

NATALIA DE OLIVEIRA LARCHER

**FATORES MODIFICÁVEIS NA ASSISTÊNCIA PARA REDUZIR LACERAÇÕES DE
TRAJETO EM PARTOS VAGINAIS: UMA REVISÃO NA LITERATURA**

RIO DE JANEIRO
2024
NATALIA DE OLIVEIRA LARCHER

FATORES MODIFICÁVEIS NA ASSISTÊNCIA PARA REDUZIR LACERAÇÕES DE TRAJETO EM PARTOS VAGINAIS: UMA REVISÃO NA LITERATURA

Monografia apresentada ao Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Ginecologista e Obstetra.

Orientadora: Berenice Nogueira Torres Timbó

RIO DE JANEIRO
2024

RESUMO

A crescente intervenção médica nos processos de parto e nascimento é evidente, fenômeno este que se enfatiza com a elevação significativa das cesarianas no Brasil, que atingiu 55,6% em 2015, índice considerado muito acima dos 15% - recomendado pela Organização Mundial da Saúde. Em resposta a tal cenário, a medicina baseada em evidências tem demonstrado que uma assistência obstétrica mais humanizada, priorizando partos fisiológicos e a redução de procedimentos desnecessários - toques vaginais excessivos, episiotomias, enemas e tricotomias - promove um ambiente acolhedor e seguro para gestantes, sem prejudicar a assistência, além de evitar complicações das diversas intervenções usualmente utilizadas. Esta revisão se concentra em avaliar os fatores modificáveis na assistência, que influenciam na incidência de lacerações durante o parto vaginal. As variáveis analisadas foram: posição durante o expulsivo, duração do período expulsivo, uso de anestesia peridural e técnicas de proteção perineal. A partir da revisão bibliográfica sobre a temática, percebemos que a analgesia peridural, muito eficaz no alívio da dor, tem impacto na dinâmica do trabalho de parto, mas não está diretamente associada a maior risco de lacerações perineais. Já as posições verticalizadas no período expulsivo mostraram redução no risco de lacerações de canal de parto, enquanto a litotomia está relacionada a um risco aumentado. Além disso, o prolongamento do segundo estágio do parto, principalmente em primíparas com analgesia peridural, aumenta a incidência de lacerações. Técnicas como a massagem perineal e o uso de compressas quentes têm efeitos limitados na prevenção de lesões perineais graves, enquanto a episiotomia seletiva não apresenta impacto significativo na redução do trauma perineal.

Palavras-chave:

Lacerações perineais. Lacerações de canal de parto, Analgesia peridural. Técnicas de proteção perineal. Duração do segundo estágio.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6 - 8
2. MÉTODO	8 - 9
3. RESULTADOS	9 - 17
4. DISCUSSÃO	17 - 19
5. CONCLUSÕES	19 - 21
6. REFERÊNCIAS	21 - 24

FATORES MODIFICÁVEIS NA ASSISTÊNCIA PARA REDUZIR LACERAÇÕES DE TRAJETO EM PARTOS VAGINAIS: UMA REVISÃO NA LITERATURA

1- INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, mais intervenções vêm sendo instituídas pela medicina em processos fisiológicos de parto e nascimento, como múltiplos toques vaginais, episiotomias, monitorização contínua e cesarianas eletivas. A saber, entre o final do século XX e o início dos anos 2000, atingiu-se uma porcentagem de 55,6% de partos por cesariana no Brasil, enquanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que esse índice seja inferior a 15% dos nascimentos (1). Na contramão desses indicadores, a medicina baseada em evidência ganhou força na área de saúde da mulher e da obstetrícia, com grande influência de médicas, enfermeiras obstetras e obstetizes, que sustentam técnica e cientificamente a assistência humanizada ao parto e garantem partos mais fisiológicos com um número menor de intervenções.

Essas novas evidências trazem o foco não somente para a via de parto, mas para a redução de procedimentos desnecessários realizados durante o trabalho de parto vaginal, como a tricotomia, manobra de Kristeller, episiotomia e também, valorizam a liberdade da mulher no processo de parir - pela escolha do local, da posição, da anestesia peridural. A literatura atual define que em torno de 53-79% das mulheres terão algum tipo de laceração no parto vaginal (2), que podem ser lacerações de primeiro ou segundo graus ou lacerações graves (3º e 4º graus), que acrescentam grande morbidade e podem complicar com incontinência fecal, fistulas reto-vaginais, dor perineal, dispareunia, dentre outras complicações a longo prazo. A prevalência de lacerações de esfíncter anal (3º e 4º graus) na população geral é de 0,25 a 6% e em mulheres primíparas pode ser de 1,4 a 16%.(3).

Tendo em vista esse protagonismo da gestante no trabalho de parto, é importante definir quais intervenções são realmente necessárias na redução de

traumas perineais e quais são apenas crenças e reproduções de uma prática obsoleta da obstetrícia.

O objetivo deste trabalho é reunir recomendações que tenham evidência científica sobre a incidência de lacerações de canal de parto. Para isso, foram reunidos protocolos e estudos recentemente publicados sobre trauma perineal no trabalho de parto e suas implicações, considerando que lacerações são eventos extremamente comuns e que podem afetar física e psicologicamente mulheres no pós-parto imediato e tardio. De maneira específica, visa elucidar se há influência da posição no período expulsivo, da duração do período expulsivo, das técnicas de proteção perineal e da anestesia peridural nas lacerações de canal de parto, e no seu grau de extensão.

CLASSIFICAÇÃO DAS LACERAÇÕES PERINEAIS

Grau da Laceração	Tecido acometido	
I	Mucosa vaginal e/ou pele do períneo	
II	Músculos do períneo, sem acometer esfíncter anal	
III	<td>III a <50% da espessura do esfíncter anal externo</td>	III a <50% da espessura do esfíncter anal externo
	III b > 50% da espessura do esfíncter anal externo	
	III c Esfíncter anal interno	
IV	Esfíncteres anais (externo e interno) e mucosa anorretal	

Tabela 1: Classificação das lacerações obstétricas, proposta por Sultan.

Fatores de risco para laceração perineal

As lesões traumáticas da vulva e do períneo são observadas com extraordinária frequência, principalmente em primíparas. Cerca de 53 a 79% das mulheres

apresentam algum tipo de laceração no parto vaginal, as mais frequentes são as lacerações de primeiro e de segundo grau (4).

Os principais fatores que têm sido identificados como causa de lacerações no trajeto do parto são: primiparidade, peso fetal maior que 4 kg, distocia de ombros, posições occipto-posteriores, segundo período do parto prolongado, parto operatório - fórceps e vácuo-extrator (5) - e episiotomia, que atualmente é considerada fator de risco para lacerações graves (3º e 4º graus)(3). Ela não é mais recomendada nem como rotina nem em casos selecionados (6) e, também, está associada a aumento da dor pós-operatória e dispareunia durante as primeiras semanas pós-parto (7). No entanto, além desses fatores já comumente associados ao trauma perineal, alguns outros contribuintes ainda estão em discussão e promovem divergências na literatura, são eles: posição e duração do período expulsivo, anestesia peridural e técnicas de proteção perineal (“hands on”). Esses são fatores modificáveis na assistência ao parto e, por isso, ganharam maior atenção, visando encontrar uma síntese sobre a influência de cada um deles.

2- MÉTODO

Esse estudo foi construído a partir da revisão bibliográfica com estratégia de busca definida, com os descritores “laceração de canal de parto” AND “trauma perineal” AND “lesões obstétricas de esfíncter anal”. Os artigos foram procurados na Scientific Electronic Library Online (Scielo), na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS), na Cochrane Library, no Portal de Boas Práticas em saúde da Mulher e da Criança do Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ), e no American College of Obstetricians and Gynecologists, no período de 20/05/2024 a 25/10/2024, além de livros-textos de obstetrícia que também foram consultados e protocolos recentes da Organização Mundial de Saúde.

No levantamento bibliográfico foram revisados 40 artigos e selecionados 25 deles, incluindo revisões sistemáticas, meta-análises e estudos de coorte, 3 manuais de recomendações de entidades internacionais, 2 capítulos de 2 livros textos diferentes de obstetrícia. Os resultados mais relevantes foram compilados e organizados em diferentes seções, de acordo com a variável analisada. As variáveis

analisadas foram: anestesia peridural, posição no período expulsivo, duração do período expulsivo e técnicas de proteção perineal.

3- RESULTADOS

3.1 Analgesia peridural

Deve-se reconhecer que a anestesia peridural é uma importante ferramenta para oferecer às mulheres durante o trabalho de parto hospitalar e proporciona importante alívio da dor nesse processo, evitando muitas vezes uma cesariana desnecessária. Mas há, também, algumas desvantagens, principalmente por interferir na fisiologia do parto.

Com base em dados de uma meta-análise de 43 estudos com 716.031 mulheres das quais 22.280 (3,1%) apresentaram lacerações graves (3º ou 4º graus), que avaliou diversas variáveis, a saber: etnia, paridade, indução de parto, uso de uterotônicos, analgesia peridural, peso ao nascer, duração do 2º estágio de trabalho de parto, posição do feto na pelve, uso de episiotomia e uso de vácuo-extrator ou fórceps, pode-se concluir que os seguintes fatores influenciam lesões de esfíncter anal:

- primiparidade (OR: 3,33, 95% PI:[1,09; 10,07]),
- peso ao nascer (DMP: 0,32, 95 % IP: [0,09; 0,55])
- duração do segundo estágio do trabalho de parto (SMD: 0,36, 95% PI: [0,07-0,64])
- posição occipto-posterior (OR: 2,91, 95 % PI: [1,27,6.69])

Sendo assim, é possível perceber que após esta revisão de 2020, que traz atualização de um mesmo estudo publicado em 2014, não houve influência direta da analgesia de parto nas lacerações perineais graves após análise de Intervalo de Predição de 95% (PI 95% OR 1.46 [0.45, 4.76])(8).

Segundo a última revisão da Cochrane sobre o assunto, publicada em 2018, alguns conceitos previamente estabelecidos, vêm sendo questionados. A anestesia peridural era usualmente associada ao aumento do risco de parto instrumental (RR

1,44, IC95% 1,29 a 1,60; 9948 mulheres; estudos = 30; evidência de baixa qualidade) quando comparado ao grupo sem peridural. Porém, uma análise post hoc de subgrupos de ensaios realizados após 2005 mostrou que esse efeito não é confirmado quando os ensaios anteriores a 2005 são excluídos dessa análise (RR 1,19, IC 95% 0,97 a 1,46) (9). Contrariando o que já era, sabidamente, um dos principais fatores de risco para lacerações perineais graves, com envolvimento do esfíncter anal, como citado anteriormente e segundo as principais entidades como o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (5).

Um estudo de coorte retrospectiva publicado em 2018 no British Medical Journal (BMJ), analisou dados de 18.229 partos entre 2008 e 2010 para avaliar a incidência de lacerações de 3º e 4º graus em pacientes com analgesia peridural em partos vaginais espontâneos ou instrumentalizados. E os resultados foram: após o parto vaginal espontâneo, o risco de laceração de 3º/4º graus foi significativamente menor no grupo com epidural do que no grupo sem epidural (37 (1,9%) de 1989 vs 230 (2,7%) de 8564; RR 0,70 (IC95% 0,49 a 0,98) $p<0,05$). Após o parto instrumentalizado, o risco de laceração de 3º/4º graus foi significativamente menor no grupo peridural do que no grupo sem epidural (80 (4,6%) de 1746 vs 81 (6,9%) de 1176; RR 0,68 (IC95% 0,50 a 0,92) $p<0,05$). Neste grupo a taxa de laceração de quarto grau também foi significativamente menor naqueles que receberam uma epidural em comparação com aqueles que não receberam (4 (0,23%) de 1746 vs 10 (0,85%) de 1176; RR 0,27 (IC95% 0,08 a 0,86) $p<0,05$). O estudo sugere que esses resultados se devem a uma descida mais lenta da apresentação no trabalho de parto e por isso, reduziria a chance de trauma perineal. Porém, neste mesmo estudo, o risco global de sofrer uma laceração perineal de 3º/4º grau naqueles com epidural não foi diferente daqueles sem epidural (117 (3,1%) de 3735 vs 311 (3,2%) de 9740; RR 0,98 (IC95% 0,79 a 1,21) $p>0,05$). (10).

3.2 Posição no período expulsivo

Motivo de grandes divergências na literatura, a posição no trabalho de parto, hoje, ganhou recomendações mais precisas. No entanto, a história da obstetrícia remonta que a tão famosa posição de litotomia facilitava a assistência

médica-hospitalar e, principalmente, as intervenções do obstetra no parto, e é amplamente utilizada até hoje para examinar mulheres e para assistência ao parto, apesar de existirem, há décadas, evidências das vantagens fisiológicas do parto em posições verticalizadas e da livre movimentação durante o trabalho de parto.

Um estudo que analisou uma população de 113.000 mulheres na Suíça, comprovou que as menores taxas de lacerações graves (3º ou 4º graus) foram, independentemente da paridade, encontradas entre as mulheres que estavam em posição de pé e as maiores taxas entre as mulheres que deram à luz em posição de litotomia. Em comparação com a posição sentada, a posição de litotomia envolveu um risco aumentado de lacerações graves entre mulheres nulíparas (RR ajustado 1,17, IC 95% 1,06-1,29) e multíparas (RR ajustado 1,66, IC 95% 1,35-2,05). Apenas a posição lateral foi associada a risco reduzido de lesões graves em mulheres nulíparas (RR 0,79, IC 95 % 0,68-0,92). Já nas multíparas, a posição sentada, na banqueta de parto, foi associada a um risco quase 40% maior de lacerações graves e a posição agachada foi associada a um risco mais de duas vezes maior de lesões de 3º ou 4º grau (11).

Em um recente estudo randomizado publicado no *The International Urogynecology Journal* em 2012 em que, a posição lateral, com puxos tardios foi comparada com a posição de litotomia com puxos logo após dilatação completa em mulheres com anestesia peridural mostrou que as mulheres na posição lateral com puxos tardios eram mais propensas a parir com um períneo intacto (40% versus 12%, $p=001$) (12).

Na biblioteca Cochrane, um outro estudo que reuniu trinta ensaios, envolvendo 9.015 mulheres sem analgesia peridural, contribuíram para a análise que comparou qualquer posição vertical, cadeira de parto, banqueta de parto, almofada de parto versus posições supinas, e concluiu que posições verticais foram associadas com redução de partos instrumentais (RR 0,75, IC 95% 0,66 - 0,86), redução de episiotomias (RR 0,75 média, IC 95% 0,61 - 0,92) e, também a um possível aumento de lacerações perineais de segundo grau (RR 1,20, IC 95% 1,00 - 1,44). Além disso, não houve diferença no número de lacerações perineais de terceiro ou quarto grau (RR 0,72, IC 95% 0,32 a 1,65) em comparação com posição supina (13).

Uma meta-análise de cinco ensaios clínicos controlados randomizados, com 879 mulheres, publicada em 2015 na biblioteca Cochrane que avaliou a posição no segundo estágio do trabalho de parto em mulheres com anestesia peridural não mostrou um benefício claro de qualquer posição vertical em comparação com uma posição deitada, mas recomenda incentivar a mobilidade e a posição que for mais confortável para a mulher durante o período expulsivo (14).

Ademais, um estudo observacional retrospectivo publicado no *International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, que reuniu 12782 mulheres de 2002 a 2005, com análises de regressão logística, mostrou que a posição de litotomia (OR ajustado 2,02, IC 95% 1,58-2,59) e as posições de agachamento (OR ajustado 2,05, IC 95% 1,09-3,82) foram associadas a um risco significativamente aumentado de lesões de esfíncter anal. Porém, algumas das limitações deste estudo são inerentes aos estudos observacionais (15).

Outro estudo observacional, uma coorte retrospectiva que analisou dados de 2017 a 2019 de 2240 gestações a termo de nulíparas. Destas, 76,9% deram à luz em decúbito dorsal e 23,1% deram à luz em posições alternativas. Os resultados mostraram que, independentemente do uso de analgesia peridural, as posições não supinas no segundo estágio do trabalho de parto foram associadas a uma redução significativa no risco de episiotomia e ocorrência de trauma perineal de qualquer grau ($p<0,0001$). As análises também confirmaram que a liberdade de movimentação no parto estava positivamente associada a um períneo íntegro, com um OR de 0,4 (16).

3.3 Duração do período expulsivo

A duração normal das fases latente e ativa do trabalho de parto tem sido questionada por trabalhos publicados na última década, que colocaram em xeque os parâmetros previamente descritos e atualmente o uso de mediana e percentis é mais apropriado que o da média para descrever essa duração (17).

Segundo a última edição do livro-texto Rezende Obstetrícia publicada em 2020, o período expulsivo prolongado (com analgesia peridural) define-se como

acima do percentil 95, sendo este de 3,6 horas em primíparas e 2 horas em multíparas. Nos partos espontâneos sem analgesia, observa-se percentil 95 de 2,8 horas em primíparas e 1,3 hora em multíparas (7). A literatura sobre esse tópico descreve, tradicionalmente, que o segundo estágio de trabalho de parto prolongado está associado a maiores riscos de lesão perineal grave, além de outros fatores como primiparidade, peso fetal > 4 kg, distocia de ombros e parto operatório (fórceps ou vácuo-extrator) e a seguir, poderemos analisar alguns dados recentes (17).

Na mesma meta-análise citada anteriormente, que incluiu 43 estudos e 716.031 mulheres, revisada em 2020 e publicada no International Journal of Gynecology and Obstetrics, concluiu que a duração do segundo estágio do trabalho de parto foi uma das variáveis que teve associação com aumento de lacerações de 3º e 4º graus, com significância estatística (SMD: 0.36, 95 % PI: [0.07, 0.64]), promovendo uma importante atualização ao que havia sido reportado na revisão anterior de 2014 (8). No entanto, este estudo não define quais parâmetros foram usados para considerar um segundo estágio prolongado.

Um outro estudo realizado na Suíça que recolheu dados de 113.000 partos, e comparou mulheres nulíparas, multíparas e mulheres em parto vaginal após cesariana (VBAC) também apontou que a duração prolongada do segundo estágio, considerado maior que 90 minutos no respectivo estudo, pode ser um fator contribuinte para o aumento de lacerações graves. Mas essa não foi uma variável avaliada isoladamente (11).

Uma revisão publicada na biblioteca Cochrane reuniu 25 estudos, com 5218 mulheres para avaliar posição materna e mobilidade durante o primeiro estágio do trabalho de parto e concluiu que posições verticalizadas reduzem o tempo de trabalho de parto, reduzem a necessidade de anestesia peridural quando comparadas a posições supinas. Porém, não houve diferenças significativas entre os grupos para outros desfechos, incluindo a duração do segundo estágio do trabalho de parto ou outros desfechos relacionados ao bem-estar materno-fetal (18).

Em um estudo publicado de base populacional publicado em 2017 na BMC Pregnancy and Childbirth comparou 52 211 primíparas e o impacto da duração do

segundo estágio do trabalho de parto e parto instrumentalizado nas lacerações perineais de terceiro ou quarto grau. Em comparação com mulheres com duração do segundo estágio inferior a 1 h, o OR ajustado para lacerações perineais por 2 < 3h foi de 1,42; IC 95% 1,28-1,58. Riscos semelhantes foram encontrados para o segundo estágio do trabalho de parto de 3 < 4 h: OR 1,45; IC 95% 1,29-1,64; e >4 h: OR 1,41, IC 95% 1,24-1,61 (19).

Uma revisão publicada em 2015, que incluiu 43.810 nulíparas e 59.605 multíparas obteve resultados semelhantes. Entre as nulíparas com analgesia peridural concluiu-se que as que evoluíram com segundo estágio prolongado, definido no estudo como >3 horas com peridural ou >2 horas sem peridural, tiveram aproximadamente 2 vezes mais chance de lacerações perineais de 3º ou 4º graus [OR 1,97 (IC95% 1,64–2,37)]. Nas multíparas, o segundo estágio prolongado definiu-se como > 2 horas com peridural e > 1 hora sem peridural, e também houve aumento de chances de lacerações de 3º ou 4º graus após análise ajustada (20).

3.4 Técnicas de proteção perineal

Massagem perineal (anteparto ou durante a segunda etapa de trabalho de parto) destina-se, em teoria, a diminuir a resistência dos músculos perineais e reduzir a probabilidade de laceração no trabalho de parto (21). No entanto, qualquer técnica de manipulação do períneo nesse processo pode limitar a mobilidade materna, interferir na fisiologia do parto, e por isso, deve-se ponderar seu benefício, avaliando cada situação e o conforto da gestante (22).

a) Massagem perineal

Uma das técnicas de proteção consideradas é a massagem perineal, e dados são, ainda, conflitantes sobre os benefícios da sua aplicação no trabalho de parto. Uma revisão de 2013 que incluiu 12 ensaios clínicos, sendo quatro ensaios (2.497 mulheres) que compararam massagem perineal pré-natal e grupos controles sem

massagem. A massagem perineal digital pré-natal (a partir de 35 semanas) foi associada a uma redução geral na incidência de trauma que requer sutura (quatro ensaios, 2480 mulheres RR 0,91, IC 95% 0,86 a 0,96), e as mulheres que praticaram massagem perineal eram menos propensas a ter uma episiotomia (quatro ensaios, 2480 mulheres, RR 0,84 IC 95% 0,74 a 0,95) (21).

Outra meta-análise publicada na Cochrane reuniu dados de 22 estudos com 15.181 mulheres e revelou que massagem perineal durante a segunda fase do parto reduziu lacerações de terceiro e quarto grau quando em comparação com a técnica "*hands off*" (RR 0,49, IC 95% 0,25 a 0,94), além disso, a incidência de períneo intacto foi aumentada no grupo com massagem perineal (RR 1,74, IC 95% 1,11 para 2,73) (23).

Em outra meta-análise, publicada em 2015, que avaliou o efeito do suporte perineal manual na redução de lacerações do trajeto, encontramos três ensaios clínicos randomizados com 6.647 mulheres que não demonstraram efeito protetor do suporte perineal para lacerações perineais graves (3º ou 4 graus) sendo RR 1,03; IC 95%, 0,32-3,36) (22).

A metanálise mais recente sobre este tema publicada em 2020 que também analisou massagem perineal anteparto, revisou onze ensaios clínicos randomizados com 3467 pacientes. Mulheres que receberam massagem perineal pré-natal tiveram incidência significativamente menor de episiotomias (RR = 0,79, IC 95% [0,72, 0,87], (p<0,001) e de lacerações perineais (RR = 0,79, IC 95% [0,67, 0,94], p = 0,007), e particularmente, menor risco de lacerações perineais de terceiro e quarto graus (p = 0,03)(30). Porém, houve significativa heterogeneidade entre os estudos e evidências de viés de publicação e por isso, esses achados devem ser interpretados com cautela (24).

b) Compressas quentes no períneo

O maior estudo sobre este assunto foi publicado na Biblioteca Cochrane em 2017, e reuniu cerca de 22 trabalhos para avaliar os desfechos de técnicas de proteção perineal na incidência de lacerações de canal de parto. Uma das análises concluiu

que ao comparar o uso ou não de compressas quentes no períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto, o grupo com compressa quente não teve nenhum efeito claro sobre a incidência de períneo íntegro (RR médio 1,02, IC 95% 0,85 a 1,21; 1799 mulheres; quatro estudos; evidência de qualidade moderada), lacerações de segundo grau (RR médio 0,95, IC 95% 0,58 a 1,56; 274 mulheres; dois estudos; evidência de qualidade muito baixa), ou episiotomia (RR médio 0,86, IC 95% 0,60 a 1,23; 1799 mulheres; quatro estudos; evidência de baixa qualidade). E por fim, ficou incerto se a compressa quente aumenta ou reduz a incidência de lacerações de primeiro grau (RR médio 1,19, IC 95% 0,38 a 3,79; 274 mulheres; dois estudos; I^2 88%; evidência de qualidade muito baixa) (23).

Outro estudo que avaliou 1200 gestantes de 2001-2004 e comparou 3 grupos de pesquisa, os resultados indicaram que compressas quentes ou massagem com lubrificante não oferecem nenhuma vantagem na redução do trauma do trato genital, em comparação com a técnica “*hands off*” no final do segundo estágio do trabalho de parto (25).

Aplicação de compressas quentes no segundo estágio é uma recomendação do *American College of Obstetricians and Gynecologists* com nível A de evidência. Mas não houve dados suficientes para mostrar se outras técnicas de proteção perineal resultam em melhores resultados (4).

c) Episiotomia

Os resultados da meta-análise de Pergialiotis et al citada anteriormente, também incluem dados sobre técnicas de proteção perineal. Esta atualização de 2020 é baseada em uma análise de quase o dobro de artigos em comparação com os da meta-análise anterior publicada neste campo (43 vs 22 artigos). A maioria dos desfechos que foram associados na metanálise de 2014 também o fizeram no presente estudo (2020). Mas uma importante observação na análise de meta-regressão atual foi a tendência de aumento de risco de lacerações de esfincter anal entre os estudos que investigam o impacto da episiotomia mediolateral. Até recentemente, a episiotomia mediolateral era considerada uma medida de proteção 3º e 4º graus, no entanto, isso não foi cientificamente comprovado (8).

Um grande estudo publicado em 2016 na biblioteca Cochrane, que causou impacto nas práticas da obstetrícia, incluiu 12 ensaios clínicos randomizados e 6177 partos não-operatórios e comparou episiotomia seletiva versus episiotomia de rotina. No grupo que foi submetido a episiotomia seletiva houve uma redução de 30% na incidência de trauma perineal grave (RR 0,70, IC 95% 0,52 a 0,94; 6177 mulheres), menor necessidade de suturas (RR 0,71; 95% CI 0,61–0,81) e menos complicações de cicatrização (RR 0,69; 95% CI 0,56–0,85). Não houve diferença clara no risco de aumento de perda sanguínea, baixos índices de Apgar, dispareunia ou outros desfechos. Porém, um braço do estudo envolvendo 175 participantes, comparou episiotomia seletiva versus de rotina em mulheres nas quais se planejava fazer um parto vaginal instrumentalizado e não houve diferença clara no risco de trauma perineal grave entre os grupos, mas essa análise tinha um baixo poder estatístico (24, 26).

O estudo mais recente, realizado por médicas obstetras brasileiras, traz uma comparação de episiotomia seletiva versus nenhuma episiotomia. A análise incluiu 115 mulheres no protocolo de não episiotomia e 122 para episiotomia seletiva. Não houve diferença entre os dois grupos em relação aos desfechos maternos e perinatais. Não houve diferença entre os grupos com episiotomia e o grupo controle com relação à duração do segundo estágio de trabalho de parto. A frequência de lacerações espontâneas foi em torno de 83% em ambos os grupos. Trauma perineal grave ocorreu em 1,8% das mulheres com episiotomia seletiva e 2,5% no grupo sem episiotomia, portanto sem significância estatística (27).

4- DISCUSSÃO

Os resultados encontrados nestes diversos estudos em relação a analgesia peridural nos permitem avaliar que este é um método eficaz e seguro de alívio da dor no trabalho de parto e não estabelece relação causal com lacerações perineais. Sabe-se, porém, que a analgesia pode retardar a progressão do parto e/ou contribuir para redução da mobilidade durante o trabalho de parto, pois interfere na fisiologia do mesmo. No entanto, visto que estabelece grande benefício para a paciente e não há evidência de dano perineal direto, não se deve questionar ou

contra-indicar este procedimento apenas porque interfere no processo, inclusive porque dentro do ambiente hospitalar, vários outros fatores também interferem nesta fisiologia, como podemos citar: equipes desconhecidas, luzes excessivas, barulhos de aparelhos, falta de privacidade, dentre outros.

Apesar da gama de estudos recolhidos nesta revisão, ainda faltam evidências que sustentem uma indicação clara ou benefício de uma posição específica na prevenção de traumas perineais graves (3º ou 4º grau), mas foi possível observar que evitar a posição de litotomia ajuda a reduzir o risco de lacerações, tanto porque reduz a chance de intervenções, quanto porque não é a mais favorável do ponto de vista fisiológico, pois limita a mobilidade do sacro e das cristas ilíacas. Especificamente, a posição lateral foi citada em um dos estudos e parece ter um benefício em nulíparas, assim como quaisquer posições verticais, justamente porque não limita a mobilidade à estrutura da cama. No entanto, o posicionamento da gestante no período expulsivo não deve ser limitado a posições pré-estabelecidas, já que a escolha da parturiente se baseia nas necessidades fisiológicas de cada parto.

Nos últimos anos, enfermeiras obstetras e obstetritzess vêm aprimorando técnicas de posicionamento durante trabalho de parto para facilitar a fisiologia e assim melhorar os desfechos materno-fetais no parto normal. A mais conhecida, atualmente, é a técnica *Spinning Babies®*, abordagem que envolve exercícios e manobras específicas para parturiente, que visam promover rotação do bebê para uma posição mais favorável em relação à pelve materna, especialmente quando o bebê está em posições distólicas. Essas manobras podem ser aplicadas no primeiro ou segundo estágio do trabalho de parto, mas ainda carecem de estudos para sustentar essas práticas e demonstrar seus benefícios baseados em evidências científicas.

Sobre a duração do segundo estágio de trabalho de parto, a principal limitação ao analisar os estudos é a diferença utilizada na definição de segundo estágio prolongado. Alguns estudos consideram mais de 90 minutos e outros consideram mais de 2 ou 3 horas para multíparas e nulíparas, respectivamente. O estudo mais robusto apresentado, sugere que um período expulsivo prolongado estaria associado a piores desfechos em relação a lacerações perineais, mas este

mesmo estudo não define o que foi considerado segundo estágio prolongado, dificultando, assim, a análise. Apesar das divergências na literatura, o desenvolvimento do novo partograma baseado em curvas, e não em retas, desenvolvido por Zhang et al em 2015 tem auxiliado o acompanhamento do trabalho de parto, evitando assim, intervenções desnecessárias. Com isso, sabe-se que se há garantia de segurança para a parturiente e o feto, não há limite pré-estabelecido para a duração do primeiro ou segundo estágios do trabalho de parto, considerando que ainda não há evidências que concluam que essa duração prolongada esteja diretamente associada a desfechos adversos, incluindo lacerações perineais graves.

Existe uma grande controvérsia em relação às técnicas de proteção perineal avaliadas – massagem, compressas quentes e episiotomia - visto que por si só já podem ser consideradas intervenções no processo de parto, classicamente consideradas na técnica “*hands on*”. Além disso, sabe-se que a não realização de episiotomia já aumenta as chances de períneo íntegro, uma vez que toda episiotomia é uma laceração de 2º grau (17). Apesar de a massagem perineal no período expulsivo ser uma recomendação com nível B de evidência e a aplicação de compressas quentes no períneo com nível A de evidência na redução de lacerações de 3º e 4º grau (4) é importante ressaltar que não houve diferença significativa dessas técnicas quando comparadas a técnica ‘*hands off*’ (sem as mãos), ou seja, sem intervenções, na ocorrência de períneo íntegro. Além disso, devemos notar que os cenários envolvidos na aplicação de técnicas como compressas e massagens no períneo, eram, mais provavelmente, o ambiente hospitalar, local onde há mais intervenções e equipes menos experientes em acompanhar fisiologicamente a evolução do parto normal, com necessidade de atuar de alguma forma, mesmo em situações em que não haveria necessidades evidentes. Por fim, a decisão sobre o uso dessas técnicas deve ser individualizada, considerando o quadro clínico, a real necessidade de intervenção, o conforto da gestante e a experiência da equipe obstétrica.

5. CONCLUSÕES

Baseados nos resultados de vários estudos, formulamos as seguintes conclusões e recomendações:

A análise dos fatores que influenciam as lacerações perineais durante o trabalho de parto, incluindo a analgesia peridural, a posição materna no período expulsivo, a duração do segundo estágio do trabalho de parto e as técnicas de proteção perineal, revela uma complexa interação de variáveis que devem ser cuidadosamente consideradas na prática obstétrica para melhorar os resultados maternos e fetais.

No que diz respeito à analgesia peridural, a literatura sugere que seu impacto sobre as lacerações perineais graves não é tão direto quanto se imaginava. Estudos recentes, incluindo meta-análises e revisões de alta qualidade, indicam que, embora a anestesia peridural esteja associada ao aumento de partos instrumentais, não há evidências robustas de que seja um fator determinante para o aumento das lacerações perineais de 3º e 4º graus, particularmente em comparação com o risco de laceração em partos não instrumentalizados. Além disso, o benefício de uma analgesia peridural no que se refere à redução de lesões graves permanece controverso, com alguns estudos sugerindo que ela pode até reduzir o risco de laceração em partos instrumentais, especialmente quando há uma descida mais controlada do feto.

Quanto à posição no período expulsivo, a posição de litotomia, embora amplamente utilizada em ambientes hospitalares pela conveniência para a equipe médica, parece estar associada a um maior risco de lacerações perineais graves, especialmente em mulheres nulíparas, assim como a posição de agachamento, sendo esta última demonstrada em um dos estudos observacionais selecionados. Posições verticalizadas, como a posição de pé ou lateral, reduzem o risco de lesões perineais graves e a necessidade de episiotomia, destacando a importância da mobilidade materna e da escolha de posições confortáveis durante o parto. No entanto, os efeitos dessas posições sobre a incidência de lacerações de terceiro e quarto grau ainda não são conclusivos e carecem de mais estudos para uma compreensão definitiva. Desta maneira, a recomendação de liberdade de escolha da posição de parir parece ser mais efetiva do que determinar uma posição específica.

A duração prolongada do segundo estágio do trabalho de parto, especialmente em partos com analgesia peridural, tem sido associada a um risco maior de lacerações

perineais graves. Este fator se torna ainda mais importante em contextos de primiparidade e em partos com fetos de peso elevado. Deve se recomendar que a parturiente se sinta confortável e a vitalidade fetal esteja assegurada, sem motivo para estabelecer limites rígidos para a duração da primeira e da segunda fase do parto.

Dados mais atuais, que corroboram para a redução de intervenções, apontam contra o uso da episiotomia. Esta técnica não é uma solução eficaz para prevenir lacerações mais extensas, e não há benefícios no seu uso nem em casos selecionados.

A massagem perineal demonstrou reduzir a incidência de lacerações graves, particularmente no contexto de partos com analgesia peridural, enquanto o uso de compressas quentes não apresentou benefícios claros.

Apesar da grande divergência na literatura sobre este tema, e da ausência de evidências robustas que suportem que técnica “hands on” seja superior a técnica “hands off”, ou seja, sem manipulação alguma no períneo, a massagem ainda é, atualmente, recomendada pela American College of Obstetricians and Gynecologists com nível B de evidência quando aplicada no segundo estágio do trabalho de parto para redução de lacerações extensas (3º e 4º graus)(4).

Por fim, determinar melhor os fatores de modificáveis intraparto para reduzir o trauma perineal no parto vaginal pode contribuir para melhorar a assistência, evitar intervenções desnecessárias e prejudiciais e ajudar a garantir respeito às mulheres e pessoas que estão em trabalho de parto. É importante investir na elucidação de possíveis inseguranças e dúvidas das pacientes em relação às evidências científicas de cada uma das intervenções durante a assistência ao parto normal, desfecho que garante mais confiança na equipe, desmistificando o medo cultural do parto vaginal.

6. REFERÊNCIAS:

1. Rudey EL, Leal MC, Rego G. Cesarean section rates in Brazil. **Medicine**. 2020 Apr;99(17):e19880. doi: 10.1097/MD.00000000000019880.

2. 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.
3. Thubert T, Cardaillac C, Fritel X, Winer N, Dochez V. Définitions, épidémiologie et facteurs de risque des lésions périnéales du 3e et 4e degrés. RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2018;46(10):752-759.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin No. 198: Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. **Obstet Gynecol**. 2018 Sep;132(3):e87-e102.
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The management of third- and fourth-degree perineal tears. Green-top guideline no. 29. 2015. NICE accredited.
6. Amorim M, et al. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. **Reprod Health**. 2017;14:55.
7. Langer B, Minetti A. Immediate and long-term complications of episiotomy. **J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)**. 2006;35(1 Suppl):1S59-67.
8. 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;248:104-113.
9. Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. **Cochrane Database Syst Rev**. 2018 May 21;5(5):CD000331. doi: 10.1002/14651858.CD000331.pub4.
10. MacDougall M, Waugh J, Morland D. Epidural analgesia may be protective against third and fourth degree perineal trauma. **Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed**. 2011;96(Suppl 1):Fa75-6.
11. Elvander C, Ahlberg M, Thies-Lagergren L, et al. Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population-based study of 113,000 spontaneous births. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2015;15:252.
12. Walker C, Rodriguez T, Herranz A, Espinosa JA, Sanchez E, Espuña-Pons M. Alternative model of birth to reduce the risk of assisted vaginal delivery and perineal trauma. **Int Urogynecol J**. 2012;23:1249-56.

13. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **Cochrane Database Syst Rev.** 2017 May 25;5(5):CD002006. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub4.
14. Walker KF, Kibuka M, Thornton JG, Jones NW. Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. **Cochrane Database Syst Rev.** 2018 Nov 9;11(11):CD008070. doi: 10.1002/14651858.CD008070.pub4.
15. Gottvall K, Allebeck P, Ekéus C. Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. **BJOG.** 2007;114(10):1266-72.
16. Familiari A, Neri C, Passananti E, et al. Maternal position during the second stage of labor and maternal-neonatal outcomes in nulliparous women: a retrospective cohort study. **AJOG Glob Rep.** 2023 Jan 17;3(1):100160. doi: 10.1016/j.xagr.2023.100160.
17. Montenegro CAB, Rezende-Filho J. **Rezende Obstetrícia.** 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan/Gen; 2020.
18. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews.** 2013, Issue 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.
19. Simic M, Cnattingius S, Petersson G, et al. Duration of second stage of labor and instrumental delivery as risk factors for severe perineal lacerations: population-based study. **BMC Pregnancy Childbirth.** 2017;17:72.
20. Laughon SK, Berghella V, Reddy UM, Sundaram R, Lu Z, Hoffman MK. Neonatal and maternal outcomes with prolonged second stage of labor. **Obstet Gynecol.** 2014 Jul;124(1):57-67. doi: 10.1097/AOG.0000000000000278.
21. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. **Cochrane Database of Systematic Reviews.** 2013, Issue 4. Art. No.: CD005123. DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub3.
22. Bulchandani S, Watts E, Sucharitha A, Yates D, Ismail KM. Manual perineal support at the time of childbirth: a systematic review and meta-analysis. **BJOG.** 2015;122:1157-65.
23. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. **Cochrane Database**

of Systematic Reviews. 2017, Issue 6. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub3.

24. Okeahialam NA, Sultan AH, Thakar R. The prevention of perineal trauma during vaginal birth. **American Journal of Obstetrics & Gynaecology**. 2024;131(10):e1459–e1468.
25. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. **J Midwifery Womens Health**. 2005;50:365-72.
26. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database Syst Rev**. 2017 Feb 8;2(2):CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub3.
27. Amorim M, et al. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. **Reprod Health**. 2017;14:55.
28. Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, Friedman S, Muñoz A. Pelvic floor disorders after vaginal birth. **Obstet Gynecol**. 2012 Feb;119(2 Pt 1):233-9.
29. World Health Organization. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
30. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. **Obstetrícia de Williams**. 23. ed. Porto Alegre: Artmed-McGraw-Hill; 2012.
31. Gurol-Urganci I, Cromwell D, Edozien L, et al. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. **BJOG**. 2013;120(12):1516-25.
32. Abdelhakim AM, Eldesouky E, Elmagd IA, et al. Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Int Urogynecol J** 2020;31:1735–45..