

# INTEGRIDADE PERINEAL EM PARTOS VAGINAIS: FATORES MATERNOS, NEONATAIS E RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA

PERINEAL INTEGRITY IN VAGINAL BIRTH: MATERNAL, NEONATAL AND ASSISTANCE RELATED FACTORS

INTEGRIDAD PERINEAL EN PARTOS VAGINALES: FACTORES MATERNOS, NEONATALES Y RELACIONADOS COM EL CUIDADO

Larissa Amaral Alípio<sup>1</sup>

Lélia Maria Madeira<sup>1</sup>

Flávia Aparecida Felipe de Lima Silva<sup>1,2</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-3562-6252>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2882-869X>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6954-1487>)

## Descritores

Enfermagem obstétrica; Períneo;  
Parto normal

## Descriptors

Obstetric nursing; Perineum;  
Natural childbirth

## Descriptores

Enfermería obstétrica; Períneo;  
Parto normal

## Recebido

4 de Fevereiro de 2021

## Aceito

10 de Maio de 2021

## Conflitos de interesse:

nada a declarar.

## Autor correspondente

Larissa Amaral Alípio

E-mail: [larissa.alipio@hotmail.com](mailto:larissa.alipio@hotmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Conhecer os fatores maternos e neonatais relacionados à integridade perineal e relacionar a preservação do períneo com o profissional que assiste ao parto.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo, quantitativo, em prontuários de 292 mulheres que tiveram parto vaginal com períneo íntegro. Incluídas mulheres que tiveram parto vaginal com períneo íntegro, de feto termo, único ou múltiplo, iniciado espontaneamente ou induzido, instrumentalizado ou não, independente de risco obstétrico. Utilizadas as variáveis: raça, idade materna, idade gestacional, paridade, número de fetos, uso de ocitocina na condução do trabalho de parto, uso de analgesia, trabalho de parto espontâneo ou induzido, apresentação e peso do recém-nascido ao nascer, posição materna no expulsivo e profissional que assistiu ao parto.

**Resultados:** A maioria das mulheres com períneos íntegros eram pardas, multiparas com partos espontâneos; taxa de ocitocina e analgesia foi de 11,6% e 19,9%, respectivamente; o peso médio dos recém-nascidos foi de 3176g e a Enfermagem Obstétrica esteve presente em mais de 90% dos partos.

**Conclusão:** A raça e a multiparidade permaneceram como fatores protetores de lacerações perineais, enquanto outras variáveis precisam de mais estudos para determinar seu papel na integridade perineal. A Enfermagem Obstétrica se manteve como indicadora de boas práticas ao parto e nascimento.

## ABSTRACT

**Objective:** Knowing the maternal and neonatal factors related to perineal integrity and relating perineal integrity to the professional attending the delivery.

**Methods:** Retrospective, descriptive, quantitative study on medical records of 292 women who had vaginal delivery with intact perineum. Including women who had a vaginal delivery with intact perineum, full-term fetus, single or multiple, started spontaneously or induced, instrumentalized or not, regardless of obstetric risk. The variables used were race, maternal age, gestational age, parity, number of fetuses, use of oxytocin in conducting labor, use of analgesia, spontaneous or induced labor, presentation and weight of the newborn at birth, maternal position in the expulsive and professional who attended the birth.

**Results:** The majority of women with intact perineum were brown, multiparous with spontaneous births; oxytocin and analgesia rate was 11.6% and 19.9%, respectively; the average weight of newborns was 3176g and obstetric nursing was present in more than 90% of deliveries.

**Conclusion:** Race and multiparity remained as protective factors against perineal lacerations, while other variables need further studies to determine their role in perineal integrity. Obstetric Nursing has remained an indicator of good practices in childbirth and birth.

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer los factores maternos y neonatales relacionados con la integridad perineal y relacionar la preservación del períneo con el profesional que asiste al parto.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y cuantitativo sobre historias clínicas de 292 mujeres que tuvieron parto vaginal con períneo íntegro. Incluídas las mujeres que tuvieron un parto vaginal con períneo íntegro, feto a término, único o múltiple, iniciado espontáneamente o inducido, instrumentalizado o no, independientemente del riesgo obstétrico. Las variables utilizadas fueron: raza, edad materna, edad gestacional, paridad, número de fetos, uso de oxitocina en la realización del trabajo de parto, uso de analgesia, trabajo de parto espontáneo o inducido, presentación y peso del recién nacido al nacer, posición materna en los expulsivos y profesionales que asistieron al parto.

**Resultados:** La mayoría de las mujeres con períneo sano eran pardas, multiparas con partos espontáneos; la tasa de oxitocina y analgesia fue de 11,6% y 19,9%, respectivamente; el peso promedio de los recién nacidos fue de 3176 g y la enfermería obstétrica estuvo presente en más del 90% de los partos.

**Conclusión:** La raza y la multiparidad se mantuvieron como factores protectores contra las laceraciones perineales, mientras que otras variables necesitan más estudios para determinar su papel en la integridad perineal. La enfermería obstétrica se ha mantenido como un indicador de buenas prácticas en el parto y el parto.

<sup>1</sup>Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

## Como citar:

Alípio LA, Madeira LM, Silva FA. Integridade perineal em partos vaginais: fatores maternos, neonatais e relacionados à assistência. *Enferm Foco*. 2021;12(4):739-45.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4512>

## INTRODUÇÃO

A assistência obstétrica brasileira, a partir da década de 1930, passou por inúmeras mudanças estruturais e logísticas; o cenário de parto se modificou do domicílio para os hospitais<sup>(1,2)</sup> e das parteiras diplomadas e/ou leigas como personagens responsáveis pela assistência, para os médicos, exclusivamente.<sup>(1,3,4)</sup>

No entanto, apesar da mudança desse cenário contribuir para a diminuição da mortalidade materna e neonatal, começaram a surgir iatrogenias, ou seja, resultados danosos ao binômio mãe-filho, causadas por intervenções desnecessárias, excessivas ou em tempo inoportuno, a partir do momento histórico em que a fisiologia do parto tornou-se potencialmente perigosa para a cultura profissional.<sup>(3-5)</sup>

Uma dessas intervenções pode ser atribuída à episiotomia, procedimento cirúrgico utilizado para cortar o períneo e que, por si só gera uma laceração de 2.º grau extenso com secção de cinco grupamentos musculares.<sup>(6)</sup> Suas indicações no meio obstétrico não são obviamente determinadas, podendo ter como critérios os partos: de fetos macrossômicos, pélvicos, prematuros, instrumentalizados, com distocias de ombro e no intuito de prevenir lacerações graves (3.º e 4.º grau) ou de acordo com outros critérios avaliados pelo Obstetra.<sup>(7,8)</sup> Estudos de metanálise demonstram que não há efeito protetor de lacerações graves na realização da episiotomia<sup>(2,9)</sup> e comparando a episiotomia de rotina com a de uso seletivo, a perda sanguínea é maior, a dor no puerpério é mais intensa e não há diferença na condição ao nascer do recém-nascido (score de APGAR < 7 no quinto minuto de vida).<sup>(2)</sup>

Dados da Pesquisa Nascer no Brasil, mostram que em 54% dos partos vaginais no país, as mulheres foram submetidas a esse procedimento.<sup>(10)</sup> Não há um consenso, todavia, de qual é ou se existe uma taxa adequada de episiotomia, e sim, apenas que seu uso restritivo e não liberal deve ser implementado nos serviços de saúde.<sup>(11)</sup>

Por outro lado, quando não ocorre a episiotomia, existem dois desfechos possíveis: ausência de lacerações (integridade perineal) ou lacerações espontâneas classificadas do 1.º ao 4.º grau (lesões de pele e mucosa até rompimento completo do esfíncter anal).<sup>(5,6)</sup> Alguns estudos mostram taxas de integridade perineal em torno de 25%, e quando há laceração, as de 1.º grau são as mais frequentes, em aproximadamente ¾ delas.<sup>(12,13)</sup> Contudo, essas taxas podem não corresponder à realidade, tendo em vista a prática obstétrica tradicional na maioria das maternidades brasileiras com uso irrestrito de episiotomia.<sup>(14)</sup>

As condições que contribuem para a ocorrência de lacerações espontâneas são diversas e podem ser

relacionadas a fatores maternos, neonatais e de intervenções durante o parto, como a primiparidade, utilização de ocitocina, macrossomia fetal, o parto tido como complicado (período expulsivo prolongado, parto instrumental, estado fetal não tranquilizador), a posição vertical no parto, dentre outros.<sup>(4,15-17)</sup>

Já a relação da integridade e preservação perineal com outros fatores mostra-se escassa e inconsistente, como a nuliparidade (por não possuir cicatriz perineal prévia, portanto, ter mais elasticidade perineal) de acordo com o trabalho de Riesco (2011) e, ao mesmo tempo, a multiparidade,<sup>(4,12,18,19)</sup> a cor da pele, descrita como mulheres “não brancas” também é fator protetor.<sup>(18)</sup>

O profissional responsável pela assistência ao parto também repercute na ocorrência de procedimentos intervencionistas. Vários autores, incluindo uma metanálise da Biblioteca Cochrane demonstram que mulheres inseridas em modelos de assistência liderados por “Midwives” (no contexto brasileiro, Enfermeiras Obstétricas e Obstetizas) tem menor chance de passar por episiotomia e parto instrumental.<sup>4,20-23</sup> Além disso, o local de parto junto à assistência do Enfermeiro Obstétrico e/ou obstetiza contribui para diminuição das taxas de episiotomia e por consequência, influenciam as chances de integridade perineal<sup>4-5</sup>. Essas chances são maiores em partos domiciliares, seguido pelos partos em Centro de Parto Normal (CPN) e por último, partos hospitalares.<sup>(5)</sup>

No contexto brasileiro, uma maternidade filantrópica, com atendimentos 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que preconiza o modelo colaborativo entre profissões, o que inclui a enfermagem obstétrica inteiramente integrada à assistência no ciclo gravídico-puerperal, a taxa de episiotomia se limitou a 1,4% em 2018, com 85,4% dos partos assistidos por enfermeiros obstétricos e as taxas de integridade perineal aproximadamente de 50%.<sup>(24)</sup>

Ressalta-se que a referida maternidade é, também, unidade de ensino e oferece programas de Residência em Enfermagem Obstétrica e Médica em Ginecologia e Obstetiza, além da Residência Multiprofissional em Neonatologia. Neste sentido, quando se aborda a temática da integridade perineal no contexto da assistência ao parto, há que se considerar a assistência oferecida, não só do profissional trabalhador do hospital, mas também daqueles que se encontram em processo de formação em serviço.

A inserção do enfermeiro obstétrico residente, por exemplo, no Rio Grande do Sul e em Goiânia, proporcionou às gestantes, acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor, restrição de alguns procedimentos, como a amniotomia e a garantia de direitos, como acompanhante

de livre escolha.<sup>(22,25)</sup> Em Salvador, além do resultado observado no estudo gaúcho, não houve episiotomias e a parturiente teve liberdade de posição, mesmo durante o período expulsivo, com a totalidade dos partos assistidos em posições verticais.<sup>(26)</sup>

Considerando os danos potenciais descritos sobre perineos de mulheres submetidas à episiotomia, os fatores associados às lacerações espontâneas e à escassez de informações sobre integridade perineal, questionam-se: que fatores interferem na preservação da integridade perineal? Qual a relação entre a preservação da integridade perineal e a assistência profissional recebida?

Portanto, os objetivos foram identificar os fatores maternos e neonatais relacionados à integridade perineal e relacionar a preservação do períneo com o profissional que assiste ao parto.

## MÉTODOS

Retrospectivo, descritivo, de abordagem quantitativa.

Em uma Maternidade de Belo Horizonte, Minas Gerais

Para definição da amostra a ser estudada, utilizou-se o universo de 1226 puérperas, número disponibilizado pelo Setor de Estatística da Instituição, cujos partos foram vaginais, a termo e ocorridos no período de outubro a dezembro de 2018. Dentre estes, 560 tinham a informação de “ausência de laceração perineal” registrada no livro-controle de partos da maternidade. Entretanto, apenas 292 possuíam o preenchimento completo das variáveis do estudo, o que justificou a opção de estudá-los. Já o período de outubro a dezembro foi identificado a partir de reflexões acerca do momento mais oportuno na formação dos Residentes de Obstetrícia (Enfermeiros e Médicos) da Instituição.

Participaram do estudo, as 292 mulheres que tiveram parto vaginal com períneo íntegro, de feto a termo, único ou múltiplo, iniciado de forma espontânea ou induzida, instrumentalizado ou não, independente de risco obstétrico. Foram excluídas aquelas que tiveram seus partos no Centro de Parto Normal David Capistrano por ser um setor de atuação exclusiva de Enfermeiras Obstétricas e assistência apenas de partos de risco habitual.

Foram coletadas variáveis sociodemográficas: raça e idade materna; e variáveis obstétricas: idade gestacional, paridade, número de fetos, uso de ocitocina na condução do trabalho de parto (TP), uso de analgesia regional, TP espontâneo ou induzido (farmacológica ou mecânica), apresentação e peso do recém-nascido ao nascer e posição materna no período expulsivo. Sobre o profissional que prestou a assistência ao parto, foram levantados dados acerca de sua categoria profissional, vinculação ao

Hospital e, caso fosse residente, em que momento se encontrava em seu processo de formação. Os dados foram coletados entre outubro e março de 2020 e agrupados a partir de um instrumento próprio, elaborado pela pesquisadora no *software* Excel®.

A análise dos dados foi feita por meio de estatística descritiva e, para isso, foram agrupados em tabelas de frequência e gráficos. Além disso, medidas de tendência central e dispersão foram feitas para as variáveis contínuas. O *software* STATA® realizou o tratamento dos dados e foi utilizado o teste Qui-quadrado para análise de significância.

O trabalho seguiu os preceitos da Resolução CNS n.º 466/2012, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos; foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman, com parecer favorável de número 3.601.736.

## RESULTADOS

Na análise das variáveis sociodemográficas maternas, foi possível verificar que a maioria de mulheres são autodeclaradas pardas: 61,6% (179), seguido por mulheres brancas: 21,9% (64). Na classificação etária, a faixa de 20 a 29 anos teve a maioria estatística de 51,7% (151), média de 26,5 anos ( $\pm 6,64$ ). O histórico obstétrico das parturientes mostrou que o número de gestações na população estudada foi, em média, de 2,70 ( $\pm 1,57$ ). As múltiparas totalizaram 78,1% (228) e as primigestas 21,9% (64). O restante desse histórico encontra-se na tabela 1.

**Tabela 1.** Perfil obstétrico da amostra

| Variáveis                  | n(%)      |
|----------------------------|-----------|
| Idade gestacional no parto |           |
| 37 0/7                     | 44(15,1)  |
| 38 0/7                     | 67(23,0)  |
| 39 0/7                     | 81(27,8)  |
| 40 0/7                     | 56(19,2)  |
| ≥41                        | 43(14,8)  |
| Número de gestações        |           |
| 1                          | 64(21,9)  |
| 2                          | 96(32,9)  |
| 3                          | 69(23,6)  |
| 4                          | 23(7,9)   |
| 5 +                        | 40(13,7)  |
| Partos vaginais prévios    |           |
| Primíparas                 | 73(25,0)  |
| Múltiparas                 | 219(75,0) |
| Cesárea prévia             |           |
| Não                        | 281(96,2) |
| 1                          | 11(3,8)   |
| Abortos prévios            |           |
| Não                        | 235(80,5) |
| 1                          | 43(14,7)  |
| 2                          | 10(3,4)   |
| 3                          | 3(1,0)    |
| 4                          | 1(0,3)    |

Em relação aos recém-nascidos, a média de peso ao nascimento foi de 3176 gramas ( $\pm$  410 gramas), com menor peso de 2200 gramas e o maior de 4400 gramas; 2,7% (8) eram macrossômicos, ou seja, peso superior a 4000 gramas. Desses, 87,5% eram de mães multiparas, sendo a maioria das gestações de feto único (99,6%). Os recém-nascidos GIG (grande para a idade gestacional), totalizaram uma média de 11,2% do total de nascimentos ( $\pm$  2,7). O surgimento de comorbidades também foi identificado, sendo 18,1% (53) das mulheres com síndromes hipertensivas, 15,4% (45) doenças endócrinas e 4,4% (13) condições infecciosas (HIV, Sífilis ou Toxoplasmose); ainda, 4,4% (13) tiveram algum tipo de complicação no parto (hemorragia pós-parto, retenção placentária ou distocia de ombro). No tocante ao trabalho de parto, 56,5% (165) das mulheres, o parto iniciou espontaneamente; as demais tiveram parto induzido correspondendo a 43,5% (127). Destas, 37% (108) tiveram indução com uso misoprostol, 5,8% (34) com ocitocina sintética e 0,7% (2) por método de Krause; houve ainda aquelas que necessitaram de um segundo método associado na indução do parto, sendo 18,9% (24) com ocitocina e 2,4% (3) com método de Krause. Das intervenções descritas, 11,6% (34) utilizaram ocitocina para condução do trabalho de parto e 19,9% (58) foram submetidas à anestesia peridural (analgesia de parto). Considerando a posição para o parto, das mulheres que pariram em decúbito dorsal (deitada), 9% (2) delas tiveram como causa o parto vaginal instrumentalizado, ambos a fórceps. O nascimento em banheira foi descrito em 7,5% (22) dos prontuários e 36,3% (8) deles não detalharam a posição da mulher na banheira durante o nascimento. O detalhamento das posições adotadas pode ser observado na figura 1.

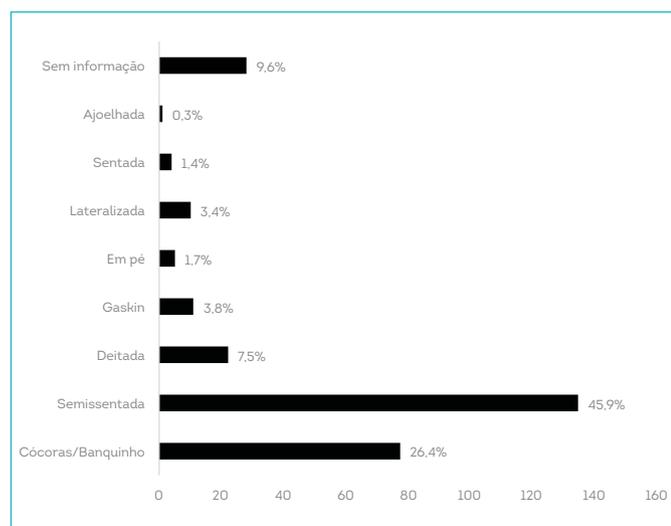


Figura 1. Posições adotadas pelas mulheres durante o período expulsivo

As características fetais durante o parto mostraram que a apresentação cefálica foi majoritária com 99,3% (291) e 0,7% (2) de apresentação pélvica; a variedade de posição occipitoanterior/occipitopúbis (OP) representou 62,7% (183) da amostra, a variedade de posição occipitoposterior/occipitosacro (OS) teve 1% (3) dos casos e na somatória apresentou um caso a mais por se referir ao segundo gêmelar da gestação múltipla incluída; outros tipos de variedade foram descritos em 1% (3) dos prontuários. Não houve descrição de variedade em 35,6% (104) dos prontuários. Na figura 2 apresenta-se a participação dos profissionais na assistência aos partos. Deve-se ressaltar que em um mesmo parto foram identificados mais de um profissional, principalmente nos partos em que havia residentes da enfermagem obstétrica e médicos residentes do primeiro ano de Ginecologia e Obstetrícia, cuja presença do preceptor é imprescindível. No caso de parturientes com gestação de alto risco ou que apresentava alguma gravidade durante o TP, havia sempre um Médico Obstetra responsável pela assistência ao parto.

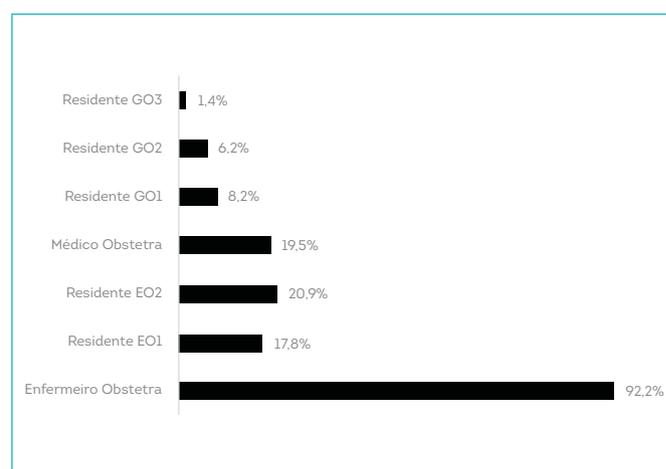


Figura 2. Distribuição dos profissionais na assistência aos partos

A tabela 2, apresenta a relação entre as variáveis do TP, parto e do recém-nascido com o profissional responsável pela assistência ao parto. A variável “parto induzido” com ocitocina esteve mais associada com a assistência do médico e a categoria parto espontâneo com a assistência da enfermeira ( $p=0,002$ ). Apresentação pélvica só ocorreu nos atendimentos por médicos residentes ( $p<0,001$ ). A variável “parto induzido” apresentou significância pela presença da categoria “não” (que no banco de dados seria o mesmo que observar os valores de parto espontâneo); retirando essa categoria, não encontramos associação. O mesmo ocorreu com a variável “variedade de posição” ao serem retirados os prontuários que não constavam essa informação.

**Tabela 2.** Relação entre variáveis maternas, neonatais, do trabalho de parto e o profissional responsável pela assistência ao parto

| Variáveis                    | Enfermeira<br>n(%) | Médico<br>n(%) | Residentes<br>n(%) | p-value |
|------------------------------|--------------------|----------------|--------------------|---------|
| Ocitocina para condução      |                    |                |                    | 0,975   |
| Sim                          | 26(11,6)           | 7(12,3)        | 1(10,0)            |         |
| Não                          | 199(88,4)          | 50(87,7)       | 9(90,0)            |         |
| Analgesia                    |                    |                |                    | 0,007*  |
| Sim                          | 39(17,3)           | 19(33,3)       | 0(0,0)             |         |
| Não                          | 186(82,7)          | 38(66,7)       | 10(100,0)          |         |
| Parto espontâneo             |                    |                |                    | 0,010*  |
| Sim                          | 137(60,9)          | 22(38,6)       | 6(60,0)            |         |
| Não                          | 88(39,1)           | 35(61,4)       | 4(40,0)            |         |
| Parto induzido               |                    |                |                    | 0,008*  |
| Misoprostol                  | 70(31,1)           | 34(59,6)       | 4(40,0)            |         |
| Ocitocina                    | 16(7,1)            | 1(1,8)         | 0(0,0)             |         |
| Krause                       | 2(0,9)             | 0(0,0)         | 0(0,0)             |         |
| Não                          | 137(60,9)          | 22(38,6)       | 6(60,0)            |         |
| Segundo método de indução    |                    |                |                    | 0,002*  |
| Não                          | 211(93,8)          | 44(77,2)       | 10(100,0)          |         |
| Ocitocina                    | 13(5,8)            | 11(19,3)       | 0(0,0)             |         |
| Krause                       | 1(0,4)             | 2(3,5)         | 0(0,0)             |         |
| Apresentação fetal           |                    |                |                    | <0,001* |
| Cefálica                     | 225(100,0)         | 57(100,0)      | 8(80,0)            |         |
| Pélvica                      | 0(0,0)             | 0(0,0)         | 2(20,0)            |         |
| Posição materna no expulsivo |                    |                |                    | 0,310   |
| Cócoras/Banqueta             | 54(24,0)           | 20(35,1)       | 3(30,0)            |         |
| Semissentada                 | 107(47,6)          | 25(43,9)       | 2(20,0)            |         |
| Deitada                      | 16(7,1)            | 4(7,0)         | 2(20,0)            |         |
| Quatro apoios                | 7(3,1)             | 2(3,5)         | 2(20,0)            |         |
| Em pé                        | 5(2,2)             | 0(0,0)         | 0(0,0)             |         |
| Lateralizada                 | 10(4,4)            | 0(0,0)         | 0(0,0)             |         |
| Sentada                      | 3(1,3)             | 1(1,8)         | 0(0,0)             |         |
| Ajoelhada                    | 1(0,4)             | 0(0,0)         | 0(0,0)             |         |
| Sem informação               | 22(9,8)            | 5(8,8)         | 1(10,0)            |         |

\* Teste de Qui Quadrado significativo a 5%

## DISCUSSÃO

A predominância de cor/raça negra e parda no estudo encontra respaldo na literatura científica, dentre os fatores que contribuem para a integridade perineal.<sup>(4,18)</sup>

A variável isolada multiparidade persistiu com o maior número de ocorrências de períneo íntegro do estudo e corrobora com o que a comunidade científica divulga como fator de proteção para lacerações espontâneas.<sup>(4,12,18,19,27,28)</sup>

Apesar de a taxa de bebês macrossômicos ser pequena no estudo (2,7%), há que se analisar aqueles que se enquadram na classificação GIG. O trabalho de Sobieray (2019) relata aumento do número de episiotomias em partos cujos fetos tem peso acima de 3000g e o de Riesco e colaboradores (2011) a partir de 3300g; outros trabalhos citam a macrossomia como fator de risco para lacerações perineais graves.<sup>(17,29,30)</sup>

O uso da ocitocina durante o TP foi reduzido (11,6%) em comparação com a média nacional, de 36,4%. Alguns estudos<sup>(31,32)</sup> associam seu uso a um risco maior de lacerações perineais graves e outros a lacerações perineais no geral,<sup>(4)</sup> principalmente em nulíparas.<sup>(15)</sup> Em seu trabalho, Oliveira e

colaboradores,<sup>(33)</sup> não associaram o uso de ocitocina com lacerações, porém, a maioria dos partos em seu estudo foi em posições horizontais e majoritariamente assistidos por médicos.

Já a utilização de analgesia encontrada foi menor (19,9%) em comparação com a taxa geral do país (33,9%). Essa taxa reduzida pode ser relacionada à utilização ampla e difundida de métodos não farmacológicos para alívio da dor disponíveis na Instituição, que no ano de 2018 apresentou 25,2% dos partos vaginais com uso dessa ferramenta.<sup>(24)</sup> A analgesia é descrita por vários autores, incluindo revisões e metanálise como fator de risco para lacerações perineais, graves ou não.<sup>(9,32)</sup>

Apesar dos resultados evidenciarem maioria de partos iniciados espontaneamente, que não utilizaram fármacos para alívio da dor ou para condução do TP e mulheres em posições verticais, ainda assim, houve uma porcentagem (43,5%) considerável de períneos íntegros em partos induzidos, que é demonstrado na literatura como possível fator de risco na ocorrência de lacerações.<sup>(9,31,32)</sup>

A ocorrência de períneo íntegro em partos instrumentados a fórceps deve ser ressaltada por se tratar de uma intervenção sucessivamente associada a episiotomia no cotidiano obstétrico mesmo sem evidências científicas que corroborem seu uso.<sup>(11)</sup>

Percebe-se que, na maioria dos casos, houve adoção de posições verticalizadas no nascimento, outro dado destoante do contexto nacional, onde 91,7% dos partos aconteceram em posição litotômica.<sup>(34)</sup> No que interessa a integridade perineal, Lopes e colaboradores<sup>(19)</sup> demonstraram um efeito protetor em posições "não verticais"; enquanto outros estudos mostraram índices elevados de períneos íntegros em posições verticais (42% e aproximadamente 79%, respectivamente).<sup>(18,28)</sup> Em documento publicado pela OMS, afirma-se que posições verticalizadas possuem pouco ou nenhum efeito em lacerações graves, mas que há maior risco para lacerações de segundo grau (estudos com 2967 mulheres).<sup>(11)</sup>

A Enfermagem Obstétrica, seja o profissional especialista isoladamente ou com o Enfermeiro Residente esteve presente maciçamente na assistência aos partos, enquanto profissional responsável ou mesmo incluído em equipe multidisciplinar em partos de alto risco. Os Residentes de Enfermagem Obstétrica somaram quase 40% de presença nos partos; quantitativo significativo, bem como os achados do uso das boas práticas demonstradas pelo estudo, como: baixas taxas de ocitocina sintética e posições verticalizadas no parto, encontram suporte na literatura internacional, onde modelos assistenciais com esse profissional

atuando na assistência direta ao parto e nascimento, melhoram desfechos maternos e neonatais.<sup>(20,35)</sup>

Na análise de significância estatística, verificou-se que a taxa de analgesia foi maior quando os partos tinham assistência conjunta com o Médico Obstetra ( $p < 0,007$ ). Tal resultado é amplamente difundido pela metanálise de Sandall e colaboradores.<sup>(20)</sup> A variável dependente “profissional” não mostrou relação com o uso de Ocitocina na condução do TP, posição no período expulsivo ou peso fetal.

Finalmente, o estudo não permitiu associar integridade perineal com o profissional da assistência. Esse achado é corroborado pela revisão sistemática de 2016 que mostrou não ter diferença na preservação perineal e o profissional, comparando modelos de assistência baseados na Enfermagem Obstétrica (EO) e/ou Obstetrias (Midwifery care) e outros tipos de assistência.<sup>(20)</sup> Deve-se apenas observar que, o modelo de EO é sabidamente responsável por diminuir o número de episiotomias,<sup>(20)</sup> por isso, indiretamente, contribui com a proteção do períneo dessas parturientes.

Algumas limitações foram postas no decorrer do estudo, em sua maioria, próprias de estudos retrospectivos, como a falta de padronização das evoluções nos prontuários, com informações incompletas em algumas, como a variedade de posição fetal e posição materna no nascimento, o que impactou na apresentação dos resultados. Da mesma forma, durante a coleta de dados houve dificuldade em captar todas as mulheres com períneos íntegros, por preenchimento incompleto do livro-controle.

Os resultados permitiram constatar o papel fundamental da Enfermagem Obstétrica, cuja presença na assistência ao parto contribuiu significativamente com os resultados relacionados às boas práticas no parto e nascimento, como taxas menores de analgesia, uso de ocitocina sintética e adoção de posições verticalizadas. Apesar de não ter sido possível associar diretamente a integridade perineal ao profissional da assistência, os demais resultados

apresentados ainda são relevantes no contexto nacional, onde ainda prevalecem diversas iatrogenias.

## CONCLUSÃO

Alguns fatores descritos para a preservação perineal, encontrados no estudo, corroboraram com a literatura, a exemplo da multiparidade e cor/raça; outros ainda necessitam novos estudos, como os partos induzidos e/ou medicalizados, posições verticais no nascimento e peso fetal. A maioria dos trabalhos encontrados, publicados sobre o tema mostram taxas consideráveis de episiotomia e posição litotômica das parturientes o que impede a visualização do panorama da integridade perineal; há também aqueles voltados apenas para a prevenção de lacerações perineais graves e para a redução da episiotomia de rotina. Deve-se ressaltar que a Instituição, local do presente estudo, preconiza e implementa o modelo assistencial humanizado, colaborativo, com significativa atuação do Enfermeiro Obstétrico na atenção direta ao parto e nascimento, o que a diferencia no cenário da assistência obstétrica brasileira. Tais características podem ter contribuído com os achados deste estudo, que são distintos e às vezes contrastantes com a literatura do país. Desse modo, pode-se inferir que a integridade perineal, provavelmente, não esteja puramente relacionada a fatores maternos e neonatais ou ao profissional da assistência, mas relaciona-se, principalmente, com as boas práticas no parto e nascimento. Recomenda-se que através dos dados inicialmente demonstrados neste estudo, novos estudos sejam implementados a fim de elucidar e expandir o conhecimento sobre os fatores associados à preservação perineal.

## CONTRIBUIÇÕES

Alípio LA, Madeira LM: concepção e/ou desenho do estudo; b) Alípio LA: coleta, análise e interpretação dos dados; c) Alípio LA, Madeira LM, Silva FAFL: redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) Madeira LM, Silva FAFL: aprovação da versão final a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

1. Mott ML. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). *Proj História São Paulo*. 2012;(25):197-219.
2. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(2):1-60.
3. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos. Humanização do parto: Dossiê [Internet]. São Paulo: Rede Feminista de Saúde; 2002 [citado 2019 Ago 14]. Available from: [https://redesaude.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Dossiê\\_Humanizacao-do-parto.pdf](https://redesaude.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Dossiê_Humanizacao-do-parto.pdf)
4. Gemma M. Fatores associados à integridade perineal e à episiotomia no parto normal: estudo transversal [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2016 [citado 2019 Ago 14]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-25052016-125737/pt-br.php>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [citado 2019 Ago 14]. Available from: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf)

6. Amorim MM, Melo AS, Katz L. Parto: estudo clínico e assistência. In: Montenegro CAB, Rezende J. Rezende obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 218-41.
7. Melo Junior EF, Lima MC, Freire S. Fatores associados à realização seletiva de episiotomia em Hospital Universitário. *Rev Ciênc Méd.* 2006;15(2):95-101.
8. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(1):1-38.
9. Pergialiotis V, Bellos I, Fanaki M, Vrachnis N, Doumouchtsis SK. Risk factors for severe perineal trauma during childbirth: An updated meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;247:94-100.
10. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Inquérito Nacional sobre parto e nascimento. *Nascer no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa* [Internet]. Mangueiras (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2014 [citado 2019 Ago 15]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>
11. World Health Organization (WHO). Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneve: WHO; 2018 [cited 2019 Aug 15]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
12. Riesco ML, Costa AS, Almeida SF, Basile AL, Oliveira SM. Episiotomia, laceração, e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. *Rev Enferm UERJ.* 2011;19(1):77-83.
13. Pereira AL, Azevedo LG, Medina ET, Lima TR, Schroeter MS. Assistência materna e neonatal na Casa de Parto David Capistrano Filho, Rio de Janeiro, Brasil. *R Pesq: Cuid Fundam On line.* 2012;4(2):2905-13.
14. Santos JO, Bolanho IC, Mota JO, Coleoni L, Oliveira MA. Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. *Esc Anna Nery.* 2008;12(4):658-63.
15. Silva FM, Oliveira SM, Bick D, Osava RH, Tuesta EF, Riesco ML. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth center. *J Clin Nurs.* 2012;21(15-16):2209-18.
16. Leite JS. Caracterização das lacerações perineais espontâneas no parto normal [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012 [citado 2019 Ago 10]. Disponível em: [https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-20022013151836/publico/Jaqueline\\_Sousa\\_Leite.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-20022013151836/publico/Jaqueline_Sousa_Leite.pdf)
17. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13:59.
18. Peppe MV, Stefanello J, Infante BF, Kobayashi MT, Baraldi CO, Brito LG. Perineal Trauma in a Low-risk Maternity with High Prevalence of Upright Position during the Second Stage of Labor. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018;40(7):379-83.
19. Lopes GA, Leister N, Riesco ML. Perineal care and outcomes in a birth center. *Texto Contexto Enferm.* 2019;28:e20190168.
20. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;4:1-92.
21. Rosa ML. Laceração perineal e Enfermagem Obstétrica: um estudo de revisão integrativa [monografia]. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2016 [citado 2021 Ago 14]. Disponível em: [http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/5571/Michelle%20Lima%20Rosa\\_.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/5571/Michelle%20Lima%20Rosa_.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
22. Alves TC, Coelho AS, Sousa MC, Cesar NF, Silva PS, Pacheco LR. Contribuições da Enfermagem Obstétrica para as boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal. *Enferm Foco.* 2019;10(4):54-60.
23. Castro AT, Rocha SB. Violência obstétrica e os cuidados de Enfermagem: reflexões a partir da literatura. *Enferm Foco.* 2020;11(1):176-81.
24. Hospital Sofia Feldman. Indicadores hospitalares [Internet]. Belo Horizonte: HSF; 2019 [cited 2019 Aug 14]. Available from: <https://www.sofiafeldman.org.br/indicadores-1>
25. Reis TR, Zamberlan C, Quadros JS, Grasel JT, Moro AS. Obstetric Nurses: contributions to the objectives of the Millennium Development Goals. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(spe):94-101.
26. Santana AT, Felzemburgh RD, Couto TM, Pereira LP. Performance of resident nurses in obstetrics on childbirth care. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2019;19(1):135-44.
27. Oxford University. Intergrowth-21st [Internet]. Oxford; 2020 [cited 2019 Aug 15]. Available from: <http://intergrowth21.ndog.ox.ac.uk/pt>
28. Sobieray NL, Souza BM. Prevalência de episiotomia e complicações perineais quando da sua realização ou não em uma maternidade de baixo risco do complexo HC/UFPR. *Arq Méd Hosp Fac Ciênc Méd Santa Casa São Paulo.* 2019;64(2):93-9.
29. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol.* 2016;128(1):e1-15.
30. Goh R, Goh D, Ellepola H. Perineal tears: a review. *Aust J Gen Pract.* 2018;47(1-2):35-8.
31. Rygh AB, Skjeldestad FE, Korner H, Eggebo TM. Assessing the association of oxytocin augmentation with obstetric anal sphincter injury in nulliparous women: a population-based, case-control study. *BJM Open.* 2014;4:e004592.
32. Homer CS, Wilson AN. Perineal Tears: a literature review [Internet]. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2018 [cited 2020 Apr 5]. Available from: <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/perineal-tears-literature-review>
33. Oliveira LB, Mattos DV, Matão ME, Martins CA. Perineal laceration associated with the use of exogenous oxytocin. *Rev Enferm UFPE on line.* 2017;11(6):2273-8.
34. Leal MC, Pereira AP, Domingues RM, Theme Filha MM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(Suppl 1):S17-S32.
35. Ricchi A, Rossi F, Borgognoni P, Bassi MC, Artioli G, Foa C, et al. The midwifery-led care model: a continuity of care model in the birth path. *Acta Biomed.* 2019;90(Suppl 6):41-52.