

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Raquel Rabelo de Sá Lopes

**TRAUMA PERINEAL: influência do parto na água e posição adotada
pela mulher**

Belo Horizonte

2013

Raquel Rabelo de Sá Lopes

**TRAUMA PERINEAL: influência do parto na água e posição adotada
pela mulher**

Trabalho de Conclusão de especialização em obstetrícia a ser apresentado ao Curso de pós-graduação em Enfermagem obstétrica da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Enfermeira Obstetra.

Orientadora: Dra. Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo

Belo Horizonte
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Lopes, Raquel Rabelo de Sá

Trauma perineal [manuscrito] : influência do parto na água e
posição adotada pela mulher / Raquel Rabelo de Sá Lopes. - 2013.
27 f.

Orientadora: Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em
Enfermagem Obstétrica - Universidade Federal de Minas Gerais,
Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em
Enfermagem Obstétrica.

1.Enfermagem Obstétrica. 2.Saúde da Mulher. 3.Parto na Água.
I.Azevedo, Vivian Mara Gonçalves de Oliveira. II.Universidade
Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força para seguir essa jornada e me guiar.

Agradeço aos meus pais, Eliane e Ivo, exemplos para mim na vida e no trabalho e que sempre acreditaram na minha capacidade.

À minha orientadora Vivian, sempre disponível e que com serenidade me estimulava, acalmava e ensinava essa difícil tarefa chamada monografia.

Aos meus exemplos de enfermeiras obstetras Polyana, Kelly, Lorena, Monick, Joana D'arc e Adrinez pela paciência e por todo conhecimento transmitido do partear e do que realmente é ser uma enfermeira obstetra.

As gestantes que me concederam momentos mágicos, de verdadeiro milagre em poder acompanhar seu trabalho de parto e receber com minhas mãos seus filhos.

Às amigas e familiares que entenderam meus momentos de ausência.

Às enfermeiras obstetras Polyana e Kelly que me ajudaram neste trabalho.

Ao meu namorado Gustavo, pelo apoio, carinho e compreensão.

Aos colegas de turma pelas boas risadas.

RESUMO

Introdução: O risco de ocorrência de trauma perineal durante o parto vaginal é multifatorial. A posição verticalizada e a imersão na água quente para o nascimento do bebê tem despertado interesse nas gestantes para alívio da dor e, também, na redução desse tipo de trauma. Entretanto, este ainda é uma assunto escasso na literatura. **Objetivos:** Comparar os partos fora da água com os realizados na água e as posições adotadas durante o trabalho de parto em relação ao grau de laceração perineal espontânea. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional documental, no qual participaram parturientes que evoluíram para parto normal, no período de 01 de janeiro de 2012 a 13 de junho de 2012, no Hospital Sofia Feldman e todas as parturientes do Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano do ano de 2012, totalizando 2280 parturientes. Foram incluídas as gestações únicas, a termo, com apresentação cefálica e feto vivo. Foram excluídas as de parto vaginal assistido e as que tiveram episiotomia. As parturientes foram alocadas em dois grupos: parto na água e parto fora da água. Analisou-se o desfecho dos partos em relação à ocorrência de laceração perineal, além da idade, paridade, posição da mulher no momento do parto e peso do recém-nascido. **Resultados:** Do total da amostra analisada, 1508 (66,1%) apresentaram laceração, sendo que 1100 mulheres apresentaram laceração de primeiro grau (48,2%), 379 de segundo grau (16,6%), 27 de terceiro grau (1,2) e 2 (0,1%) de quarto grau. As mulheres cujo parto foi realizado na água apresentaram menor chance (risco se reduziu em 33%) de laceração que aquelas de parto fora da água (IC95%: 51% a 90%). A posição do parto também apresentou influência significativa no grau de laceração, sendo que a posição de cócoras apresentou maior chance de aumento no grau de laceração se comparados as parturientes cujo parto foi dorsal (IC95%: 3% a 79%). **Conclusão:** O parto realizado na água foi considerado um fator de proteção para laceração perineal juntamente com a presença de parto vaginal anterior. Já a posição de cócoras e o peso do recém-nascido foram fatores de risco.

Palavras chaves: Gravidez, parto normal, parto na água, trauma perineal, laceração perineal.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Descrição da idade materna, peso do recém-nascido, presença de parto vaginal anterior e posição do parto em relação ao tipo de parto.....	14
TABELA 2	Distribuição das características das parturientes e seus filhos em relação ao grau de laceração.....	15
TABELA 3	Distribuição das variáveis interferentes a laceração durante o parto em um Modelo de Regressão Logística Ordinal.....	16

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HSF	Hospital Sofia Feldman
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CPN	Centro de parto Normal
OR	Odds rate
OMS	Organização Mundial da Saúde
RN	Recém-nascido
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
SUS	Sistema Único de Saúde
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	07
2	OBJETIVOS.....	10
3	METODOLOGIA.....	11
3.1	Cenário de Estudo.....	11
3.2	Questões éticas.....	12
3.3	Análise dos dados.....	12
4	RESULTADOS.....	14
5	DISCUSSÃO	17
6	CONCLUSÃO	21
	REFERÊNCIAS.....	22
	APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	24
	ANEXO 1 – PARECER DOCUMENTADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HOSPITAL SOFIA FELDMAN.....	25

1 INTRODUÇÃO

Aproximadamente 85% das mulheres que realizam parto vaginal sofrem algum tipo de trauma perineal, incluindo lesões das estruturas de suporte de tecido conectivo da pele, das estruturas vasculares, dos nervos e/ou músculos ou diretamente do trato urinário. Esses traumas são resultantes de lacerações perineais espontâneas ou de episiotomia. Tais lesões podem levar, em curto prazo, ao aumento da perda sanguínea, à necessidade de sutura e à dor perineal no pós-parto. Além disso, o trauma perineal decorrente do parto vaginal tem sido apontado como importante fator de risco para o surgimento de disfunções do assoalho pélvico, incluindo-se as incontinências urinária e fecal e os prolapso dos órgãos pélvicos. Tais disfunções são responsáveis por alto custo para o sistema de saúde e impacto negativo na qualidade de vida dessas mulheres (BARACHO *et al*, 2009).

No Brasil, a cada ano, aproximadamente 1,5 milhões de mulheres têm parto vaginal e a maioria delas sofre algum tipo de trauma perineal, seja por episiotomia ou lacerações espontâneas, ficando sujeitas às morbidades associadas a este trauma (RIESCO, 2011).

As lacerações da vagina e do períneo são classificadas como de primeiro, segundo, terceiro ou quarto grau. As lacerações de primeiro grau envolvem a fúrcula, a pele perineal, e a mucosa vaginal, mas não a fáscia e o músculo subjacentes. As lacerações de segundo grau envolvem, além da pele e da mucosa, a fáscia e os músculos do corpo perineal, mas não o esfíncter retal. Tais lacerações geralmente estendem para cima de um ou de ambos os lados da vagina, formando uma lesão triangular irregular. As lacerações de terceiro grau estendem-se através da pele, mucosa e corpo perineal, e envolvem o esfíncter anal. Uma laceração de quarto grau estende-se através da mucosa retal e expõe a luz do reto (CUNNINGHAM *et al.*, 2011).

A ocorrência de lacerações perineais é frequente, especialmente em primíparas. Lacerações de primeiro grau podem não necessitar de sutura. Já lacerações de segundo grau, em geral, podem ser suturadas com facilidade sob analgesia local e, em regra geral, cicatrizam sem complicações. Contudo, as lacerações de terceiro grau podem ter conseqüências mais severas e, sempre que

possível, devem ser suturadas por um obstetra em hospital bem equipado, a fim de evitar problemas de fistula ou incontinência fecal (OMS, 1996).

O risco de ocorrência de trauma perineal durante o parto vaginal é multifatorial. Fatores obstétricos e neonatais, tais como a realização de episiotomia, segundo estágio do trabalho de parto prolongado, uso de ocitocina, parto vaginal assistido a *fôrceps* ou vácuo-extrator, recém-nascido com peso superior a 4000 g e nuliparidade estão associados à ocorrência de lacerações perineais. Alguns desses fatores não são passíveis de intervenção como, por exemplo, o peso do recém-nascido ou a nuliparidade. No entanto, outros são modificáveis e condutas alternativas têm sido propostas para minimizar os possíveis efeitos negativos do parto vaginal sobre as estruturas do assoalho pélvico (BARACHO *et al*, 2009).

A adoção da posição verticalizada pode ser uma das alternativas para a redução dos traumas perineais. Segundo as recomendações da OMS (1996), as mulheres devem adotar posições que lhe agradem, devendo ser estimuladas por profissionais capacitados e que acompanhem partos em outras posições, além da posição tradicional. É de consenso geral entre os profissionais que aderiram a humanização no parto e nascimento as vantagens das posições verticalizadas nas evidências de menor desconforto e dificuldade dos puxos, diminuição das lacerações vaginais ou perineais, diminuição das dores e do período expulsivo, o que reduz a asfixia neonatal.

É observado em países ocidentais que fatores culturais aliados à falta de evidências científicas fazem com que as gestantes permaneçam a maior parte do trabalho de parto em posição horizontal. Essa posição pode favorecer a compressão de grandes vasos sanguíneos pelo útero, dificultando as trocas gasosas entre mãe e feto e diminuindo a efetividade das contrações uterinas, o que prolonga o trabalho de parto e aumenta as intervenções obstétricas e a dor (MOUTA *et al.*, 2008).

Outra medida descrita na literatura para minimizar os possíveis efeitos negativos do parto vaginal sobre as estruturas do assoalho pélvico é o parto realizado na água. Ao longo das duas últimas décadas o uso de imersão em água quente para o nascimento do bebê tem despertado interesse em muitos países e aumento do número de mulheres que solicita esta opção dentro e fora dos hospitais. Há décadas, banheiras, chuveiros e turbilhões têm sido utilizados para o conforto durante o trabalho de parto (HARPER, 2006).

Em uma revisão sistemática da Cochrane (2012), incluindo 11 estudos (3.146 mulheres), observaram que a imersão na água durante o trabalho reduziu significativamente a taxa de analgesia epidural com base em dados de seis ensaios. Além disso, a experiência de dor moderada a grave, o desejo de utilizar água para um trabalho de parto subsequente e uma redução da pressão sanguínea também foram favoráveis ao parto realizado na água.

Até o momento, são escassos os trabalhos sistematizados que correlacionem o tipo de parto (na água ou fora da água) e a posição adotada pela mulher no momento do parto com os traumas perineais. Será que o parto na água reduz os índices de lacerações perineais? A posição adotada pela mulher dentro e fora da água interfere nesses dados?

Assim, os objetivos desse estudo são comparar os partos fora da água com os realizados na água e as posições adotadas no parto em relação ao grau de laceração perineal espontânea.

2 OBJETIVO

Comparar os partos fora da água com os realizados na água e as posições adotadas durante o trabalho de parto em relação ao grau de laceração perineal espontânea.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental retrospectivo no qual participaram as parturientes que evoluíram para parto normal, no período de 01 de janeiro de 2012 a 13 de junho de 2012, na maternidade do Hospital Sofia Feldman e todas as parturientes do Centro de Parto Normal (CPN) Dr. David Capistrano do ano de 2012. Esses dados foram coletados através do livro de registro de partos do Hospital Sofia Feldman e do CPN. Na falta de informações no livro, a busca foi realizada nos prontuários.

Foram incluídas no estudo, as gestações únicas, a termo, com apresentação cefálica, com feto vivo. Foram excluídas aquelas que evoluíram para parto vaginal assistido e as que tiveram episiotomia.

Coletou-se o registro de parto dessas mulheres e verificou-se a ocorrência ou não de parto na água. As parturientes foram então alocadas em dois grupos: as que tiveram parto na água e as que tiveram parto fora da água. Além disso, as seguintes variáveis foram registradas: idade gestacional no parto, paridade, peso do recém-nascido e posição da mulher no momento do parto (APÊNDICE 1).

Considerou-se parto na água o parto realizado na banheira, onde a água que cobre a barriga completamente e chega ao nível de mama.

3.1 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no Hospital Sofia Feldman e no Centro de Parto Normal David Capistrano da Costa Filho. O Hospital é uma instituição filantrópica que atende 100% o Sistema Único de Saúde e que assiste a uma população superior a 400 mil pessoas dos Distritos Sanitários Norte e Nordeste, em Belo Horizonte. Possui 150 leitos: 60 obstétricos, 41 em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal – UTIN, 36 em Unidade de Cuidados Intermidiários Neonatais – UCIN, e 13 de outras clínicas. São realizados cerca de 800 partos ao mês.

O CPN funciona como unidade intra-hospitalar do Hospital Sofia Feldman, partilhando, desta forma, da filosofia humanista que o norteia como instituição filantrópica. Em todo o processo do trabalho de parto e parto, a mulher é encorajada a caminhar, a ingerir líquidos açucarados, a utilizar bola do nascimento, escada de

Ling, massagens e práticas complementares (homeopatia, florais, shiatsu, reink) no alívio não farmacológico da dor, e a assumir a posição que considerar mais confortável no trabalho de parto: deitada, de cócoras, ajoelhada ou na água.

3. 2 Questões Éticas

Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF); parecer 232.546.

3. 3 Análise dos dados

Os dados coletados foram tabulados e submetidos a análises uni- bi- e multivariadas com o auxílio do *software Minitab versão 15*, com o intuito de elaborar o tratamento estatístico para responder as questões levantadas pela pesquisa.

Para a análise descritiva, utilizou-se tabelas contendo frequência absoluta e relativa bem como estatísticas como média, mediana e desvio padrão para a identificação das principais características destas parturientes.

Para avaliar a homogeneidade entre os grupos utilizou-se tabelas que cruzam os valores das características categóricas com o tipo de parto e a significância das diferenças encontradas por meio do teste Qui-quadrado (Exato de Fisher quando o tamanho da amostra não era satisfatório). Para a avaliação da homogeneidade entre os grupos quanto ao peso e idade, utilizou-se o teste de comparação de dois ou mais grupos ANOVA e o teste de comparações múltiplas de Tukey.

Para comparação do grau de laceração em relação às características categóricas utilizou-se tabela de cruzamento com o percentual em relação aos grupos e o teste Qui-quadrado para avaliar associação entre características (Exato de Fisher quando o tamanho da amostra não era satisfatório).

Já a comparação entre os diferentes graus de laceração e as características contínuas ou de contagem utilizou-se medidas descritivas e o teste de comparação de dois ou mais grupos independentes ANOVA e o teste de comparações múltiplas de Tukey.

O modelo de regressão logística ordinal foi utilizado para avaliar as relações múltiplas existentes entre o desfecho grau de laceração e o tipo de parto e as demais características dos pacientes.

O teste do Deviance foi utilizado para avaliar a qualidade de ajuste do modelo. A análise de resíduos foi feita através do cálculo do *deviance* residual ($< 2,5$), o que permitiu avaliar a existência de *outliers* no modelo.

Ao final, a partir do modelo de regressão logística ordinal encontrado, avaliou-se a força da associação entre as características que impactaram de forma significativa no desfecho através da razão de chances (*oddsratio: OR*) e seus respectivos intervalos com 95% de confiança.

Para determinar se as associações encontradas são estatisticamente significativas, utilizou-se o nível de significância de 5%.

4 RESULTADOS

Analisou-se 2280 prontuários de mulheres que tiveram seus filhos na maternidade do HSF e no CPN. Destas, 1965 (86,2%) tiveram parto fora da água e 315 (13,8%) na água. Do total da amostra analisada, 1508 (66,1%) apresentaram laceração, sendo que aproximadamente metade das mulheres (1100) apresentaram laceração de primeiro grau (48,2%), 379 apresentaram laceração de segundo grau (16,6%), 27 laceração de terceiro grau (1,2) e 2 (0,1%) laceração de quarto grau.

Os dois grupos de parturientes (parto fora da água e na água) foram comparados em relação a idade, o peso do recém-nascido, parto vaginal anterior e a posição do parto (Tabela 1).

TABELA 1

Descrição da idade materna, peso do recém-nascido, presença de parto vaginal anterior e posição do parto em relação ao tipo de parto

VARIÁVEIS	Parto fora da água	Parto na água	P-valor
Idade (Média/DP)	24,2 ± 6,1	23,9 ± 6,1	0,376*
Peso do RN (Média/DP)	3,2 ± 0,4	3,2 ± 0,4	0,953*
Parto vaginal anterior (n / %)			
Não	1012 (51,5)	186 (59,0)	0,013**
Sim	952 (48,5)	129 (41,0)	
Posição de parto (n / %)			
Dorsal	771 (33,9)	0 (0,0)	< 0,05***
Sentada	18 (0,9)	47 (14,9)	
Banquinho	230 (11,7)	3 (1,0)	
Cócoras	295 (15,0)	31 (9,8)	
Semi-sentada	425 (21,6)	88 (27,9)	
Ajoelhada	5 (0,3)	0 (0,0)	
Gaskin	42 (2,1)	14 (4,4)	
Lateral	70 (3,6)	0 (0,0)	
Litotômica	31 (1,6)	0 (0,0)	
Em pé	2 (0,1)	0 (0,0)	
Sem informação	75 (3,8)	132 (41,9)	

* Teste de comparação de vários grupos independentes ANOVA

** Teste Qui-quadrado

*** Teste Modelo Regressão Logística

Comparou-se também a resposta de interesse, o grau de laceração e as características das puérperas (Tabela 2).

TABELA 2

Distribuição das características das parturientes e seus filhos em relação ao grau de laceração.

		<i>Grau de Laceração</i>					<i>P-valor</i>
		<i>Sem Laceração</i>	<i>Grau 1</i>	<i>Grau 2</i>	<i>Grau 3</i>	<i>Grau 4</i>	
Parto (n/%)	Fora da água	654 (84,7)	948 (86,2)	337 (88,9)	24 (88,9)	2 (100,0)	0,379*
	Na água	118 (15,3)	152 (13,8)	42 (11,1)	3 (11,1)	0 (0,0)	
Idade (média/DP)		24,8±6,1	23,4±6,0	24,9±6,2	24,8±6,2	30,5±6,4	< 0,001**
Peso (média/DP)		3,140±0,396	3,153±0,392	3,233±0,401	3,500±0,504	3,090±0,156	< 0,001**
Parto vaginal anterior (n/%)	Sim	539 (69,8)	406 (36,9)	129 (34,0)	6 (22,2)	1 (50,0)	< 0,001*
	Não	233 (30,2)	693 (63,1)	250 (66,0)	21 (77,8)	1 (50,0)	
Posição do parto (n/%)	Dorsal	290 (37,6)	354 (32,2)	119 (31,4)	7 (25,9)	1 (50,0)	< 0,001***
	Sentada	24 (3,1)	34 (3,1)	7 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Banqueta	65 (8,4)	116 (10,5)	47 (12,4)	5 (18,5)	0 (0,0)	
	Cócoras	89 (11,5)	154 (14,0)	75 (19,8)	7 (25,9)	1 (50,0)	
	Semi-sentada	171 (22,2)	261 (23,7)	76 (20,1)	5 (18,5)	0 (0,0)	
	Ajoelhada	1 (0,1)	3 (0,3)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Gaskin	26 (3,4)	22 (2,0)	7 (1,8)	1 (3,7)	0 (0,0)	
	Lateral	27 (3,5)	34 (3,1)	9 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Litotômica	10 (1,3)	13 (1,2)	7 (1,8)	1 (3,7)	0 (0,0)	
	Em pé	2 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Sem informação	66 (8,6)	109 (9,9)	31 (8,2)	1 (3,7)	0 (0,0)		

* Teste Exato de Fisher

** Teste de comparação de vários grupos independentes ANOVA e Teste de comparações múltiplas de Tukey

*** Teste Modelo Regressão Logística Ordinal

Posteriormente, utilizou-se a técnica de regressão logística ordinal de forma a avaliar como o tipo de parto e as demais características estudadas se associam ao desfecho além de determinar a tendência e quantificar esta relação. Para construção do modelo, foram expurgados os 2 casos de laceração quarto grau, dois casos de posição em pé e 5 casos de posição do parto ajoelhado, tendo em vista a não representatividade dos grupos dentre o todo e o prejuízo para o modelo multivariado. O modelo de regressão logística ordinal múltipla, obtido a partir do estudo é apresentado pela Tabela 3.

TABELA 3

Distribuição das variáveis interferentes a laceração durante o parto em um Modelo de Regressão Logística Ordinal

Variável Independente	Categorias	OR	IC 95% OR		P-valor
			Inferior	Superior	
<i>Parto</i>	Fora da água				
	Na água	0,67	0,51	0,90	0,007
<i>Idade</i>		1,05	1,03	1,06	< 0,001
<i>Peso</i>		2,04	1,67	2,50	< 0,001
<i>Parto Vaginal Anterior</i>	Não				-
	Sim	0,21	0,17	0,26	< 0,001
<i>Posição</i>	Dorsal				-
	Sentada	0,95	1,27	1,64	0,865
	Banquinho	1,20	0,91	1,61	0,186
	Cócoras	1,37	1,06	1,79	0,013
	Semi-sentada	1,05	0,85	1,32	0,632
	Gaskin	0,80	0,47	1,37	0,409
	Lateral	0,75	0,47	1,22	0,243
	Litotômica	1,20	0,61	2,44	0,588
	Sem informação	1,32	0,93	1,89	0,116

* OR: OddsRatio.

Do modelo final obtido, não foi possível identificar nenhum *outlier*, o que permitiu concluir que o modelo de regressão logística ordinal estimado é válido para descrever a relação existente entre o desfecho e os fatores de risco associados.

5 DISCUSSÃO

Na perspectiva de comparar os partos realizados na e fora da água e as posições adotadas durante o trabalho de parto em relação ao grau de laceração perineal espontânea, este estudo revelou que o parto realizado na água foi um fator protetor para as lacerações perineais e que a posição cócoras foi um fator de risco para o aumento no grau de laceração.

Com relação ao tipo de parto, observou-se que as mulheres cujo parto foi realizado na água apresentaram menor chance de laceração que aquelas cujo parto foi fora da água, sendo que o risco de aumento do grau da laceração reduziu 33% quando o parto foi realizado na água (IC95%: 51% a 90%; $p=0,007$). Além disso, das 27 lacerações de terceiro grau (1,6% do total das lacerações), 24 (88,9%) foram nos partos realizados fora da água e nenhuma laceração de quarto grau foi observada nos partos na água.

Em outro estudo retrospectivo semelhante, observou-se que 40% de mulheres do grupo de parto na água tiveram o perineo intacto, em oposição a 31% das mulheres do grupo fora da água ($p=0,122$). Embora as taxas de menor grau de lacerações (primeiro e segundo grau) foram comparáveis entre os dois grupos, 80% dos traumas graves (terceiro e quarto grau) foram observados nas mulheres com o nascimento fora da água (MENAKAYA *et al.*, 2013).

Segundo Otigbah *et al.* (2000), em um estudo retrospectivo caso-controle, primigestas que tiveram parto na água foram mais propensas a terem um períneo intacto ($p=0,05$). Contudo, não houve diferença no grupo de múltiparas. Os autores observaram o dobro de lacerações de terceiro grau no grupo fora da água, embora essa diferença não ter sido significativa.

Entretanto, esses resultados diferem dos encontrados em uma revisão sistemática, que analisou 3243 parturientes e outras variáveis como intensidade do trabalho de parto, a perda sanguínea materna, escore de Apgar do RN, infecção neonatal e o grau de laceração nos partos realizado dentro e fora da água. Os resultados mostraram que não houve diferença significativa entre os grupos (CLUETT e BURNS, 2012).

Em um estudo prospectivo observacional, mais lacerações perineais de primeiro e segundo grau ocorreram nos partos na água. Em oposição, nenhuma

laceração de terceiro grau foi observada nos partos na água (ZANETTI-DÄLLENBACH, 2006).

Geissbuehler e Eberhard (2000) em um estudo retrospectivo realizado com 7508 mulheres, observaram que os parto na cama em comparacao aos partos na água e no banquinho de parto, apresentaram as maiores taxas de lacerações terceiro e quarto graus, sendo assim taxas significativas.

A posição do parto também apresentou influência significativa no grau de laceração, no sentido de que as parturientes, cuja posição do parto foi cócoras, apresentaram maior chance de aumento no grau de laceração se comparados aquelas cujo parto foi realizado via dorsal, sendo que o primeiro grupo apresentou risco 37% maior que o primeiro (IC95%: 3% a 79%). Vale ressaltar que além do maior índice de laceração, a posição de cócoras também foi associada com maior taxa de laceração de terceiro grau, junto com a posição dorsal, cada uma representando 25,9% dessas lacerações.

Assim como em nossos achados, no estudo realizado por Shorten, Donsante e Shorten (2002), os autores observaram que a posição de cócoras tem o maior índice de lacerações (> 53%) e a taxa mais elevada de trauma mais grave (terceiro grau). O mesmo estudo relaciona a posição lateral com menor índice de laceração (66,6% de períneo íntegro), resultado que difere dos encontrados no presente estudo, no qual não foi observado diferença significativa entre as demais posições.

No presente estudo, verificou-se ainda que 33,8% das mulheres tiveram seus bebês em decúbito dorsal, sendo essa a posição predominante, seguida de 22,5% semi-sentada, 14,6% cócoras, 10,2% no banquinho e 8,4% em outras posições verticalizadas como gaskin, lateral e sentada.

Segundo Gupta, Hofmeyr e Smyth, (2004) a maioria das mulheres nas sociedades ocidentais têm seus bebês em decúbito dorsal, semi-sentada ou em posição de litotomia. Alega-se que a posição dorsal permite o profissional monitorar melhor o feto e, assim, garantir um parto seguro. A posição assumida pelas mulheres durante o parto é influenciada por vários fatores complexos. Comportamento "instintivo" é difícil identificar porque o comportamento é fortemente influenciado por normas culturais. Para as sociedades em que a maioria dos nascimentos ocorrem dentro de uma unidade hospitalar, as normas culturais ao longo dos anos foi moldada pelas expectativas e exigências dos médicos.

É importante lembrar que as mulheres devem ser encorajadas a dar à luz na posição que acharem mais confortável. Segundo Brasil, (1996) as mulheres devem ter a possibilidade de fazer escolhas informadas sobre as posições de parto que podem assumir no momento do parto. Devem escolher posições que lhes agradem, evitando a posição dorsal por muito tempo. Os profissionais que acompanham o parto devem respeitar as escolhas das mulheres para não serem um fator inibidor na escolha do tipo de parto e da posição.

A ocorrência de parto vaginal anterior teve importante impacto na ocorrência de laceração, sendo que quando presente, este reduziu o risco de aumento no grau de laceração em cerca de 80% (IC95%: 74% a 83%). Observamos que em geral as mulheres com parto vaginal anterior não apresentaram nenhuma laceração (69,8%), enquanto apenas 30,2% das mulheres sem parto vaginal anterior apresentaram o períneo intacto.

Este resultado também foi observado em um estudo de coorte prospectivo realizado com 1.068 mulheres no qual a multiparidade foi significativamente relacionada a presença de períneo intacto, sendo que as múltiparas tiveram 77,2% de períneo intacto e as nulíparas tiveram 44,3% (MURPHY e FEINLAND, 1998).

Smith *et al.* (2013), também observaram que a proporção de mulheres com períneo intacto no momento do parto foi aproximadamente três vezes maior em múltiparas, 31,2% em comparação com nulíparas, 9,6%.

Quanto a idade materna, não foi observado diferença significativa no grau de lacerações. A idade média global das parturientes foi de $24,2 \pm 6,1$ anos, mulheres jovens. Resultado semelhante foi encontrado por Riesco *et al.* (2011) que também observaram uma média de idade das mulheres de 24 anos e nenhuma diferença significativa entre as lacerações e a idade materna.

O peso médio global dos recém-nascidos foi de $3,16 \pm 0,39$ kg. Observou-se que parturientes que apresentaram laceração de terceiro grau tiveram recém-nascidos com peso maior que a média apresentada, seguidos pelas parturientes com laceração de segundo grau ($p < 0,001$), não existindo diferença significativa entre os demais graus de laceração.

Estudo realizado por Scarabotto e Riesco (2006), os autores observaram que, embora não exista diferença estatisticamente significante, houve uma concentração maior de recém-nascidos com peso maior ou igual a 3.000 gramas entre as

parturientes com laceração perineal. A média de peso dos recém-nascidos foi de 3.159 gramas.

Ainda segundo Riesco *et al.* (2011), a associação entre peso do RN e a integridade perineal existe apenas quando o peso é inferior a 3.150 g; quando o peso é superior a 3.300 g, existe associação com laceração perineal de segundo grau. Neste estudo, no que se refere à laceração perineal, o peso do RN apareceu como a única variável associada, indicando que quanto maior o peso, maior foi a chance da ocorrência de laceração perineal. Conforme o ponto de corte estabelecido, verificou-se que as mulheres com bebês acima de 3.300g apresentaram 1,6 vezes mais chance de laceração de segundo grau.

Apesar de não ter sido analisado a presença de episiotomia (fator de exclusão), estudos mostram que mulheres que tiveram seus partos na água foram menos propensas a realização de episiotomia, sendo a água um fator de proteção para este tipo de procedimento (MENAKAYA *et al.*, 2013; OTIGBAH *et al.* 2000; ZANETTI-DÄLLENBACH, 2006; GEISSBUEHLER E EBERHARD, 2000).

Ressaltamos as limitações deste estudo, como a não avaliação do uso de ocitocina e analgesia durante o trabalho de parto e a presença de episiotomia em partos anteriores. Além disso, a falta de dados nos livros de registro de parto e nos prontuários foi outro fator limitante para a coleta de dados.

6 CONCLUSÃO

O desfecho perineal associou-se com o tipo de parto, a posição da mulher no parto, a presença de parto vaginal anterior e o peso do RN. Quanto à integridade perineal, sua chance aumenta em 33%, em função do parto ser realizado na água. A presença de parto vaginal anterior também é um importante fator de proteção. Os fatores que aumentam a chance de lacerações foram o parto de cócoras e o peso do recém-nascido, que quando acima da média (3,166g) aumenta a chance de lacerações de segundo e terceiro grau.

Nossos resultados podem contribuir para mudanças de práticas na atenção ao parto e na saúde da mulher, uma vez que a equipe de saúde deve oferecer opções de parto (dentro ou fora da água) e também posições verticalizadas que favorecem a evolução do trabalho de parto e para reduzir o número e a gravidade de laceração.

Novos estudos experimentais e longitudinais devem ser realizados para confirmarem os achados.

REFERÊNCIAS

BARACHO, S. M. *et al.* **Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas.** Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. vol.9 no.4 Recife Out./Dec. 2009.

CLUETT, E. R.; BURNS, E. **Immersion in water in labour and birth.** Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, 2012, Issue 11, Art. No. CD000111. DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub3.

CUNNINGHAM, F. G. *et al.* **Williams Obstetrícia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 20 ed. 2011.

GEISSBUEHLER, V.; EBERHARD, J. **Waterbirths: a comparative study.** A prospective study on more than 2000 waterbirths. *Fetal diagnosisTherapy*. 2000; 15: 291-300.

GIOLO, S. R., **Introdução à Análise de Dados Categóricos** – Departamento de Estatística – UFPR, 2006.

GUPTA, J. K.; HOFMEYR, G. J.; SMYTH, R. **Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub2.

HAIR, J. F. Jr. *et al.*; **Análise de Dados Multivariados.** 6. ed. Upper Saddle River: Prentice-Hall, 2009.

HARPER, B. **Guideline for a Safe Water Birth.** WaterbirthInternational, 2006.

MAGALHÃES, M. M.; LIMA, A. C. P. ; **Noções de Probabilidade e Estatística** ; 6. ed., IME-USP, ED. USP, 2002.

MENAKAYA, U. *et al.* **A retrospective comparison of water birth and conventional vaginal birth among women deemed to be low risk in a secondary level hospital in Australia.** Australia: SciVerseScienceDirect. *Women and Birth journal*. 26 (2013) 114–118. Disponível em: www.elsevier.com/locate/wombi . Acesso em: 15 jun. 2013.

MOUTA, R. J. O. *et al.* **Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido.** p.472 • Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):472-6.

MURPHY, P. A.; FEINLAND, J. B. **Perineal outcomes in a home birth setting.** December 1998. *Birth* 25:4 paginas 226 a 234. Blackwell Science, Inc.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternidade segura – assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra: OMS, 1996.

OTIGBAH, C. M. *et al.* **A retrospective comparison of water births and conventional vaginal Deliveries.** European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.91 (2000) paginas15–20.

RIESCO, M. L. G. *et al.* **Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais:** análise de fatores associados. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1):77-83.

SCARABOTTO, L. B.; RIESCO, M. L. G. **Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas.** Rev. esc. enferm. USP vol.40 no.3 São Paulo Sept. 2006.

SHORTEN, A.; DONSANTE, J.; SHORTEN, B. **Birth Position, Accoucheur, and Perineal Outcomes: Informing Women About Choices for Vaginal Birth.** BIRTH 29:1 March 2002. Blackwell Science, Inc. paginas 18 a 27.

SMITH, L. A. *et al.* **Incidence of and risk factors for perineal trauma:** a prospective observational study. BMC Pregnancy and Childbirth,2013 13:59.

TRIOLA, M. F.; **Introdução à Estatística.**7. ed., 1998. Addison Wesley Longman, Inc.

ZANETTI-DÄLLENBACH, *et al.* **Water birth, more than a trendy alternative: a prospective, observational study.** Springer; ArchGynecolObstet (2006) 274:355–365DOI 10.1007/s00404-006-0208.

ANEXO 1 – PARECER DOCUMENTADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HOSPITAL SOFIA FELDMAN

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comparação entre traumas perineais no parto convencional com o parto na água em um hospital público de Belo Horizonte

Pesquisador: VIVIAN MARA GONÇALVES DE OLIVEIRA AZEVEDO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13684313.5.0000.5132

Instituição Proponente: Hospital Sofia Feldman/ Fundação de Assistencial Integral à Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 232.546

Data da Relatoria: 28/03/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional documental no qual participarão as parturientes que evoluíram para parto normal, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2012, no Hospital Sofia Feldman. Esses dados serão coletados através do livro de registro de partos do Hospital Sofia Feldman. Serão incluídas no estudo, as gestações a termo, com apresentação cefálica. Serão excluídos aquelas que evoluíram para parto vaginal assistido e as que tiveram episiotomia no parto. Será coletado o registro de parto dessas mulheres e será verificada a ocorrência ou não de parto na água. As parturientes serão então alocadas em dois grupos: as que tiveram parto na água e as que tiveram parto fora da água. Além disso, será coletado a idade gestacional no parto, paridade, peso do recém-nascido e se a mulher no momento do parto estava em posição verticalizada ou não. Sendo assim, será analisado o desfecho dos partos com relação a ocorrência de laceração perineal entre os dois grupos de acordo com o tipo de parto que a mulher foi submetida. Consideramos parto na água o parto realizado dentro da banheira, onde a água que cobre a barriga completamente e chega ao seu nível de mama.

Objetivo da Pesquisa:

Comparar os partos convencionais com os realizados na água, em relação ao grau de laceração perineal espontânea

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1080

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: lep@sofiafeldman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O presente estudo oferece riscos mínimos, uma vez que será garantido total sigilo das informações coletadas, sendo que as mesmas não possibilitarão a identificação da mulher.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O benefício associado ao estudo se dá através da divulgação dos resultados encontrados, afim de qualificar a assistência prestadas às parturientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados, sendo dispensado o termo de consentimento informado por se tratar de pesquisa em prontuários.

Recomendações:

O projeto está bem estruturado oferecendo boa base bibliográfica que justifica a sua importância.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendamos aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer de Relator 20/2013 CAAE: 13684313500005132

(favor citar esse número em suas comunicações com o CEP/HSF)

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF) analisou em plenária realizada no dia 28 de Março de 2013, o Projeto de Pesquisa intitulado: Comparação entre traumas perineais no parto convencional com o parto na água em um hospital público de Belo Horizonte das Pesquisadoras Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo e Raquel Rabelo de Sá Lopes e o considerou APROVADO.

Reafirmamos que o relatório final deverá ser encaminhado ao CEP/HSF pela Plataforma Brasil ao término do estudo, para fins de conclusão do processo.

Atenciosamente.

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060
Bairro: Tupi CEP: 31.844-130
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3408-2249 Fax: (31)3408-2218 E-mail: lep@sofiinfeldman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Dra. Lélia Maria Madeira
Coordenadora do CEP/HSF

Belo Horizonte, 29 de março de 2013.

BELO HORIZONTE, 29 de Março de 2013

Assinador por:
Tatiana Coelho Lopes
(Coordenador)

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060
Bairro: Tupi CEP: 31.844-130
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3408-2249 Fax: (31)3408-2218 E-mail: lep@sofiinfeldman.org.br