazo da episiotomia lateral	Estudo transversal prospectivo.	Lesões perineais leves aconteceram em primíparas sem episiotomia; lesões graves aconteceram na ocorrência da episiotomia em primípara ou multipara.	3B
A33. DE JONGE A. et al. Inglaterra, 2010.	Examinar a associação entre a posição de parto e danos perineais.	Análise secundária dados de um ensaio clínico randomizado com de 1.646 partos vaginais.	A integridade do períneo não está associada a posição de parto (decúbito, semi-sentada e sentada).	1B

A34. BROWNE. et al. Estados Unidos, 2010.	Determinar se existe uma diferença nos índices de lesão perineal no atendimento por obstetras versus enfermeiras-parteiras.	Estudo retrospectivo com 2.819 partos de primíparas.	Partos assistidos por enfermeiras-parteiras tem menos chance de episiotomia e lacerações graves.	2B
A35. SCHIRMER; FUSTINONI; BASILE. Brasil, 2011.	Avaliar os resultados perineais em posições não convencionais de nascimento.	Estudo clínico randomizado com 158 primíparas. Posição lateral esquerda versus vertical semi-sentada.	Posição de parto lateral esquerda oferece menos risco de traumas perineais graves, edema vulvar e episiotomia.	1B
A36. CRUZ; BARROS. ANDREA PORTO DA CRUZ. Brasil, 2010.	Descrever as práticas obstétricas e os resultados maternos e neonatais comparando unidades intra e extra-hospitalares.	Estudo observacional, transversal e retrospectivo de 192 prontuários das instituições envolvidas.	A prática em centro de parto normal extra-hospitalar apresentou maior frequência de parturientes com períneo íntegro.	2B

Os estudos mostraram que o risco de ocorrência de trauma perineal durante o parto vaginal é multifatorial. Fatores tais como: realização de parto instrumental (fórceps ou vácuo), episiotomia, ocitocina segundo estágio do trabalho de parto prolongado, trauma perineal em parto anterior, parto hospitalar, apresentação persistente em occipito posterior, pouca experiência profissional estão associados ao risco de laceração perineal (A3 ao A5, A9, A12 ao A36). Enquanto o uso de cinto abdominal, parto planejado no domicílio ou extra-hospitalar e parto assistido por parteiras reduz o risco de lacerações (A22, A23, A31, A34). O não uso de Kristeller e a prática baseada em evidencia científica no uso da episiotomia foram fatores de proteção para a integridade perineal (A24, A30).

Nas intervenções perineais foram encontradas: massagem perineal no pré-natal e durante o 2º estágio de parto com ou sem óleos, injeção no períneo de Hialuronidase, compressas quentes e hand off. Apenas um estudo não foi de revisão sistemática ou ensaio clínico randomizado. A massagem perineal apresentou resultados favoráveis para a integridade perineal (A37, 40, A41) (Quadro 4).

Quadro 4: Distribuição dos artigos caracterizados pelas intervenções na região perineal

Autor/Ano/País	Objetivo	Método	Resultado	Nível de Evidência
A37. BECKMANN; STOCK. Inglaterra, 2013.	Avaliar o efeito da massagem perineal digital pré-natal na incidência de	Revisão sistemática de quatro ensaios clínicos (n=2.497), incluindo massagem perineal digital no pré-natal, realizado ao	A massagem perineal no pré-natal, realizada pela mulher ou seu parceiro reduziu a probabilidade de trauma perineal que	1A

	trauma perineal no parto.	menos nas últimas quatro semanas de gravidez.	necessitam de sutura e de receber episiotomia	
A38. HARLEV. et al. Inglaterra, 2013.	Determinar se a massagem perineal utilizando óleo com vitaminas em a cera líquida pura aumenta as chances de parto com um períneo intacto.	Estudo prospectivo, randomizado duplo-cego, (n=164), durante o 2º estágio do trabalho de parto. Um grupo usou cera líquida pura e o outro grupo fórmula purificada de amêndoa e óleo de oliva, enriquecida com vitamina B1, B2, B6, E e ácidos graxos.	A massagem perineal com óleos durante a 2ª fase do trabalho de parto não teve efeito sobre a integridade do períneo nos dois grupos ($p>0,005$).	1B
A39. JANSOVA. et al. Inglaterra, 2014.	Avaliar se o método vienense modificado comparado com a técnica de parto sem proteção de períneo com as mãos.	Utilizado simulador biomecânico de parto durante o 2º estágio de trabalho de parto. Hands-off versus uso das mãos (pontas dos dedos permanecem 10 cm) versus uso das mãos (pontas dos dedos permanecem 11 centímetros de distância).	A aplicação apropriada do polegar e do dedo indicador da mão dominante do parteiro à superfície do períneo durante o segundo estágio de parto reduz a tensão do tecido em toda a espessura do períneo; assim, esta intervenção pode reduzir o trauma perineal.	3B
A40.KARAÇAM; EKMEN; CALISIR. Inglaterra, 2012.	Investigar se a massagem perineal durante o parto diminuiu trauma perineal.	Estudo randomizado controlado dos efeitos da massagem perineal na prevenção de traumas perineais.	A massagem perineal diminui taxa de episiotomias e de lacerações.	1B
A41. GERANMAY. et al. Alemanha, 2012.	Investigar se a massagem perineal com Vaselina diminui traumas perineais.	90 primíparas com idades entre os 18 e 30 anos, partos a termo. Intervenção (massagem perineal com vaselina) ou grupo de controle.	A massagem perineal com vaselina, na 2ª fase de trabalho aumenta integridade perineal e diminui traumas perineais (episiotomia e lacerações).	1 B
A42. ZHOU. et al. Inglaterra, 2014.	Avaliar a eficácia da injeção de hialuronidase (HAase) perineal para redução do trauma perineal, episiotomia e dor perineal.	Revisão sistemática com quatro ensaios clínicos em 599 partos vaginais.	O uso da HAase durante o 2º estágio do trabalho de parto apresentou menor incidência de trauma perineal, mas não houve evidência clara de benefício em comparação com a injeção de placebo.	1A
A43. COLACIOPPO; GONZALEZ; KOIFFMAN. Estados unidos, 2011.	Comparar o trauma perineal durante o parto espontâneo com ou sem injeção HAase no períneo	Ensaio clínico randomizado, na 2ª fase de trabalho de parto de primíparas: Experimento (n=80): injeção de 20.000 unidades HAase na região do períneo. Grupo controle (n=80): placebo.	Não houve diferença entre os grupos na integridade perineal ($p=0,477$).	1B
A44. AASHEIM. Inglaterra, 2011.	Avaliar o efeito de técnicas perineais no 2ºestágio do trabalho de parto sobre a incidência de trauma perineal.	Revisão Sistemática sobre técnicas perineais durante a segunda fase.	Compressa quente versus massagem perineal reduz lacerações de 3º e 4º grau. Massagem vesos Hand off lacerações de 3º e 4º grau.	1A

DISCUSSÃO

A idade materna jovem e a primiparidade predominaram entre os estudos (A1, A3, A4, A11, A12, A13, A19, A29) como não proteção da integridade do períneo, a maioria dos autores consideraram que ser jovem e o primeiro parto são fatores de risco para as lacerações, com moderada recomendação (B), embora a idade acima de 25 anos tenha sido apontada como risco para lacerações em outros estudos (A10, A14, A16), com a mesma recomendação (B).

As probabilidades de lacerações perineais graves em mães pela primeira vez, dando à luz um filho com apresentação cefálica, pode variar de menos de 1% para mais de 40%, de acordo com um modelo minimalista contendo apenas preditores independentes de manejo clínico. Se a assistência com instrumento e também episiotomia são incorporados a modelagem, a probabilidade estimada de laceração pode ser superior a 50% em mulheres de alto risco (BAGHURST; ANTONIOU, 2012).

A etnia asiática apareceu como risco para não integridade perineal em dois estudos (BAGHURST et al, 2012; GROUTZ et al, 2011).

Por outro lado o índice de massa corporal (IMC) parece não interferir na integridade perineal comparado entre primíparas obesa e não obesas (GALLAGHER et al, 2014).

Em relação às características fetais o peso abaixo de 2,5 kg parece proteger o períneo de lacerações (A7), por outro lado quanto maior o peso fetal maior a chance de ocorrer laceração perineal. Peso acima de 3,3 kg está relacionado a lacerações perineais graves, ou seja, de 3º ou 4º grau (A3, A4, A5, A8, A9, A11, A13, A14, A21, A29). Sendo que a identificação no pré-natal de fetos com suspeita de macrosomia não foi capaz de melhorar ou prevenir as lacerações perineais (VENDITTELLI; RIVIERE; BRÉAT, 2012). Por outro lado, com a identificação no pré-natal deste fator de risco pede que o atendimento ao parto deva ser feito pela equipe mais experiente (LEWIS, 2011). Além do aumento do peso o aumento do perímetro cefálico acima de 1 cm com 34,3 cm ($\pm 1,4$) ($p < 0,001$) leva a lacerações de 2º ou mais grau (A10).

O motivo das mulheres com parto vaginal após morte fetal intra-uterina terem menor incidência de trauma perineal não é esclarecido na literatura. O que explicaria seria uma segunda fase mais curta, implicando em menos ciclos de carregamento do pavimento pélvico e do períneo. Sendo a ausência de tônus fetal e redução na circunferência da cabeça agindo sobre os fatores biomecânicos do trabalho de parto mais curto (BASU; MUKERJI; DOUMOCHTSIS, 2013). Embora a morte intra-uterina do concepto se associe com a

integridade perineal, este achado deve ser melhor investigado, devido a possível interação entre estes e outros fatores relacionados ao parto.

Em relação às características do parto vários fatores podem contribuir para a não integridade perineal.

O fórceps foi fortemente apontado entre os estudos como causador de lacerações (A12, A13, A17, A19, A21, A29), inclusive lacerações graves (A13). O risco de laceração perineal acentua-se ainda mais quando o bebê mantém-se em posição occipito posterior (BRADLEY, 2013), em estudo de alto nível de evidência (1A) (A19). Necessário considerar que parto instrumental deve estar indicado apenas em situações especiais, e a decisão por vácuo ou fórceps ser considerada através de potenciais vantagens e desvantagens e habilidade do operador (PERGIALIOTES; OLIVEIRA; SMITH, 2014). Por outro lado, neste tipo de parto a episiotomia tem recomendação, moderada (B), como protetora de lacerações graves (A14).

Pode-se refletir que quanto mais intervenção a mulher recebe durante o parto, como: ocitocina, indução, kristeller, fórceps, episiotomia, maior o risco em apresentar trauma perineal, principalmente, os traumas graves (A12, A13, A17, A18, A19, A21, A23, A29, A32). O mesmo acontece no caso de trauma perineal e episiotomia no parto anterior, a mulher tem mais chance de ter trauma ou episiotomia no parto subsequente (A15, A16).

Lesões perineais de 3º e 4º grau foram mais comuns na presença de episiotomia, independente da paridade, em contrapartida partos sem episiotomia as lacerações foram leves, de 1º e 2º grau ($p < 0,05$) (RAISANEM, et al, 2010; SALGE et al, 2012).

A episiotomia, ao contrário do que se imaginava, não diminui o risco de lacerações perineais graves 3º e 4º graus, contribuem para um aumento da perda sanguínea durante o trabalho de parto, um maior risco de complicações cicatriciais e uma maior necessidade de pontos, sem nenhum benefício claramente comprovado para a mãe e/ou bebê e mesmo sem nenhuma evidencia favorável e com estudos apontando os malefícios do procedimento, ainda assim é um método utilizado frequentemente e rotineiramente por profissionais médicos (BRAGA et al., 2014; LEAL et al., 2014; MIGNINI et al., 2009).

Em relação à formação profissional, enfermeiras obstetra/parteira certificada ou médico obstetra, não houve consenso entre os estudos sobre o risco de lacerações (A13, A17, A27, A34).

A pouca experiência do profissional obstetra, tanto enfermeiro quanto médico, foi considerado como risco para lacerações. Parteiras com mais experiência são mais propensas a não utilizar mão no períneo durante o manejo do trabalho de parto, o chamado “*hand off*”, e de não realizar episiotomia a menos que realmente tenha uma indicação obstétrica. Mas a

técnica “*hand off*” pode ter como uma possível consequência o aumento da incidência de lesão obstétrica do esfíncter anal (B) (TROCHEZ; WATERFIELD; FREEMAN, 2011).

A posição adotada pela mulher durante o nascimento e o uso ou não de estribo não interferiram na presença ou gravidade da laceração ou integridade perineal. Estudos compararam a posição sentada com outras posições (A20, A28, A33). Apesar de não diferenciar em relação à laceração estes estudos mostraram aumento do uso de episiotomia em outra posição de parto, que não sentada. Apenas um estudo evidenciou que o parto na posição lateral esquerda (A35) reduz lacerações graves e episiotomia, com forte recomendação (A). As mulheres devem estar incentivadas a utilizar as posições que são mais confortáveis para elas.

O parto realizado extra-hospitalar teve recomendação, moderada (B), para proteção de lacerações e de episiotomia (A31, A34, A36). Pois, o centro de parto normal intra-hospitalar utilizou com maior frequência de intervenções relacionadas à utilização de ocitocina, rompimento artificial de membranas amnióticas e tempo de permanência materna e neonatal superior às 48h, após o parto. O centro de parto normal extra-hospitalar apresentou maior frequência de parturientes com períneo íntegro após o parto, rompimento de membranas de maneira espontânea e tempo de permanência materna e neonatal inferior a 48 horas pós-parto (CRUZ; BARROS, 2010).

Mulheres que planejam seus partos seja por apresentarem um plano de parto na admissão de trabalho de parto ou um parto domiciliar planejado recebem menos intervenções maternas, além de menos probabilidade de terem lacerações e quando acontecem são leves (PINETTE; CARTIN; BLACKSTONE; 2010; ERAN et al, 2012).

Como método de proteção perineal de lacerações foi apontado o *baby guard* (A22). O uso do sistema *baby guard*, um dispositivo abdominal, cinto ergonômico inflado a pressões terapêuticas ideais, demonstrou uma menor incidência de lacerações perineais (ACANFORA et al, 2013). No entanto, evidências científicas são insuficientes para comprovar tais benefícios. Há uma necessidade para avaliação objetiva de eficácia e segurança.

Como protetores da integridade do períneo foram o não uso da Manobra de Kristeller e a decisão da realização de episiotomia baseada nas melhores evidências científicas (A24, A30).

A massagem perineal no pré-natal ou na 2ª fase do trabalho de parto pode ser tratada como uma conduta de preservar uma laceração e promover períneo intacto em trabalho de parto, com forte recomendação (A) (A37, A38, A40, A41).

Durante o pré-natal a massagem perineal, realizada pela mulher ou seu parceiro (uma ou duas vezes por semana a partir de 35 semanas), reduziu a probabilidade de trauma perineal que necessitam de sutura (RR 0,91; IC 95% 0,86-0,96), e reduz o risco de receber episiotomia (RR 0,84; IC 95% 0,74-0,95) em primíparas (BECKMANN; STOCK, 2013).

Na 2ª fase de trabalho de parto a massagem perineal com e sem vaselina foi favorável à redução das lacerações, além da realização da taxa de episiotomia (A37, 40, A42). As intervenções do A38 não tiveram efeito sobre a integridade perineal, sendo que um grupo utilizou massagem e óleo enriquecido com vitaminas e o outro massagem e cera líquida pura, não foram encontradas diferença entre os dois grupos. A lacuna de não ter um grupo placebo, sem massagem ou sem óleo, impossibilita a discussão da eficácia da massagem ou do óleo na proteção perineal.

Na perspectiva de que existem estudos com bons níveis de evidencia (1A e 1B) demonstrando que a massagem perineal é eficaz e outros também com bons níveis de evidencia (1B) dizendo que óleos aplicados no períneo durante o período expulsivo não tem efeitos sobre a integridade perineal, ou seja, não diminui a ocorrência e o grau de laceração perineal, será que se pode questionar que o uso de produtos como óleos e vaselina são responsáveis pelo bom resultado ou seria a massagem perineal?

A massagem foi melhor que *Hand off* (mãos de fora), quando não se utiliza as mãos sobre o períneo no momento do nascimento, na prevenção de lacerações de 3º e 4º grau (A44) com forte recomendação (A).

Hand off mostrou-se inferior ao *Hand on*, o uso da mão dominante do parteiro sobre o períneo reduz a tensão do tecido como uma possível proteção do períneo (A39). No entanto, estudos clínicos são necessários para a recomendação desta intervenção.

Outra intervenção no períneo apontada com alto nível de evidencia e forte recomendação (A) para a redução dos traumas perineais graves foi a utilização de compressas quentes sobre o períneo comparado a massagem perineal. Este procedimento foi demonstrado como bem aceito pelas mulheres e parteiras (AASHEIM, 2011).

O uso de hialuronidase perineal (HAase) injetado no períneo durante o 2º estágio do trabalho de parto não aumentou a proporção de períneo intacto e não reduziu a proporção de trauma perineal grave em um ensaio clínico (A43), contradizendo uma revisão sistemática, com quatro ensaios clínicos, que evidenciou uma menor incidência de trauma perineal, porém esta revisão considerou que não há evidencia clara sobre o seu benefício (ZHOU et al, 2014).

O trauma perineal obstétrico durante o parto é frequentemente evitável. Grande parte das mulheres sofre algum tipo de lesão perineal no momento da passagem do feto pelo canal

vaginal, decorrente de condições maternas, fetais ou dos procedimentos adotados durante o parto. Quando adequadamente acompanhado, o parto normal pode transcorrer sem lesões perineais, assim como sem necessidade do uso da episiotomia. A identificação da ocorrência dessas lesões é importante para análise do quadro atual de lacerações perineais em partos normais, assim como para elaboração de estratégias profiláticas a fim de reduzir os índices de lacerações nos serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nesta pesquisa, tivemos a oportunidade de conhecer através de evidências científicas os resultados das práticas obstétricas para a proteção perineal.

Em posse dos resultados temos como meta a mudança de condutas e paradigmas onde teremos como objetivo superar o modelo Tecnocrático e estimular a implantação de dispositivos que sejam provocadores de mudança no processo cotidiano de trabalho do Hospital Municipal de Iporá-Go.

Acreditamos após a realização deste estudo que a mudança de modelo condicionada à reflexão sobre o processo de trabalho das equipes, introdução da abordagem crítica e revisão das práticas de cuidado são necessárias à redução do alto índice de episiotomias e lacerações perineais maternas. A aplicação de condutas já consideradas obsoletas onde muitas práticas correntes na assistência obstétrica e neonatal são aplicadas sem a devida validação por estudos científicos bem desenhados, uso rotineiro de práticas como a episiotomia de rotina, manobra de Kristeller, entre outras, devem ser evitadas.

Por isso, propomos como um projeto de intervenção a orientação de profissionais de saúde que estão à frente deste Hospital, prestando assistência ao parto e nascimento às mulheres desta região.

A construção coletiva de ações, articulação de movimentos, avaliação, planejamento, educação permanente, gestão do trabalho, qualificação do processo de trabalho e monitoramento dos resultados, possibilitam implementação de mudanças e à qualidade da atenção às mulheres e bebês.

Com os resultados deste estudo apontando para as recomendações de partos cada vez mais fisiológicos e com menos intervenções desnecessárias, é que construiremos um **PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA O SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DESTES HOSPITAL**, neste protocolo serão incluídas as condutas de proteção da integridade perineal.

O protocolo será construído junto ao Corpo Clínico e será propostas capacitações por meio de minicursos a toda equipe envolvida com a assistência ao parto. Teremos como principal objetivo superar o modelo intervencionista e estimular a implantação de dispositivos que sejam provocadores de mudança no processo cotidiano de trabalho com vista à redução de traumas perineais.

Sabemos que a hegemonia do modelo biomédico na assistência obstétrica e neonatal e a utilização acrítica do conhecimento técnico podem contribuir com o aumento dos riscos e tornar ineficaz qualquer iniciativa de implementação de ações e tentativas de mudanças, porém a discussão será lançada tendo como base várias evidências científicas constatadas neste estudo.

Apenas aquelas práticas validadas pela melhor evidência científica disponível deverão ser adotadas, aliando a arte com a ciência, visando a um nascimento seguro para a mãe e a criança, com o mínimo de intervenções promovendo assim a diminuição das altas taxas de episiotomia e de lacerações do períneo, onde evidenciaremos a verdadeira proteção perineal.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou evidenciar condutas no períneo, fortemente recomendadas, que são protetoras da integridade perineal: massagem com ou sem óleo no períneo no pré-natal ou na 2ª fase de trabalho de parto e compressas mornas no períneo.

Outros aspectos que protegem de lacerações perineais: o peso do bebê ao nascer menor que 2,5 kg, a não realização da manobra de Kristeller, o parto com menos intervenção (ocitocina, indução, fórceps e episiotomia), o parto em local que não no hospital, a posição lateral esquerda da mulher no momento do nascimento, uso do cinto ergonômico inflado a pressões terapêuticas ideais (*baby guard*), a maior experiência do profissional que conduz o parto vaginal e a decisão em realizar ou não a episiotomia baseada nas melhores evidências científicas.

Além dos fatores protetores da integridade perineal o estudo possibilitou identificar características maternas, fetais e de parto que são riscos para o trauma perineal. Nas características maternas: a primiparidade, a etnia asiática; nas características fetais: o maior peso do bebê e nas características do parto: a duração do segundo estágio do trabalho de parto prolongada, assistência ao parto instrumental (fórceps ou vácuo), a posição occipito posterior do feto sem rotação e a episiotomia ou laceração no parto anterior.

Importante que na prática clínica obstétrica os profissionais responsáveis pelo manejo do parto estejam capacitados/atualizados para identificar mulheres em risco para o trauma perineal, facilitando assim o uso de certas intervenções obstétricas para minimizar a ocorrência de trauma perineal associada ao parto.

Respeitar a individualidade feminina, os direitos humanos das mulheres e a prática da obstetrícia baseada na evidência científica, pode-se garantir um parto mais seguro, de qualidade, com melhores resultados maternos e perinatais.

REFERÊNCIAS

- AASHEIM, V.; NILSEN, A, B.; LUKASSE, M.; REINAR, L, M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev. England.*;(12):CD006672, 2011.
- ACANFORA, L.; RAMPOM, M.; FILIPPESCHI, M.; MARCHI, M.; MONTISCI, M.; VIEL, G.; COSMI, E. An inflatable ergonomic 3-chamber fundal pressure belt to assist vaginal delivery. *Int J Gynaecol Obstet, Ireland*, v.120, n.1, p.78-81, Jan. 2013.
- AVIRAM, A.; RABAN, O.; MELAMED, N.; HADAR, E.; WIZNITZER, A.; YOGEV, Y. The association between young maternal age and pregnancy outcome. *J Matern Fetal Neonatal Med, England*, v.26, n.15, p.1554-1558, Oct. 2013.
- BAGHURST, P,A. The case for retaining severe perineal tears as an indicator of the quality of obstetric care.*Aust N Z J Obstet Gynaecol, Australia*, v. 53, n.1, p. :3-8, Fev. 2013.
- BARGHUST, P, A.; ANTONIOU, G. Risk models for benchmarking severe perineal tears during vaginal childbirth: a cross-sectional study of public hospitals in South Australia, 2002-08. *Paediatr Perinat Epidemiol. England*, V. 26, n. 5, p. 430 – 437, Sep. 2012.
- BASU, M.; MUKERJI, S.; DOUMOUCHTSIS, SK. Perineal trauma in women undergoing vaginal delivery following intra-uterine fetal demise: a case-control analysis. *Int Urogynecol J, England*, v.25, n.1, p.61-64, Jan. 2014.
- BECKMANN, M.M.; STOCK, O.M. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev. England*, Issue 4, 2013. Art. No.: CD005123. DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub3.
- BERTOZZI, S.; LONDERO, A. P.; FRUSCALZO, A.; DRIUL, L.; DELNERI, C.; CALCAGNO, A.; DI BENEDETTO, P.; MARCHESONI, D. Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum: a retrospective study. *BMC Womens Health. England*. V. 11, (BMC Womens Health;11:12, 2011.)
- BRADLEY, M.S.; KAMINSKI, R.J.; STREITMAN, D.C.; DUNN, S.L.; KRANS, E.E. Effect of rotation on perineal lacerations in forceps-assisted vaginal deliveries. *Obstet Gynecol. United States*, v.122, n.1, p.132-137, Jul. 2013.
- BRAGA, G.C.; CLEMENTINO, S.T.P.; LUZ, P.F.N.; SCAVUZZ, A.; NORONHA, N.C.; AMORIM, M.M.R. Risk factors for episiotomy: a case-control study. *Rev. Assoc. Med. Brasil*, v. 60, n. 5, p. 465-472, Sept./Oct. 2014.
- BROHI, Z.P.; SADAF, A.; ZOHRA, N.; PERVEEN, U. Frequency and severity of perineal tears in Countess Lady Duffrin Fund Hospital, Hyderabad. *J Pak Med Assoc. Pakistan*, v.62, n.8, p.803-806, Aug. 2012.
- COLACIOPPO, P, M.; GONZALEZ, RIESCO, M, L.; KOIFFMAN, MD. Use of hyaluronidase to prevent perineal trauma during spontaneous births: a randomized, placebo-controlled, double-blind, clinical trial.*J Midwifery Womens Health. United States*. V. 56, n. 5, p. 336 – 345, Sept-Oct. 2011.
- CORTON, M, M.; LANK FORD, J, C.; AMES, R.; MCLNTIRE , D, D.; ALEXANDER, J, M.; LEVENO, K, J. A randomized trial of birthing with and without stirrups. *Am J Obstet Gynecol. United States*. V. 207, n. 2, p. 1 – 5, Aug. 2012.

- DE JONGE, A.; VAN DIEM, M.T.; SCHEEPERS, P.L.; BUITENDIK, S. E.; LAGRO-JASSEN, A.L. Risk of perineal damage is not a reason to discourage a sitting birthing position: a secondary analysis. *Int J Clin Pract. England*. v. 64, n. 5, p. 611 – 618, Apr. 2010.
- FRANCISCO, A.A.; KINJO, M.H.; BOSCO, C.S.; SILVA, R.L.; MENDES, E.P.B.; OLIVEIRA, S.M.J.V. Associação entre trauma perineal e dor em primíparas. *Rev. esc. enferm. USP. Brasil*, v. 48, n. esp, p. 40-45, Ago. 2014.
- GALLAGHER, K.; MIGLIACCIO, L.; ROGERS, R.G.; LEEMAN, L.; HERVEY, E.; QUALLS, C. Impact of nulliparous women's body mass index or excessive weight gain in pregnancy on genital tract trauma at birth. *J Midwifery Womens Health. United States*, v.59, n.1, p.54-59, Jan-Feb. 2014.
- GERANMAYEH, M.; REZAEI.; HABIBABADI, Z.; FALLAHKISH, B.; FARAHANI, MA.; KHAKBAZAN, Z.; MEHRAN, A. Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. *Arch Gynecol Obstet. Germany*. V. 285, n. 1, p. 77 - 81, Jan. 2012.
- GROUTZ , A.; COHEN, A.; GOLD, R.; HASSON, J.; WENGIER, A.; LESSING, J.B.; GORDON, D. Risk factors for severe perineal injury during childbirth: a case-control study of 60 consecutive cases. *Colorectal Dis. V. 13, n. 8, p. 216 – 219, Aug. 2011.*
- GROUTZ , A.; HASSON, J WENGIER, A.; GOLD, R.; SKORNICK- RAPAPORT, A.; LESSING, J.B.; GORDON, D. Third- and fourth-degree perineal tears: prevalence and risk factors in the third millennium. *Am J Obstet Gynecol. United State. V. 204, n. 4, p. 347 e 1 – 4, Apr. 2011.*
- GUROL-URGANCI, I.; CROMWELL, D.A.; EDOZIEN, L.C.; MAHMOOD, T.A.; ADAMS, E.J.; RICHMOND, D.H.; TEMPLETON, A.; VAN DER MEULEN, J.H. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. *BJOG. England*, v.120, n.12, p.1516-1525, Nov. 2013.
- HADAR, E.; RABAN,O.; GAL, B.; YOGEV, Y.; MELAMED, N. Obstetrical outcome in women with self-prepared birth plan. *J Matern Fetal Neonatal Med. Irlanda. V. 25, n 10, p. 2055 – 2057. Oct. 2012.*
- HARLEV, A.; PARIENTE, G.; KESSOUS, R.; ARICHA-TAMIR, B.; WEINTRAUB, A.Y.; ESHKOLI, T.; DUKLER, D.; AYUN, S.B.; SHEINER, E. Can we find the perfect oil to protect the perineum? A randomized-controlled double-blind trial. *J Matern Fetal Neonatal Med. England*, v.26, n.13, p.1328-1331, Sep. 2013.
- HIRAYAMA, F.; KOYANAGI, A.; MORI, R.; ZHANG, J.; SOUZA, JP.; GULMEZOGLU, AM. Prevalence and risk factors for third- and fourth-degree perineal lacerations during vaginal delivery: a multi-country study. *BJOG, England*. v. 119, n. 3, p. 340 -347, Feb. 2012.
- HO , J.J.; PATTANITTUM, P.; JAPARAJ, R.P.; TURNER, T.; SWADPANICH, U.; CROWTHER, C.A. Influence of training in the use and generation of evidence on episiotomy practice and perineal trauma. *Int J Gynaecol Obstet. Ireland. V. 111, n. 1, p. 13-8, Oct. 2010.*
- JANSOVA, M.; KALIS, V.; RUSAVY, Z.; ZEMCIK, R.; LOBOVSKY, L.; LAINE, K. Modeling manual perineal protection during vaginal delivery. *Int Urogynecol J. England*, v.25, n.1, p.65-71, Jan. 2014.
- KARAÇAM, Z.; EKMEK, H.; CALISIR, H. The use of perineal massage in the second stage of labor and follow-up of postpartum perineal outcomes. *Health Care Women Int. England. V. 33, n. 8, p. 697-718, 2012.*
- KOMOROWSKI, L.K.; LEEMAN, L.M.; FULLILOVE, A.M.; BEDRICK, E.J.; MIGLIACCIO, L.D.; ROGERS, R.G. Does a large infant head or a short perineal body

- increase the risk of obstetrical perineal trauma?. *Birth. United States*, v.41, n.2, p.147-152, Jun. 2014.
- LAW, H.; FIADJOE, P. Urogynaecological problems in pregnancy. *J Obstet Gynaecol;England*,v.3, n. 2, p. 109 – 112, Feb. 2012.
- LEWIS,T.; COSTA,V.; HARRIOTT. J.; WYNTER, S.; CHRISTIE, L.; CAWICH,S. Factors Related to Obstetric Third and Fourth Degree Perineal Lacerations in a Jamaican Cohort. *West Indian Med J*, v.60, n.2, p.195-198, Mar. 2011.
- LURIE, S.; KEDAR, D.; BOAZ, M.; GOLAN, A.; SADAN, O. Need for episiotomy in a subsequent delivery following previous delivery with episiotomy. *Arch Gynecol Obstet. Germany*, v.287, n.2, p.201-204, Feb. 2013.
- MANZANARES, S.; COBO, D.; MORENO-MARTÍNEZ, M.D.; SÁNCHEZ-GILA, M.; PINEDA, A. Risk of episiotomy and perineal lacerations recurring after first delivery. *Birth. United States*, v. 40, n.4, p.307-311, Dec. 2013.
- MELO, I.; KATS, L.; COUTINHO, I.; AMORIM, M.M.; Seletive episiotomy v.s implementation of a nom episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reproductive Health. Brazil*, v. 11, n. 1, p. 66, Aug. 2014.
- MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto enferm. Brasil*, v.17, n.4, p. 758-764, Oct./Dec. 2008.
- Ministério da saúde e Política Social. Guia de Prática Clínica Sobre Cuidados com o Parto Normal, [Serviço Central de Publicações do Governo Basco] Vitoria Gasteiz, 2010.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistências humanizadas à mulher. Brasília; 2001.
- MONTENEGRO, Carlos A. Barbosa; Jorge de R. e F. *Obstetrícia Fundamental 11ª ed.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2008.
- NAKAMURA, M.U.; SASS, N.; JÚNIOR, J.E.; PETRICELLI, C.D.; ALEXANDRE, S.M.; JÚNIOR, E.A.; ZANETTI, M.R.D. Tolerância da parturiente à extensibilidade perineal avaliada pelo EPI-NO: estudo observacional. *Einstein. Brasil*, v. 12, n.1, p. 22-26, Jan./Mar. 2014.
- NEME, Bussamara et al. *Neme Obstetrícia Básica 3ª edição* São Paulo: Sarvier, 2005.
- OLIVEIRA, L.S.; BRITO, L.G.; QUINTANA, S.M.; DUARTE, G.; MARCOLIN, A.C. Perineal trauma after vaginal delivery in healthy pregnant women. *Sao Paulo Med J. Brazil*, v.132, n.4, p.231-238, 2014. DOI: 10.1590/1516-3180.2014.1324710.
- OMS, Organização Mundial de Saúde. *Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Maternidade Segura.* Genebra, 1996. 58p. <http://www.abcdoparto.com.br/Assistencia/AssistenciaPartoNormal-OMS.htm>.
- PERGIALIOTIS, V.; VLACHOS, D.; PROTOPAPAS, A.; PAPPA, K.; VLACHOS, G. Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. *Int J Gynaecol Obstet . Ireland*, v.125, n.1, p.6-14, Apr. 2014.
- RAISANEN, S .; VEHVILAINEN-JULKUNEN, K.; HEINONEN, S. Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery. Scotland*. V. 26, n. 3, p. 348 – 356, Jun. 2010.

- RIESCO, M.L.G.; COSTA, A.S.C.; ALMEIDA, S.F.S.; BASILE, A.L.O.; OLIVEIRA, S.M.J.V. Episiotomia, Laceração e Integridade Perineal em Partos Normais: Análise de Fatores Associados. *Rev. enferm. UERJ, Brasil*, v. 19, n. 1, p. 77-83. jan/mar. 2011.
- RODRIGUEZ, M.C.B.; TERCEROS, L.A.C. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Rev Cient Cienc Med. Bolivia*, v.17, n.2, p. 53-57, Dic. 2014.
- SALGE, A. K. M.; LÔBO, S. F.; SIQUEIRA, K. M.; SILVA, RENATA C. R.; GUIMARÃES, J.V. Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. *Rev. eletrônica de enferm. Brasil*, v.14, n.4, p.779-785, dez. 2012.
- SMITH, L.A; PRICE, N.; SIMONITE, V.; BURNS, E.E. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth. England*, v.13, n.59, 2013. doi:10.1186/1471-2393-13-59.
- SANTOS, J.O.; BOLANHO, I.C.; MOTA, J.Q.C.; COLEONE, L.; OLIVEIRA, M.A. Frequência De Lesões Perineais Ocorridas nos Partos Vaginais em uma Instituição Hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm. Brasil*, v. 12, n. 4, p. 658-663. Dez. 2008.
- TEMERINAC, D.; CHEN, X.; SÜTTERLIN, M.; KEHL, S. Influence of fetal birth weight on perinatal outcome in planned vaginal births. *Arch Gynecol Obstet. Germany*, v.289, n.2, p.313-318, Feb. 2014.
- THIES-LAGERGREN, L.; KVIST, L.J.; CHRISTENSSON, K.; HILDINGSSON, I. Striving for scientific stringency: a re-analysis of a randomised controlled trial considering first-time mothers' obstetric outcomes in relation to birth position. *BMC Pregnancy Childbirth. England*, v.12,n.135, 2012. doi:10.1186/1471-2393-12-135.
- THIES- LAGERGREN, L.; KIVIST, L.J.; CHRISTENSSON, K.; HILDINGSSON, I. No reduction in instrumental vaginal births and no increased risk for adverse perineal outcome in nulliparous women giving birth on a birth seat: results of a Swedish randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth. England*. v. 11, n. 22, p. , 2011. *BMC Pregnancy Childbirth*;11:22, 2011.
- TROCHEZ, R.; WATERFIELD, M.; FREEMAN, R.M. Hands on or hands off the perineum: a survey of care of the perineum in labour (HOOPS). *Int Urogynecol J. England*. v. 22, n. 10, p. 1279 – 1985, Oct. 2011.
- VENDITTELLI, F.; RIVIÈRE, O.; BRÉART, G. Is prenatal identification of fetal macrosomia useful? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. Ireland*, v. 16, n. 12, p. 170-176. Apr. 2012.
- VOGT, S.E.; DINIZ, S.G.; TAVARES, C.M.; SANTOS, N.C.P.; SCHNECK, C.A.; ZORZAN, B.; VIEIRA, D.A.; SILVA, K.S.; DIAS, M.A.B. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Brasil*, v. 27, n. 9, p.1789-1800, set. 2011.
- WU, L.C.; MALHOTRA, R.; ALLEN, J.C.; LIE, D.; TAN, T.C.; ØSTBYE, T. Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet. Germany*, v.288, n.6, p.1249-1256, Dec. 2013.
- ZEMCIK, R.; KARBANOVA, J.; KALIS, V.; LOBOVSKY, L.; JANSOVÁ, M.; RUSAVV, Z. Stereophotogrammetry of the perineum during vaginal delivery. *Int J Gynaecol Obstet. Irlanda*. V.119, n. 1, p. 76 – 80, Oct. 2012.
- ZHOU, F.; WANG, X.D.; LI, J.; HUANG, G.Q.; GAO, B.X. Hialuronidase para reduzir o trauma perineal. *Dados Cochrane Syst Rev. Inglaterra*, Issue 2, 2014. Art. No.: CD010441. DOI: 10.1002/14651858.CD010441.pub2.

ANEXO I

Formulário para primeira etapa de avaliação dos artigos (títulos e resumos)
Critérios de inclusão
(x) Abordar a temática (integridade perineal)
(x) Idiomas
(x) Publicado na íntegra
Critérios de exclusão
(x) Estudos do tipo qualitativo
(x) Publicações do tipo carta editorial
(x) Revisão de literatura ou revisão integrativa e publicações anteriores ao ano de 2010.