

Prevalência e fatores associados à laceração perineal em uma maternidade pública de Caruaru-PE

Prevalence and associated factors to perineal laceration in a public maternity in Caruaru/PE

Alaide Thiali Gomes Bezerra¹, Barbara Carolyne Alves de Souza², Mariza Feitosa Almeida, Simone Monte Bandeira de Mello ⁴, Belisa Duarte Ribeiro⁵.

Sobre o autor:

- 1- Graduanda do curso de Bacharelado de Fisioterapia pelo Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES- UNITA) / Caruaru/ Pernambuco/ Brasil.
- 2- Graduanda do curso de Bacharelado de Fisioterapia pelo Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES- UNITA) / Caruaru/ Pernambuco/ Brasil.
- 3- Graduanda do curso de Bacharelado de Fisioterapia pelo Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES- UNITA) / Caruaru/ Pernambuco/ Brasil.
- 4- Orientadora, mestre e docente do curso de Bacharelado em Fisioterapia do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES- UNITA) / Caruaru/ Pernambuco/ Brasil.
- 5- Co-orientadora, mestre e docente do curso de Bacharelado em Fisioterapia do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES- UNITA) / Caruaru/ Pernambuco/ Brasil.

Autor para correspondência:

Nome: Simone Monte Bandeira de Mello

Endereço: Avenida Portugal, nº 584, Bairro Universitário, Caruaru- PE CEP: 55.016-400

E-mail: simonemonte@asces.edu.br

Título para as páginas do artigo:

Prevalência e fatores associados à laceração perineal em uma maternidade pública de Caruaru-PE

Prevalence and associated factors to perineal laceration in a public maternity in Caruaru/PE

Resumo

Aproximadamente 70% das mulheres que passam pelo trabalho de parto vaginal sofrem algum tipo de trauma perineal, destacando a episiotomia como a de maior incidência entre outros fatores relacionados ao momento do parto e o bebê. Diante do exposto esses traumas tornam-se um fator determinante para as morbidades após o parto. Objetivo: Investigar a prevalência e as principais causas da laceração perineal em uma maternidade pública de Caruaru-PE. Materiais e métodos: Trata-se de um estudo observacional descritivo de corte transversal, realizado através da coleta de dados secundários (prontuários), com uma amostra de 420 parturientes de parto normal. Resultados: 53,6% das mulheres sofreram algum tipo de lesão perineal durante o parto, 13,5% dos prontuários não relataram a presença de lesão, enquanto as restantes tiveram seu períneo íntegro. Conclusão: A maior parte da amostra sofreu laceração perineal de menores e maiores proporções, possivelmente associados com maiores perímetros cefálicos e pesos do recém-nascido; e 3,6% das mulheres ainda foram submetidas a episiotomia.

Palavras-chave: Laceração, períneo, episiotomia, parto normal.

Abstract

Approximately 70% of women who go through the work of vaginal birth suffer some kind of perineal trauma, highlighting the episiotomy as higher incidence among other factors related to the time of delivery and the baby. In front of these traumas become a determining factor for the postpartum morbidities. Objective: to Investigate the prevalence and the main causes of perineal laceration in a public maternity de Caruaru-PE. Materials and methods: a descriptive cross-sectional observational study, conducted through the collection of secondary data (charts), with a sample of 420 women in labour to natural childbirth. Results: 53.6% of women suffered some sort of injury during delivery, perineal 13.5% of the charts did not report the presence of injury, while the other had your perineum intact. Conclusion: most of the perineal laceration suffered sample of smaller and larger proportions, possibly associated with higher cefálicos perimeters and newborn weights; and 3.6 percent of women were still subjected to an episiotomy.

Keywords: Laceration, perineum, normal birth, episiotomy.

Introdução

Aproximadamente 1,5 milhões de mulheres passam pelo parto vaginal ocasionando em sua maioria traumas perineais, destacando a episiotomia como a de maior incidência para esses traumas⁽¹⁾.

Entre outros fatores, a maneira com que o parto foi conduzido pela equipe de saúde, a duração do período expulsivo, as condições e apresentação do feto e a primariedade precoce e tardia podem ser responsáveis por traumas⁽²⁾. Apontada como um dos principais causadores do trauma perineal, a laceração é a perda das estruturas moles na região genital, sendo classificada em primeiro grau, atingindo pele e mucosas, em segundo grau, que se estende até os músculos e em terceiro grau, quando atinge o músculo esfíncter do ânus⁽³⁾.

O trauma na região perineal é um fator determinante para as morbidades decorrentes da incisão cirúrgica que podem ocorrer em curto prazo, como dores, sangramento, infecções, deiscência de sutura e hematomas. Já em longo prazo, podem causar dispareunia, incontinência urinária e fecal, entre outras complicações no assoalho pélvico⁽⁴⁾.

Estudos recentes apontam que a episiotomia, quando comparada com a laceração espontânea, traz maiores danos à saúde da mulher no pós-parto⁽⁴⁾. A posição materna também é um fator determinante e influência na redução de alguns casos de acordo com o tempo no momento do período expulsivo, estudos apontam que posições verticalizadas diminuem a necessidade de partos instrumentais, episiotomia, sensação dolorosa no momento expulsivo e também das alterações da frequência cardíaca do bebê. Porém, há relatos que a posição verticalizada adotada pela parturiente pode ter algumas desvantagens também aumentando o índice de rupturas perineais e a perda sanguínea elevada⁽⁵⁾.

O impacto que a laceração perineal pode causar na saúde materna tornam-se um fator determinante para as morbidades, tendo como principal delas a presença de dor no pós-parto. A mesma pode gerar consideráveis problemas físicos, psicológicos e emocionais, fato que pode contribuir para uma experiência negativa do parto⁽⁴⁾. Como forma de minimizar esses riscos é fundamental conhecer os fatores associados à laceração. Desta forma, o objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência e as principais causas da laceração perineal em uma maternidade pública de Caruaru-PE.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo observacional e descritivo de corte transversal realizado através da coleta de dados secundários (prontuários). Foi realizado em uma maternidade pública de Caruaru-PE com os prontuários de 355 gestantes selecionadas aleatoriamente nos arquivos do hospital.

O cálculo amostral foi realizado pelo site de domínio público *www.openepi.com*, com frequência antecipada de 70% baseada em estudo⁽⁷⁾, com adoção de um erro padrão de 5%, efeito de desenho de 1, e intervalo de confiança de 95%. O cálculo resultou em 323 gestantes e com um acréscimo de 30% de perda amostral, chegou-se ao valor de 420 prontuários analisados. Foram incluídas parturientes submetidas ao parto vaginal, primíparas ou multíparas e excluídas pacientes com gestação de alto risco. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética do Centro Universitário Tabosa de Almeida (CAAE:08044819.8.0000.5203). A análise e a interpretação dos dados obtidos a partir da coleta dos prontuários, foi realizada utilizando o software SPSS for versão 13.0 e organizados no formato de tabelas.

Resultados

Os resultados das características gerais da amostra são referentes a 420 prontuários de parturientes submetidas a partos normais assistidos pela equipe de saúde no período do estudo e estão dispostos na tabela 1.

De acordo com a escolaridade, a maioria da amostra era composta por mulheres com ensino fundamental completo ou incompleto (50,8%) e, em sua maioria, eram pardas (73%) que viviam em união estável (62,2%).

A tabela 1 mostra ainda as características reprodutivas da amostra, que era composta, em sua maioria, por mulheres que estavam em até sua segunda gestação (74,9%) e com histórico de até um aborto (85,4%).

Tabela 1 – Características gerais da amostra

| Variáveis | N | % |
|---------------------------|-----|-------|
| Tamanho da amostra | 420 | 100% |
| Escolaridade | | |
| NR**. | 12 | 2,9% |
| Sup. completo. | 12 | 2,9% |
| Sup. incompleto. | 10 | 2,4% |
| Médio completo. | 78 | 18,6% |
| Médio incompleto. | 95 | 22,6% |
| Fundamental I. | 181 | 43,3% |
| Fundamental C. | 32 | 7,5% |
| Estado civil | | |
| NR** | 4 | 1,0% |
| Solteira | 74 | 17,5% |
| Casada | 81 | 19,3% |
| União estável | 261 | 62,2% |
| Cor | | |
| NR** | 14 | 3,3% |
| Negra | 10 | 2,4% |
| Branca | 90 | 21,3% |
| Parda | 306 | 73% |
| Gestações | | |
| 1 | 170 | 40,5% |
| 2 | 144 | 34,4% |
| 3 | 56 | 13,3% |
| 4 | 31 | 7,3% |
| 5 | 10 | 2,3% |
| NR | 9 | 2,2% |
| Parições | | |
| 0 | 182 | 43,3% |
| 1 | 145 | 34,6% |
| 2 | 51 | 12,2% |
| 3 | 26 | 6,2% |
| 4 | 8 | 2% |
| NR | 8 | 2% |
| Abortos anteriores | | |
| 0 | 359 | 85,4% |
| 1 | 37 | 8,9% |
| 2 | 9 | 2,2% |
| 3 | 2 | 0,5% |
| NR | 13 | 3% |

*Exceto o tamanho da amostra (expressa como média \pm desvio padrão), os demais valores estão expressos como número exato e referido percentual.

**Dado não relatado no prontuário

A tabela 2 revela que a boa parte dos registros em prontuários não informava sobre qual a posição adotada pela mãe no momento expulsivo do parto (47,4%). Dentre as citadas, a posição materna de litotomia e de cócoras foram as menos usadas pelas parturientes, enquanto que a posição mais citada como escolhida pelas mulheres foi a semi-sentada (31,7%).

A ausência de lesões ou lesões de primeiro grau no períneo somam a maioria dos dados relativos à laceração perineal dentre as participantes da pesquisa (60,9%). A circular de cordão umbilical estava presente no pescoço de 31,8% dos neonatos e houve uso da ocitocina no trabalho de parto 29,2% das parturientes.

Com relação à quantidade de sangue perdido no parto, há referências de normalidade em 83,7% das pacientes participantes da pesquisa e sua maioria, fato que possivelmente foi associado com o baixo índice de episiotomia (3,6%) na amostra.

Tabela 2 – Dados maternos e peripartais da amostra

| Variáveis | | % |
|-----------------------------|-----|----------|
| Tamanho da amostra | 420 | 100% |
| Posição materna | | |
| Litotômica | 9 | 2,2% |
| Em banqueta | 21 | 5% |
| 4 apoios | 45 | 10,8% |
| Cócoras | 12 | 2,9% |
| Semi sentada | 133 | 31,7% |
| NR | 200 | 47,4% |
| Lesões | | |
| nenhuma | 119 | 28,2% |
| 1º grau | 137 | 32,7% |
| 2º grau | 94 | 22,5% |
| 3º grau | 14 | 3,3% |
| NR | 56 | 13,4% |
| Circular de cordão | | |
| NR | 17 | 4,1% |
| Sim | 134 | 31,8% |
| Não | 269 | 64,1% |
| Ocitocina | | |
| NR | 11 | 2,7% |
| Sim | 123 | 29,3% |
| Não | 286 | 68% |
| Quantidade de sangue | | |
| Habitual | 351 | 83,7% |
| Aumentada | 16 | 3,8% |
| NR | 52 | 12,5% |
| Episiotomia | | |
| NR | 9 | 2,2% |
| sim | 15 | 3,6% |

não

396

94,2%

Exceto o tamanho da amostra, os demais valores são expressos como percentuais do número total da amostra

A tabela 3 abrange os dados neonatais da amostra. A apresentação fetal cefálica foi responsável pela maioria do posicionamento fetal (98,1%), com sexo do neonato semelhantemente distribuído entre masculino e feminino (50,7% e 49%, respectivamente).

Tabela 3 – Variáveis categóricas neonatais da amostra

| Variáveis | N | % |
|------------------------|-----|--------|
| Tamanho da amostra (N) | 420 | 100% |
| Apresentação fetal | | |
| Cefálica | 412 | 98,1% |
| Pélvica | 3 | 0,7% |
| NR | 5 | 1,2% |
| Sexo | | |
| Feminino | 213 | 50,7 % |
| Masculino | 206 | 49,0% |
| NR | 1 | 0,2% |

*Exceto o tamanho da amostra. Os demais valores expressos com média \pm desvio padrão .

De acordo com a tabela 4 a altura média de 48,22 cm, variando entre 54 e 34,5 cm. O peso máximo encontrado de 3.370 g, mínimo de 3.100 g, com média de 3.259 g e desvio padrão de 3.890g. As médias de perímetro cefálico e torácico estiveram dentro dos padrões de normalidade (34 e 33 cm, respectivamente).

Tabela 4 – Variáveis contínuas neonatais da amostra

| Variáveis | N | \pm |
|--------------------|-----|-------|
| Tamanho da amostra | 420 | 100% |

| | |
|-------------------------|---------------|
| Altura (cm) | |
| Mínima | 34,5 |
| Máxima | 54 |
| Média ± DP | 48,22 ± 2,13 |
| Peso (g) | |
| Mínima | 3.100 |
| Máxima | 3.370 |
| Média ± DP | 3.259 ± 3.890 |
| Perímetro Cefálico(cm) | |
| Mínima | 27 |
| Máxima | 50 |
| Média ± DP | 34,10 ± 1,81 |
| Perímetro torácico (cm) | |
| Mínima | 25 |
| Máxima | 33,3 |
| Média ± DP | 33,27 ± 14,81 |

Exceto tamanho da amostra, demais valores expressos como média ± desvio padrão.

Discussão

Sabe-se que mesmo adotando todas as medidas de proteção de assistência obstétrica, as mulheres que passam pelo parto normal correm riscos de sofrerem trauma perineal, seja por episiotomia, ou de forma espontânea¹.

A episiotomia é uma intervenção cirúrgica que tem seu uso restrito, com a indicação de facilitar a passagem do feto em situações específicas. Essa técnica ainda é realizada de forma rotineira sem qualquer indicação obstétrica⁽⁴⁾. Neste estudo a episiotomia foi relatada em apenas 3,6% das mulheres. Em outro estudo foi relatado que as mulheres que não passaram por parto vaginal anteriormente, tem três vezes mais chance de realizarem a episiotomia⁽¹⁰⁾. É possível que este baixo índice de intervenção tenha sido influenciado pelo fato de a amostra ter sido composta, em sua maioria, por mulheres na segunda gestação, desta forma, diminuindo as chances de serem submetidas a outras intervenções como a episiotomia.

A posição litotômica também é um fator predisponente para a realização da episiotomia, por oferecer uma melhor visualização do períneo facilitando o trabalho dos profissionais⁽¹⁰⁾. Por esse motivo, tornou-se uma posição pré-estabelecida nas práticas hospitalares, levando em prejuízo a participação ativa das mulheres e a avaliação quanto sua segurança e eficácia⁽⁷⁾. Em contrapartida, nesta pesquisa houve uma incidência baixa, de apenas 2,2% de mulheres que pariram nessa posição, fato que certamente deve ter contribuído para a não ocorrência da episiotomia.

A posição semi-sentada, no presente estudo, foi a mais realizada (31,7%), considerada como uma posição vertical que favorece as contrações uterinas e facilita o momento do parto, causando menos exaustão para a parturiente e promovendo um parto mais fisiológico. Desta

forma, houve maior prevalência em comparação com outras posições. Este fator é justificado porque as posições verticais favorecem o parto tanto em relação à gravidade quanto aos diâmetros pélvicos maternos que são aumentados em seu plano inferior da pelve⁽⁷⁾.

O uso da ocitocina foi realizado em 29,2% dos casos e, em sua maioria, tiveram seu períneo lacerado em diferentes proporções. A literatura é escassa em estudos que confirmem esses dados, mas sabe-se que, quando utilizado esse recurso, muda-se o curso fisiológico do parto, que não é realizado de forma espontânea. A ocitocina é uma infusão intravenosa utilizada para acelerar o momento do parto, agindo no aumento das contrações e da pressão intra-uterina, podendo ocorrer consequências, como o desprendimento cefálico abrupto, fato que leva à laceração do períneo⁽⁸⁾. Esta intervenção realizada durante o trabalho de parto tem seu uso restrito devido a possíveis consequências como mobilidade materna dificultosa, hipertonia, ruptura uterina entre outros problemas⁽⁹⁾.

Quanto a apresentação fetal, a apresentação pélvica esteve presente em apenas 0,7% dos partos. Estudo afirma que em unidades onde a episiotomia tem seu uso restrito, este tipo de apresentação representa uma das indicações para tal intervenção⁽⁸⁾.

Foi observado também uma maior incidência nas lacerações de primeiro e segundo grau, onde são acometidas menos estruturas, não trazendo tantos agravantes para as parturientes. Evidências apontam que as lacerações perineais espontâneas de primeiro e segundo grau tendem a apresentar melhores resultados, inclusive quando comparadas a episiotomia com relação à dor, perda sanguínea, cicatrização e musculatura envolvida⁽¹⁰⁾. Estudo realizado em 2011 as lacerações de 1º grau (34,3%) foram próximas ao encontrado neste estudo, onde considerou-se que nessas parturientes ocorreram lesões perineais com menores consequências físicas e psicológicas⁽⁹⁾.

Com relação a associação entre o peso do bebê e o trauma perineal, no presente estudo a média foi de 3.259g, onde o ponto de corte estabelecido foi de 3.330g podendo se observar que acima deste valor existem mais chances de ocorrer lesão perineal⁽²⁾. Outro autor relata em seu estudo que a frequência e a proporção do trauma perineal podem ser maiores de acordo com o peso do recém nascido⁽¹¹⁾.

Também foram observados dados como o sexo do bebê, altura, perímetro cefálico e torácico. Pode-se observar na presente pesquisa que as mulheres que pariram bebês com o perímetro cefálico acima de 34cm tiveram algum grau de lesão perineal, indicando que este também pode ser um fator associado com índices de lacerações perineais, ainda que em baixos graus.

Conclusão

Sabe-se que mesmo em meio a assistência obstétrica necessária, ainda há riscos inerentes que as gestantes passam, chegando a ocorrer a laceração perineal, seja ela de forma espontânea ou a episiotomia.

Observou-se que uma boa parte das informações não estão foram relatadas nos prontuários dificultando a obtenção de resultados mais fidedignos. Percebeu-se nos 420 prontuários analisados que mais da metade da amostra sofreu laceração perineal de menores e maiores proporções, possivelmente associados com maiores perímetros cefálicos e pesos do recém-nascido; e 3,6% das mulheres ainda foram submetidas a episiotomia.

Estes resultados elucidam a necessidade de maior vigilância e intervenção no não uso da episiotomia e maiores instruções relacionadas ao posicionamento no parto e o risco de lacerações.

Referências

1. Riesco MLG, Costa ASC, Almeida SFS, Basile ALO, Oliveira SMJV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: Análise de fatores associados. *Rev. enferm.* 2011; 19(1):77-83.
2. Santos JO, Bolanho IC, Mota JQC, Coleoni L, Oliveira MA. Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. *Rev. Enferm.* 2008; 12(4): 658-63.
3. Santos LM, Santos LMS, Brandão MM, Cerqueira EAC, Ramos MSX, Carvalho ESS. Associação entre perineorrafia e problemas perineais, atividades habituais e necessidades fisiológicas afetadas. *Rev. Cuid.* 2018; 9(2): 2233-44.
4. Francisco AA, Oliveira SMJV, Santos JO, Silva FMB. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. *Acta Paul Enferm* 2011; 24(1):94-100.
5. Cecatti JG, Calderón IMP. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(6): 357-65.
6. Silva S.Gonzalez R. Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37
7. Barbosa MS. Posições de parto vaginal e prevenção de traumas perineais. *Rev. Eletrôn. Atualiza saúde.* 2018; ed 8.p.72-80.
8. Scarabotto LB, Riesco MLG. F. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(3):389-395.
9. Souza DOM. Partos assistidos por enfermeiras: práticas obstétricas realizadas no ambiente hospitalar no período de 2004 a 2008 [dissertação]. Faculdade de enfermagem, Universidade do estado do Rio de Janeiro, 2011.
10. Almeida CB, Sento Sé CC, Pereira EG, Pereira ALF. Avaliação da dor decorrente da perineorrafia no parto normal. *Rev. Cuid. Fundam. online* 2011; 3(3):2126-36
11. Caroci AS, Riesco MLG, Leite JS, Araújo NM, Scarabotto LB, Oliveira SMV. Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. *Rev. enferm.* 2014; 22(3): 402-8.

