

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

JÂNIO DO NASCIMENTO ALVES

**EFETIVIDADE DO USO DE COMPRESSAS MORNAS, MASSAGEM PERINEAL E  
*HANDS OFF* DURANTE O SEGUNDO PERÍODO DO PARTO, NOS DESFECHOS  
PERINEAIS.**

RECIFE|2016

JÂNIO DO NASCIMENTO ALVES

EFETIVIDADE DO USO DE COMPRESSAS MORNAS, MASSAGEM PERINEAL E  
*HANDS OFF* DURANTE O SEGUNDO PERÍODO DO PARTO, NOS DESFECHOS  
PERINEAIS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito à obtenção do título de Mestre em Fisioterapia.

**Linha de pesquisa:** Instrumentação e intervenção fisioterapêutica

Orientadora:

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Caroline Wanderley Souto Ferreira

Coorientadoras:

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Andrea Lemos Bezerra de Oliveira

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Melania Maria Ramos de Amorim

Ficha catalográfica elaborada pela  
Bibliotecária Susyleide Gomes de Brito, CRB4-1141

A474e Alves, Jânio do Nascimento.  
Efetividade do uso de compressas normas, massagem perineal e hands off durante o segundo período do parto, nos desfechos perineais / Jânio do Nascimento Alves. – 2016.  
82 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Caroline Wanderley Souto Ferreira.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia. Recife, 2016.  
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Proteção. 2. Lesões. 3. Dor. 4. Diafragma da pelve. 4. Parto normal. I. Ferreira, Caroline Wanderley Souto (Orientadora). II. Título.

615.8 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2017-018)

**“EFETIVIDADE DO USO DE COMPRESSAS MORNAS, MASSAGEM PERINEAL E *HANDS OFF* DURANTE O SEGUNDO PERÍODO DO PARTO, NOS DESFECHOS PERINEAIS.”**

**JÂNIO DO NASCIMENTO ALVES**

**APROVADO EM: 30/09/2016**

**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. CAROLINE WANDERLEY SOUTO FERREIRA  
COORIENTADORAS: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. ANDREA LEMOS BEZERRA DE OLIVEIRA  
PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. MELANIA MARIA RAMOS DE AMORIM**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

---

**PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. GISELA ROCHA DE SIQUEIRA – FISIOTERAPIA/UFPE**

---

**PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. CYDA MARIA ALBUQUERQUE REINAUX – FISIOTERAPIA/UFPE**

---

**PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. VALERIA CONCEIÇÃO PASSOS DE CARVALHO –  
FISIOTERAPIA/UNICAP**

**Visto e permitida a impressão**

---

**Coordenadora do PPGFISIOTERAPIA/DEFISIO/UFPE**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por tudo, pois sem ele não alcançaria os objetivos almejados.

Aos meus pais Inácio Alves e Dorinha do Nascimento, por me darem todo amor que há nessa vida, e por ajudar a tornar mais um sonho possível.

Aos meus irmãos Jairo Alves e Jailton Alves, por mesmo longe estarem sempre presentes em minha vida.

À minha esposa Francly Marques, pelo companheirismo durante essa jornada e ao meu filho Bruno Marques do Nascimento, finalidade maior de minhas conquistas.

A minha orientadora Caroline Wanderley, e co-orientadoras Andrea Lemos e Melania Amorim, pela dedicação, paciência, pelos conhecimentos passados e por serem exemplos para mim.

À Dona Socorro Marques pelo apoio, incentivo, e por se alegrar comigo por essa conquista.

À Lais Sousa pela participação nessa pesquisa.

À Yully Carmen, Rebeca Lacerda, Josinete Ernesto, Amara Martins, Joelza Guerra, Stephanie Brito e Idalina Delmiro pela participação na coleta dos dados.

Aos obstetras Cláudia Bianka Manhães e Luciano Martins e todos os médicos residentes do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) pela participação fundamental nesse trabalho.

À direção do ISEA, especialmente Antônio Henriques, Marta Albuquerque, Lúcia Ribeiro, Anna Karenina, Ana Luísa e Fabíola Gomes, por abrirem as portas da instituição para a realização da pesquisa.

Ao pastor Pedro Silva por me oferecer sua casa e biblioteca durante a estadia em Recife, permitindo um engrandecimento cultural. Agradeço ainda à Elilde Lima, Asaph Mendes, e Caleb Benjamin, e Dannyel Oliveira amigos que o Recife me deu.

À Niége Melo e Rafael Braz pela acessibilidade irrestrita.

Aos colegas do mestrado, pela amizade e ajuda.

À Maíra Belo, pela contribuição desde o início dessa trajetória.

À Ítalo Moraes, pelo prestimoso auxílio.

À Adriano Santos, pela colaboração fundamental no término desse trabalho.

À Gabriela Mota, coordenadora do curso de fisioterapia da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (FCM), pelo apoio e compreensão, aos ex-coordenadores Luciana Vaz e Sandro Manguiera, pelo apoio.

À Juliana Pedrosa, coordenadora do curso de fisioterapia da Faculdade de Integração do Sertão (FIS), pela compreensão.

À professora Cyda Reinaux, pela colaboração crucial.

Às parturientes que participaram dessa pesquisa, pois sem elas a mesma não seria possível.

“Há um tempo em que é preciso  
Abandonar as roupas usadas  
Que já tem a forma do nosso corpo  
E esquecer os nossos caminhos que  
Nos levam sempre aos mesmos lugares  
É o tempo da travessia  
E se não ousarmos fazê-la  
Teremos ficado para sempre  
À margem de nós mesmo”

Fernando Pessoa

## RESUMO

---

**Introdução:** lesões no trato genital após o parto trazem prejuízos em curto e longo prazo para a saúde da mulher, portanto, estratégias de proteção perineal durante o período expulsivo precisam ser investigadas. **Objetivo:** Comparar a efetividade do uso de massagem perineal, compressas mornas e *hands off* durante o período expulsivo nos desfechos perineais em curto prazo. **Métodos:** Trata-se de um ensaio clínico randomizado controlado piloto envolvendo 55 parturientes, no período de abril de 2015 a julho de 2016. Um grupo foi submetido à aplicação de compressas mornas na região do períneo, outro grupo recebeu massagem perineal e um terceiro grupo não recebeu nenhuma intervenção (*hands off*). As características basais dos três grupos foram comparadas pelo teste de Anova ou Kruskal-Wallis, dependendo do teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov). O Risco Relativo (RR) dos preditores teve sua significância estatística determinada pelo teste Qui-quadrado de Wald. Adotou-se um nível de significância de 5%. **Resultados:** Não houve diferenças entre os grupos em nenhum desfecho avaliado. Risco de laceração perineal: massagem perineal x *hands off* (RR 1,64, IC(95%) 0,49 a 5,54), compressas mornas x *hands off* (RR 0,95, IC(95%) 0,24 a 2,75) e compressas mornas x massagem perineal (RR 0,58, IC(95%) 0,16 a 2,19). Grau de laceração ou necessidade de sutura: massagem perineal x *hands off* (RR 0,96, IC(95%) 0,5 a 1,84), compressas mornas x *hands off* (RR 0,85, IC(95%) 0,45 a 1,63) e compressas mornas x massagem perineal (RR 0,89, IC(95%) 0,43 a 1,85). Edema perineal na primeira hora pós-parto ou dor perineal 24 horas após o parto. O uso de analgésicos: massagem perineal x *hands off* (RR 1,21, IC(95%) 0,84 a 1,75), compressas mornas x *hands off* (RR 0,85, IC(95%) 0,16 a 5,61) e compressas mornas x massagem reflexa (RR 0,39, IC(95%) 0,08 a 1,83). Dor perineal ou satisfação com a técnica utilizada. **Conclusão:** Nesse estudo piloto o uso das estratégias de proteção perineal estudadas não alterou os desfechos perineais.

**Palavras-chave:** Proteção. Lesões. Dor. Diafragma da Pelve. Parto Normal.

## ABSTRACT

---

**Introduction:** woman who suffered from lesions, in the genital tract, during childbirth can develop problems in the short and long term; because of this, perineal protection strategies during the second stage of labor need to be investigated. **Objective:** to compare the effectiveness of the use of perineal massage, warm compresses and hands off during the second stage of labor in perineal outcomes. **Methods:** A pilot randomized controlled trial involving 55 pregnant women in the period from April 2015 to July 2016. The subjects were randomized into three groups of approach: in one was used warm compresses in the perineal area, the second received perineal massage and the third had hands off. The baseline characteristics of the three groups were compared depending by Anova test or Kruskal-Wallis depending on their normality test outcome by Kolmogorov-Smirnov test. The relative risk (RR) of the predictors had their statistical significance determined by Chi-Test square Wald. It was accepted a significance level of 5%. **Results:** there were no differences among groups in any outcome of this research. The risk of perineal laceration: perineal massage x hands off (RR 1.64, CI(95%) 0.49 to 5.54), warm compresses x hands off (RR 0.95, CI(95%) 0.24 to 2.75) and warm compresses x perineal massage (RR 0,58, CI(95%) 0,16 to 2,19). Need for suturing: perineal massage x hands off (RR 0.96, CI(95%) 0.5 to 1.84), warm compresses x hands off (RR 0.85, CI(95%) 0.45 to 1.63) and warm compresses x perineal massage (RR 0,89, CI(95%) 0,43 to 1,85). Perineal edema in the first postnatal hour and perineal pain 24 hours postnatal.. The use of analgesics: perineal massage x hands off (RR 1.21, CI(95%) 0.84 to 1.75), warm compresses x hands off (RR 0.85, CI( 95%) 0.16 to 5.61) and warm compresses x perineal massage (RR 0,39, CI(95%) 0,08 to 1,83), as well as perineal pain and satisfaction with the technique. **Conclusion:** perineal massage, warm compresses or hands of, during the second stage of labor, do not change perineal outcomes.

**Key Words:** Protection. Injuries. Pain. Pelvic Floor. Delivery.

## FIGURAS

---

	<b>Pag.</b>
<b>Figura 1.</b> Fluxograma de captação e acompanhamento das participantes.	29
<b>Figura 2.</b> Escala visual analógica – EVA usada para aferir o escore da dor.	35
<b>Figura 3.</b> Escala de faces para avaliação da satisfação da puérpera com o tratamento.	36

## TABELAS

---

	Pag.
<b>Tabela 1.</b> Características das mulheres submetidas à estratégia de proteção perineal durante o segundo período do parto, no ISEA, Campina Grande – PB.	62
<b>Tabela 2.</b> Características obstétricas e dos conceitos das mulheres submetidas à estratégia de proteção perineal durante o segundo período do parto, no ISEA, Campina Grande – PB.	63
<b>Tabela 3.</b> Risco de lacerações perineais em mulheres submetidas à estratégia de proteção perineal durante o segundo período do parto, no ISEA, Campina Grande – PB.	64
<b>Tabela 4.</b> Grau de laceração perineal em mulheres submetidas à estratégia de proteção perineal durante o segundo período do parto, no ISEA, Campina Grande – PB.	64
<b>Tabela 5.</b> Necessidade de sutura em mulheres submetidas à estratégia de proteção perineal durante o segundo período do parto, no ISEA, Campina Grande – PB.	65
<b>Tabela 6.</b> Edema perineal na primeira hora pós-parto em mulheres submetidas à estratégia de proteção perineal durante o segundo período do parto, no ISEA, Campina Grande – PB.	65
<b>Tabela 7.</b> Dor perineal 24 horas após o parto em mulheres submetidas à estratégia de proteção perineal durante o segundo período do parto, no ISEA, Campina Grande – PB.	66
<b>Tabela 8.</b> Uso de analgésicos em mulheres submetidas à estratégia de proteção perineal durante o segundo período do parto, no ISEA, Campina Grande – PB.	66
<b>Tabela 09.</b> Satisfação com a técnica utilizada em mulheres submetidas à estratégia de proteção perineal durante o segundo período do parto, no ISEA, Campina Grande – PB.	67

## **SIGLAS ABREVIações E SÍMBOLOS**

---

<b>EAE</b>	Esfíncter anal externo
<b>EVA</b>	Escala visual analógica
<b>IMC</b>	Índice de massa corpórea
<b>ISEA</b>	Instituto de Saúde Elpídio de Almeida
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>RR</b>	Razão de risco
<b>TCLE</b>	Termo de consentimento livre e esclarecido
<b>UTI</b>	Unidade de terapia intensiva

## SUMÁRIO

---

<b>1. APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>3. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>23</b>
<b>4. HIPÓTESES.....</b>	<b>24</b>
4.1. DESFECHOS PRIMÁRIOS.....	24
4.2. DESFECHOS SECUNDÁRIOS.....	24
<b>5. OBJETIVOS.....</b>	<b>25</b>
5.1. OBJETIVO GERAL.....	25
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
<b>6. MÉTODOS.....</b>	<b>26</b>
6.1. TIPO DE ESTUDO.....	26
6.2. LOCAL DO ESTUDO.....	26
6.3. PERÍODO DE COLETA DE DADOS.....	26
6.4. POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	26
6.5. AMOSTRA.....	26
<b>6.5.2. Amostragem.....</b>	<b>26</b>
6.6. CRITÉRIOS E PROCEDIMENTOS PARA SELEÇÃO DAS	

PARTICIPANTES.....	27
<b>6.6.1. Critérios de Inclusão.....</b>	<b>27</b>
<b>6.6.2. Critérios de Exclusão.....</b>	<b>27</b>
<b>6.6.3. Procedimento para Captação e Acompanhamento das Participantes.....</b>	<b>27</b>
6.6.3.1. Seleção da amostra.....	27
6.6.3.2. Procedimentos para randomização.....	28
6.7. FLUXOGRAMA DE CAPTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS PARTICIPANTES.....	29
6.8. VARIÁVEIS DE ANÁLISE.....	30
<b>6.8.1. Variável Independente.....</b>	<b>30</b>
<b>6.8.2. Variáveis Dependentes.....</b>	<b>30</b>
6.8.2.1. Desfecho primário.....	30
6.8.2.2. Desfechos secundários.....	30
6.8.2.3. Variáveis descritivas.....	30
6.9. DEFINIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DE TERMOS, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO, E VARIÁVEIS.....	31
<b>6.9.1. Termos.....</b>	<b>31</b>
<b>6.9.2. Critérios de Inclusão.....</b>	<b>31</b>

<b>6.9.3. Critérios de Exclusão.....</b>	<b>31</b>
<b>6.9.4. Variáveis do Estudo.....</b>	<b>32</b>
6.10. PROCEDIMENTOS, TESTES, TÉCNICAS E EXAMES.....	33
<b>6.10.1. Avaliação das Lacerações Perineais.....</b>	<b>34</b>
<b>6.10.2. Avaliação do Edema Perineal.....</b>	<b>35</b>
<b>6.10.3. Avaliação da Dor Perineal.....</b>	<b>35</b>
<b>6.10.4. Uso de Analgesia Medicamentosa nas primeiras 24 horas após o parto.....</b>	<b>36</b>
<b>6.10.5. Avaliação da Satisfação da Puérpera.....</b>	<b>36</b>
6.11. CRITÉRIOS PARA DESCONTINUAÇÃO DO USO OU DO ESTUDO.....	36
6.12. COLETA DE DADOS.....	37
<b>6.12.1. Instrumentos para Coleta de Dados.....</b>	<b>37</b>
6.13. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	37
6.14. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	37
<b>7. RESULTADOS.....</b>	<b>39</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>40</b>
8.1 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.....	40
8.2 IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA.....	40

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>45</b>
<b>APÊNDICE A – EFETIVIDADE DE ESTRATÉGIAS DE PROTEÇÃO PERINEAL NOS DESFECHOS PERINEAIS DURANTE O SEGUNDO PERÍODO DO PARTO: UM ESTUDO RANDOMIZADO CONTROLADO PILOTO.....</b>	<b>46</b>
<b>APÊNDICE B – LISTA DE CHECAGEM.....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESPONSÁVEIS POR MENORES DE 18 ANOS.....</b>	<b>71</b>
<b>APÊNDICE E – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>74</b>
<b>APÊNDICE F – TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE.....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE G – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO.....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>81</b>

## 1. APRESENTAÇÃO

Essa dissertação pertence a linha de pesquisa “Instrumentação e intervenção fisioterapêutica” do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Um dos objetivos dessa linha de pesquisa é estudar, em nível individual e coletivo, os métodos e recursos que são utilizados durante intervenções fisioterapêuticas envolvendo desde a prevenção, avaliação e tratamento de disfunções orgânicas, analisando também a influência de fatores de risco para a ocorrência de doenças.

Dentro dessa perspectiva, a dissertação teve como principal objetivo comparar a efetividade do uso de massagem perineal, compressas mornas e *hands off* durante o segundo período do parto nos desfechos perineais. Essas estratégias de proteção perineal visam prevenir morbidades ao assoalho pélvico tanto em curto como em longo prazo.

Em cumprimento as normas do supracitado Programa de Pós-Graduação, os resultados dessa dissertação serão apresentados em formato do artigo original “Efetividade de estratégias de proteção perineal nos desfechos perineais durante o segundo período do parto: um estudo randomizado controlado piloto”.

## 2. INTRODUÇÃO

O assoalho pélvico constitui um conjunto de estruturas que forram a cavidade inferior da pelve. Os músculos do assoalho pélvico são responsáveis, entre outras funções, pelo suporte dos órgãos pélvicos, continência urinária e fecal, e função na sexualidade da mulher (MESSELINK et al., 2005).

Durante o parto normal pode ocorrer trauma na região genital, seja através de episiotomia, seja através de lacerações espontâneas. A taxa de trauma genital tem uma variação de 49,7% a 90,24% (AMORIM et al., 2010; SANTOS et al., 2008). Apresenta diferença entre países, entre serviços e entre profissionais no mesmo serviço. Existem, também diferenças entre conceitos sobre quando considerar um períneo íntegro, dificultando uma precisão sobre a taxa (DAHLEN et al., 2007b; RENFREW et al., 1998).

O trauma genital está associado a maior morbidade no pós-parto. Como prejuízos, em curto prazo as lesões causam maior perda sanguínea, dor perineal, afetam a mobilidade interferindo em atividades, e limitando as posições durante a amamentação; em longo prazo, podem causar dor perineal persistente, dispareunia, fraqueza dos músculos do assoalho pélvico, resultando em prolapsos de órgãos pélvicos e incontinência urinária e/ou fecal (ALBERS et al., 2005, 2006; FLYNN et al., 1997; KLEIN et al., 1997; SCOTT, 2005).

Existem algumas situações que aumentam o risco de trauma genital no parto, como a nuliparidade, macrossomia fetal, mau posicionamento fetal, o parto instrumental, idade materna avançada, puxo dirigido e o uso rotineiro de episiotomia (ALBERS et al., 2006; BECKMANN; STOCK, 2013; MANZANARES et al., 2013).

É importante salientar que existem outros fatores que indiretamente podem interferir nos desfechos perineais do parto, alguns podendo ser controlados como o tipo de puxo e a posição adotada pela mulher no parto; como fatores não controlados, são apontadas as características intrínsecas teciduais da mulher (AASHEIM et al., 2011; ALBERS; BORDERS, 2007).

A episiotomia é o procedimento mais realizado em obstetrícia, consistindo em uma incisão no períneo para alargar o canal de parto. Durante anos acreditou-se que a episiotomia evitava lacerações perineais graves, reduzia a duração do período expulsivo, protegia a cabeça do feto contra a compressão da parede vaginal, evitava

hipoxia, e evitava incontinência urinária futura (HELEWA, 1997; ZANETTI et al., 2009).

Seu uso era feito de forma rotineira apesar de não existir evidências científicas que confirmassem seus benefícios. Porém uma revisão sistemática, publicada em 2008, mostrou que o uso restritivo da episiotomia traz mais benefícios que seu uso rotineiro, apontando como única desvantagem do uso restritivo um aumento de lacerações na parede anterior da vagina (CARROLI; BELIZAN, 2008).

O papel da episiotomia tem vários questionamentos, inclusive se existe realmente necessidade do seu uso no parto vaginal, pois as indicações não têm suporte científico. A prática desse procedimento pode, inclusive, predispor a lacerações perineais mais graves (AMORIM et al., 2010; CARROLI; BELIZAN, 2007; HELEWA, 1997). A episiotomia médio-lateral apresenta maior índice de dor e morbidade que a mediana, porém a mediana apresenta maiores riscos de lacerações de segundo e terceiro grau (FLYNN et al., 1997).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os casos em que a episiotomia deve ser considerada são: complicações no parto, como distócia de ombro, apresentação pélvica e parto instrumental; quando há cicatrizes de partos anteriores e em casos de sofrimento fetal. É importante salientar que a recomendação nesses casos é considerar a necessidade e não necessariamente realizar a episiotomia (OMS, 2002).

Apesar das evidências científicas condenarem o uso rotineiro de episiotomia, a América Latina apresenta taxas inaceitavelmente altas de realização desse procedimento. É amplamente utilizada em primíparas, embora a primiparidade não conste como recomendação para o seu uso. Um estudo nacional realizado no Brasil nos anos de 2011/2012 encontrou taxa de episiotomia de 53,5% (ALTHABE; BELIZÁN; BERGEL, 2002; LEAL et al., 2014; ZANETTI et al., 2009).

As lacerações espontâneas na região genital também aumentam a morbidade, principalmente as lesões mais extensas, devendo, portanto, ser tomadas medidas de prevenção (SANTOS et al., 2008).

O assoalho pélvico é composto por músculos estriados e como tal, apresenta o reflexo miotático, que consiste em um músculo realizar contração reflexa ao sofrer estiramento brusco (COELHO, 2007). Um período expulsivo rápido ativaria o reflexo miotático levando os músculos do assoalho pélvico a contraírem durante o

coroamento da cabeça fetal, não permitindo o relaxamento das fibras musculares e predispondo a lacerações.

As lacerações são classificadas em quatro graus. A laceração de primeiro grau acomete a mucosa vaginal e pele, sem comprometimento muscular; na laceração de segundo grau, além da pele e mucosa, ocorre comprometimento muscular com preservação do músculo esfíncter anal externo; a laceração de terceiro grau atinge o esfíncter anal externo e na laceração de quarto grau ocorre lesão da mucosa retal (BECKMANN; STOCK, 2013; COSTA; RIESCO, 2006; HOWARD et al., 2000).

As lacerações de primeiro grau muitas vezes não necessitam de sutura. Quando não atingem vasos ou não apresentam alterações anatômicas importantes, pode ser preferível o reparo espontâneo. A rafia na região perineal pode estar associada a dor, aumento do desconforto e interferir em atividades maternas, como a amamentação (ELHARMEEL et al., 2011; LUNDQUIST et al., 2000).

As lacerações perineais de terceiro e quarto grau são lesões graves, com pior prognóstico, devido a maior possibilidade de causar disfunções no assoalho pélvico no futuro, entre as quais a incontinência fecal. Deve-se, portanto tomar medidas de prevenção ao trauma genital no parto (PATEL et al., 2006; PHILLIPS; MONGA, 2005).

De fato, os escores de força muscular do assoalho pélvico seis meses após o parto são maiores quando a mulher tem o períneo conservado ou lacerações mínimas quando comparado àquelas que sofreram lesões perineais graves (LEEMAN et al., 2016).

A dor perineal, ausente após seis meses pós-parto em mulheres com períneo íntegro, pode persistir quando ocorre episiotomia ou lacerações de terceiro e quarto grau. A gravidade do trauma genital interfere também na função sexual, sendo a principal queixa a dispareunia, embora possam existir outras queixas como redução da libido e anorgasmia (MACARTHUR; MACARTHUR, 2004; RATHFISCH et al., 2010).

Além das lacerações perineais, outro fator limitante da atividade materna é o edema perineal, situação associada a dor e pouco estudada na literatura. Mesmo quando na ausência de lacerações, o edema perineal pode estar presente, sendo também de difícil avaliação por não haver escalas validadas (RIESCO; OLIVEIRA, 2008).

É possível reduzir a ocorrência e a gravidade do trauma genital em partos vaginais através do preparo durante a gravidez e mudanças na assistência ao período expulsivo, incluindo a restrição do uso da episiotomia e estratégias de proteção perineal. Reduzindo o trauma perineal há um ganho não apenas na integridade física, mas também em aspecto emocional, além de menor morbidade no pós-parto, e redução de custos com medicamentos, uma vez que a dor perineal terá menor duração (ALBERS et al., 2005; AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010; DAHLEN et al., 2007b).

Durante a gravidez a mulher pode realizar massagem perineal a partir de 35 semanas de gestação, realizada uma ou duas vezes por semana a massagem perineal pode reduzir o risco de traumas genitais (RR = 0.91, IC 95% 0.86 - 0.96) (BECKMANN; STOCK, 2013)

Existem várias técnicas de proteção perineal que podem ser utilizadas no período expulsivo. A manobra de Ritgen objetiva evitar a deflexão abrupta da apresentação fetal durante o período expulsivo, o obstetra coloca uma mão sobre a cabeça do feto controlando a velocidade de saída e a deflexão, enquanto mantém a outra mão aparando a região perineal (FAHAMI; SHOKOOHI; KIANPOUR, 2012). A manobra de Ritgen não reduziu o risco de lesões perineais graves em um ensaio clínico randomizado controlado envolvendo 1423 mulheres (RR = 1,24, IC 95% 0,78 – 1,96) (JÖNSSON et al., 2008).

O uso de compressas mornas durante o período expulsivo é uma estratégia de proteção perineal comum entre as parteiras, que as utilizam não apenas com objetivo de evitar trauma genital, mas também como método não farmacológico para alívio da dor durante a segunda fase do trabalho de parto. Consiste em aplicar compressa estéril, embebida em água morna e torcida, na região perineal durante o período expulsivo. Volta-se a encharcar a compressa em água morna durante os intervalos das contrações para manter a temperatura da compressa (DAHLEN et al., 2007; SANDERS; PETERS; CAMPBELL, 2005).

Fisiologicamente, a aplicação de calor local aumenta a capacidade de extensão do colágeno nos tecidos, aumentar o suprimento sanguíneo para a região, promover relaxamento da musculatura e analgesia. Os resultados dos estudos mostram que, além de reduzir a ocorrência de lacerações perineais graves, as mulheres que recebem proteção perineal com compressas mornas relatam menor

percepção de dor durante o período expulsivo (DAHLEN et al., 2007, 2009; FELICE; SANTANA, 2009).

A Biblioteca *Cochrane* (AASHEIM et al., 2011) publicou, em 2011, uma revisão sistemática com técnicas de proteção perineal, envolvendo dois estudos com 1525 mulheres. O uso de compressas mornas reduziu significativamente as lacerações de terceiro e quarto grau, quando comparado com *hands off* e grupos que não usaram compressas (RR = 0,48, IC 95% 0,28 – 0,84) (ALBERS et al., 2005; DAHLEN et al., 2007b).

A massagem perineal durante o parto, assim como o uso de compressas mornas, tem o objetivo de relaxar os músculos do períneo e aumentar o fluxo sanguíneo para a área favorecendo a flexibilidade dos tecidos. Acredita-se que massageando o períneo durante o período expulsivo seja possível promover relaxamento e alongamento da musculatura, evitando, dessa forma, o trauma genital (ALBERS et al., 2005; STAMP; KRUZINS; CROWTHER, 2001).

Na já citada revisão sistemática da Biblioteca *Cochrane* (AASHEIM et al., 2011), dois estudos sobre massagem perineal foram encontrados, envolvendo 2147 mulheres, relatando redução de lacerações perineais graves com a realização de massagem perineal intraparto quando comparado com a conduta de *hands off* (RR = 0,52, IC 95% 0,22 – 0,94) (ALBERS et al., 2005; STAMP; KRUZINS; CROWTHER, 2001).

O termo *hands off* significa não utilizar técnicas ativas de proteção perineal, nem qualquer outra manipulação do períneo como toques vaginais, ou manobras sobre a cabeça do feto para controlar a deflexão. Alguns autores afirmam que na técnica de *hands off* pode-se colocar pressão leve sobre a apresentação fetal, porém nenhum toque no períneo (DAHLEN, 2012; FOROUGHPOUR et al., 2011).

Um ensaio clínico aleatorizado, envolvendo 70 mulheres nulíparas, comprou as técnicas de *hands off* e *hands on* (intervencionista). Ainda que não tenha encontrado diferença nos resultados sobre lesões perineais graves entre as técnicas, o grupo que realizou *hands off* apresentou menor taxa de episiotomia (COSTA; RIESCO, 2006).

Resultado semelhante ao encontrado na revisão sistemática da *Cochrane* (AASHEIM et al., 2011), envolvendo dois estudos e 6547 mulheres, com redução significativa da taxa de episiotomia através da técnica de *hands off* (RR = 0,69, IC 95% 0,50 – 0,96) (MAYERHOFER et al., 2002; MCCANDLISH et al., 1998).

Há um estudo realizado com parteiras, com dados de 1211 partos, comparando as três estratégias de proteção perineal, o uso da compressa morna, massagem perineal intraparto e *hands off*. Os desfechos perineais dessa pesquisa não diferiram entre as técnicas (ALBERS et al., 2005).

Ainda há poucos estudos com bom desenho metodológico envolvendo as técnicas de proteção perineal, de forma que ainda se faz necessário produzir evidências sobre quais métodos são mais eficazes na proteção do trauma genital (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010).

Para a aplicação de uma técnica de proteção perineal é importante, não apenas a preferência e o conhecimento do profissional que assiste a parturiente em utilizar, mas também é importante a aceitação da mulher em receber o procedimento. A manipulação da região perineal durante o parto pode ser desagradável para algumas mulheres, evitando essas técnicas pode ser possível aumentar a satisfação (DAHLEN, 2012; STAMP; KRUZINS; CROWTHER, 2001).

Diante do exposto, procurou-se comparar a efetividade de técnicas de proteção perineal durante o período expulsivo nos desfechos perineais. Foram escolhidas as técnicas de compressas mornas, massagem perineal e *Hands off* por já serem rotineiramente utilizadas por alguns obstetras no local onde foi realizada a pesquisa. Baseado nos resultados das revisões sistemáticas supracitadas chegou a hipótese que o uso de compressas mornas seria mais efetivo nos desfechos perineais que a massagem perineal e que esta por sua vez seria mais efetiva que o *hands off*.

### 3. JUSTIFICATIVA

Durante o trabalho como fisioterapeuta em um centro de parto normal pude notar uma mudança de paradigma, a realização de episiotomia, que era de forma rotineira, passou a ser seletiva, ou até mesmo abolida por alguns obstetras. A abolição da episiotomia tornou-se motivo de críticas entre aqueles que defendiam o procedimento, o argumento mais corriqueiro era que a episiotomia protegia o assoalho pélvico de lesões perineais graves.

Essa discussão motivou a realização dessa pesquisa, pois, o argumento de evitar lesões espontâneas provocando uma lesão era contraditório, e a própria episiotomia pode aumentar o risco de lacerações perineais mais graves.

A busca de estratégias para conservar o assoalho pélvico intacto ou com lacerações mínimas no pós-parto, talvez possa evitar o risco de morbidades no pós-parto imediato e disfunções do assoalho pélvico em longo prazo. Dessa forma, reduziria gastos com fármacos analgésicos e com tratamentos cirúrgico e conservador para essas disfunções.

As evidências sobre as estratégias de proteção perineal ainda não estão bem estabelecidas, pois a literatura apresenta poucos estudos com uma boa abordagem metodológica. Os estudos realizados têm negligenciado ainda a satisfação da parturiente em receber as técnicas, aspecto importante na definição da estratégia a ser utilizada

O presente estudo propôs evidenciar, através de um ensaio clínico randomizado, se existem diferenças entre as técnicas de utilização de compressas mornas no períneo, massagem perineal e *hands off*, na redução de lacerações, necessidade de sutura em partos vaginais sem episiotomia, e se há diferença entre a satisfação da parturiente com as técnicas utilizadas.

## 4. HIPÓTESES

### 4.1 DESFECHOS PRIMÁRIOS

- O uso de compressas mornas durante o segundo período do parto é mais efetivo que a massagem perineal nos desfechos perineais.
- A massagem perineal é mais efetiva que a técnica de *hands off* nos desfechos perineais.

### 4.2 DESFECHOS SECUNDÁRIOS

O uso de compressas mornas durante o segundo período do parto é mais efetivo que a massagem perineal, que por sua vez é mais efetiva que *hands off*, na:

- Redução de lacerações perineais;
- Redução do edema perineal na primeira hora pós-parto;
- Redução da dor perineal 24 horas após o parto;
- Redução do uso de analgesia medicamentosa até 24 horas após o parto.
- Aumento a satisfação da mulher com o uso de proteção perineal durante o segundo período do parto.

## 5. OBJETIVOS

### 5.1 OBJETIVO GERAL

- Comparar a efetividade do uso de massagem perineal, compressas mornas e *hands off* durante o segundo período do parto nos desfechos perineais.

### 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Em parturientes que usaram compressas mornas, massagem perineal, e *hands off*, comparar:
  - Incidência de laceração do assoalho pélvico;
  - Grau de laceração do assoalho pélvico;
  - Incidência de necessidade de sutura
  - Edema perineal na primeira hora pós-parto
  - Dor perineal após 24 horas do parto
  - Uso de analgesia medicamentosa até 24 horas pós-parto
  - Satisfação da parturiente com o uso de proteção perineal no segundo período do parto

## **6. METODOLOGIA**

### **6.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um ensaio clínico randomizado e controlado piloto, registrado no *Clinical Trials Protocol Registration System* sob identificador NTC02588508.

### **6.2 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi realizado no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) em Campina Grande - PB. O ISEA é uma maternidade pública de referência no município, atende uma média de 500 partos por mês, dos quais 300 são partos vaginais.

O centro de parto normal consta de quatro suítes com dois ou três leitos, totalizando 10 leitos obstétricos, atendendo parturientes de risco habitual e alto risco de Campina Grande e cidades circunvizinhas, está em implementação de assistência humanizada ao parto e as parturientes são assistidas por equipe multidisciplinar com presença de fisioterapeuta utilizando recursos não farmacológicos para alívio da dor e condução do trabalho de parto. O hospital possui ainda UTI obstétrica e neonatal, enfermaria mãe canguru e Banco de Leite Humano.

### **6.3 PERÍODO DE COLETA DE DADOS**

A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril de 2015 a julho de 2016.

### **6.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO**

Foram envolvidas no ensaio clínico parturientes a termo (entre 37 e 42 semanas) em trabalho de parto que evoluíram para parto vaginal.

### **6.5. AMOSTRA**

#### **6.5.1 Amostragem**

Para este estudo piloto foi obtida uma amostra não probabilística, de conveniência, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão, de parturientes a termo no segundo período do trabalho de parto via vaginal no ISEA. As parturientes

elegíveis para o estudo foram randomizadas em três grupos: compressa morna, massagem perineal e *hands off*.

## 6.6 CRITÉRIOS E PROCEDIMENTOS PARA SELEÇÃO DAS PARTICIPANTES

### 6.6.1. Critérios de inclusão

- Parturientes em fase ativa de trabalho de parto
- Gestação de feto único e a termo (37 a 42 semanas)
- Apresentação fetal cefálica e fletida
- Paridade menor que três filhos

### 6.6.2. Critérios de exclusão

- Gestantes que tinham utilizado quaisquer técnicas de preparo perineal durante a gestação
- Parturientes com indicação clínica de cesárea

### 6.6.3. Procedimentos para captação e acompanhamento das participantes

#### 6.6.3.1. Seleção da amostra

Inicialmente os pesquisadores conversaram com os plantonistas que prestam assistência humanizada ao parto, sobre os objetivos e os procedimentos para realização da pesquisa. A coleta foi realizada durante os plantões dos obstetras que concordaram com a realização da pesquisa, ficando os mesmos responsáveis por aplicar a técnica de proteção perineal durante o segundo período do parto.

Foram selecionados seis alunos do curso de graduação em fisioterapia da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - FCM para participar como colaboradores do projeto, sendo capacitados sobre como fazer a captação das parturientes e os procedimentos para a coleta de dados, sendo denominados doravante como pesquisador A e o pesquisador principal denominado como pesquisador B.

O pesquisador A preencheu uma lista de checagem (APÊNDICE B) para identificar as parturientes que podiam ser incluídas na pesquisa. Na lista de

checagem constam os critérios de inclusão e exclusão. As parturientes aptas a participar da pesquisa foram então convidadas pelo pesquisador A.

Para minimizar as perdas, as parturientes só eram abordadas e randomizadas quando estavam com a dilatação avançada, igual ou maior que 08 centímetros.

Era realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C), e às participantes que desejaram e concordaram em participar, solicitou-se a assinatura do termo.

As parturientes foram alocadas pelo pesquisador B em três grupos. Em um grupo era utilizado compressas mornas no períneo durante o período expulsivo, em outro era realizado massagem perineal no período expulsivo e no terceiro, não era realizada nenhuma manipulação perineal, técnica conhecida como *hands off*. O pesquisador B acompanhava a parturiente durante o período expulsivo observando se a técnica a qual ela fora randomizada era aplicada corretamente.

As parturientes eram encorajadas a assumir posições verticais (sentada, cócoras, quatro apoios) durante o parto, evitando a posição de litotomia; as parturientes realizaram o puxo espontâneo, não sendo dirigido pelos profissionais; não foi utilizado pressão no fundo uterino durante o período expulsivo e o uso de ocitocina intraparto foi seletivo, sendo utilizado apenas quando realmente necessário. As parturientes não fizeram uso de analgesia farmacológica.

O pesquisador A, que não sabia em qual grupo as parturientes haviam sido randomizadas, realizou a avaliação após o parto, havendo, dessa forma, mascaramento do avaliador do desfecho.

#### 6.6.3.2. Procedimentos para randomização

A randomização foi realizada através de sorteio realizado previamente através do site [randomization.com](http://randomization.com), por um colaborador não envolvido na pesquisa.

Foram preparados envelopes opacos e lacrados enumerados sequencialmente contendo o grupo para o qual a participante seria randomizada. Os envelopes foram entregues ao pesquisador B apenas após captação da primeira participante da pesquisa, não sendo possível prever em qual grupo seria alocada, mantendo assim o sigilo de alocação, conforme fluxograma apresentado na Figura 1.

## 6.7. FLUXOGRAMA DE CAPTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS PARTICIPANTES

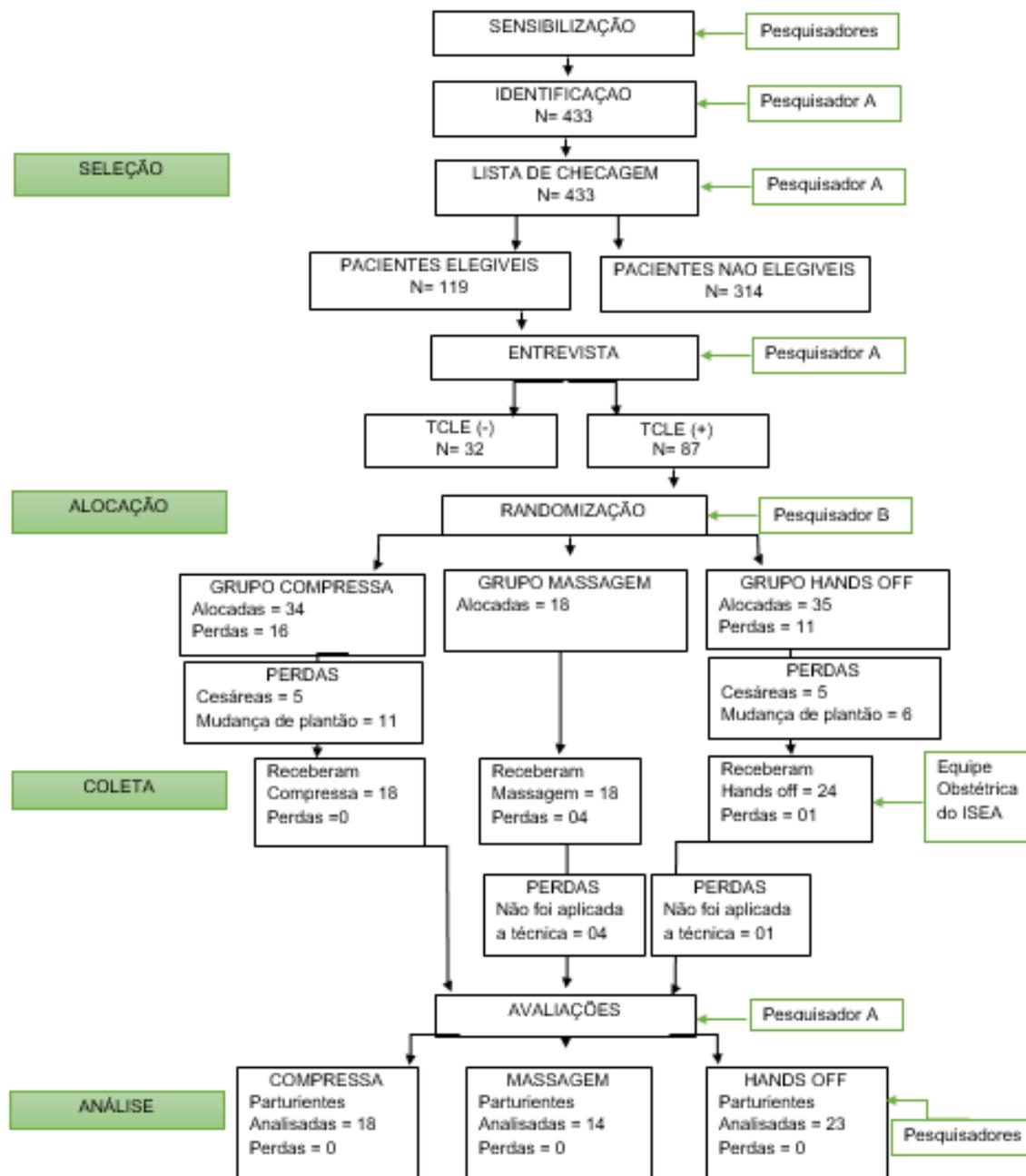


Figura 1. Fluxograma de captação e acompanhamento dos participantes

## 6.8. VARIÁVEIS DE ANÁLISE

### 6.8.1. Variáveis independentes

- Compressa morna
- Massagem perineal
- *Hands off*

### 6.8.2. Variáveis dependentes

#### 6.8.2.1. Desfecho primário:

- Laceração perineal.

#### 6.8.2.2. Desfechos secundários:

- Grau de laceração do assoalho pélvico
- Necessidade de sutura
- Edema perineal na primeira hora pós-parto
- Dor perineal após 24 horas do parto
- Duração do período expulsivo
- Uso de analgesia medicamentosa até 24 horas após o parto
- Satisfação da puérpera em relação ao uso de proteção perineal no segundo período do parto

#### 6.8.2.3. Variáveis descritivas:

- Idade materna (anos)
- Estatura materna (metros)
- Peso (quilos)
- IMC
- Estado civil
- Procedência
- Escolaridade
- Número de gestações
- Paridade
- Idade Gestacional

- Nível de atividade física
- Uso de ocitocina intraparto
- Duração do período expulsivo
- Parto instrumental
- Peso da criança ao nascer

## 6.9. DEFINIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DE TERMOS, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO, E VARIÁVEIS

### 6.9.1. Termos

- Compressa morna – compressa cirúrgica estéril dobrada, embebida em água morna para aplicar em parte do corpo com fins terapêuticos.
- Massagem perineal – manobra de manipulação dos músculos da região perineal com fins terapêuticos.
- *Hands off* – caracterizada por conduta expectante, sem manipulação da região perineal durante o período expulsivo,

### 6.9.2. Critérios de Inclusão

- Parturientes em fase ativa de trabalho de parto – gestantes em trabalho de parto na fase ativa de dilatação, correspondente há uma dilatação cervical mínima de seis centímetros e dinâmica uterina mínima de duas contrações em dez minutos.
- Feto único e a termo (37 a 42 semanas) – gestação com um único concepto, com idade gestacional calculada pela data da última menstruação, quando está for conhecida e confiável, ou por ultrassonografia realizada no primeiro trimestre gestacional.
- Apresentação fetal cefálica e fletida – quando a cabeça fetal com pescoço flexionado é a região que se insinua no estreito superior.
- Paridade menor que quatro filhos – quando a parturiente ainda não tiver ultrapassado a quantidade de três partos anteriores.

### 6.9.3 Critérios de Exclusão

- Parturientes que tenham utilizado quaisquer técnicas de proteção perineal durante a gestação – mulheres em trabalho de parto que durante a gestação tenham utilizado algum modo de preparo perineal para o parto.
- Parturientes com indicação clínica de cesárea – mulheres que, embora estejam em trabalho de parto, tenham alguma condição clínica que contraindique o parto por via vaginal.

#### **6.9.4 Variáveis do Estudo**

- Idade materna (anos) – variável numérica discreta, expressa em anos completos, conforme informação da parturiente, colhida durante entrevista.
- Estatura materna (metros) – variável numérica contínua, expressa em metros, conforme informação da parturiente, colhida durante a entrevista.
- Peso (quilos) – variável numérica contínua, expressa em quilos, conforme informação da parturiente, colhida durante entrevista.
- IMC – variável numérica contínua, representa o índice de massa corpórea da parturiente, obtida através do cálculo peso/altura<sup>2</sup>.
- Estado civil – variável categórica policotômica, representa a situação da parturiente em relação ao matrimônio, podendo ser solteira, casada, divorciada, viúva ou união estável.
- Procedência – variável categórica policotômica, indica a cidade onde a parturiente reside, podendo ser em Campina Grande, outras cidades da Paraíba ou outros estados.
- Escolaridade – variável categórica policotômica, representa os anos de estudos concluídos da parturiente, sendo categorizada em nenhuma, de um a três, de quatro a sete, de oito a 11, 12 e mais.
- Número de gestações – variável numérica discreta, correspondendo ao número de vezes que a parturiente engravidou, tendo vindo a termo ou não.
- Paridade - variável numérica discreta, representa a quantidade de partos anteriores, podendo ser até a quantidade de três partos, conforme critério de inclusão.
- Idade Gestacional – variável numérica contínua, calculada conforme definido nos critérios de inclusão.
- Nível de atividade física – variável categórica dicotômica, indica a prática de atividade física regular, com frequência mínima de três vezes por semana.

- Uso de ocitocina intraparto – variável categórica dicotômica, administração de ocitocina intravenosa antes do terceiro período de trabalho de parto.
- Parto instrumental – variável categórica dicotômica, corresponde ao uso de fórceps ou vácuo extrator durante o período expulsivo.
- Laceração perineal – variável categórica dicotômica, presença de laceração espontânea no trato genital decorrente do parto.
- Grau de laceração perineal – variável ordinal, quando houver presença de lacerações perineais, esta será classificada em: 1º grau, 2º grau, 3º grau, 4º grau.
- Necessidade de sutura – variável categórica dicotômica, indica se houve necessidade de rafia no períneo após o parto.
- Peso da criança ao nascer – variável numérica contínua, em gramas, corresponde ao peso ao nascer do neonato, registrado em prontuário médico.
- Edema perineal na primeira hora pós-parto – variável numérica ordinal, nível de edema perineal à inspeção na primeira hora após o parto, o escore varia de 0 a 4, sendo 0 a ausência de edema e 4 edema elevado.
- Dor perineal após 24 horas do parto – variável ordinal, corresponde ao escore de dor na região perineal, referida pela puérpera no período de 24 horas após o parto, será avaliada através de Escala Visual Analógica (EVA), com escore variando de 0 a 10, 0 corresponde a ausência de dor e 10 pior dor sentida.
- Uso de analgesia medicamentosa até 24 horas após o parto – variável categórica dicotômica, corresponde ao uso de analgesia medicamentosa no período até 24 horas após o parto, sendo considerado sim quando o uso ocorreu por real necessidade e quando o motivo da administração medicamentosa for devido a dor perineal.
- Satisfação da puérpera – variável categórica policotômica, indica a satisfação da puérpera com a técnica de proteção perineal utilizada no período expulsivo, será avaliada através da escala de faces, os escores variam de 0 a 4, variando entre muito insatisfeita a muito satisfeita.

#### 6.10. PROCEDIMENTOS, TESTES, TÉCNICAS E EXAMES

Nas parturientes que fizeram uso de compressas mornas, eram usadas compressas cirúrgicas estéreis mergulhadas em um balde de alumínio com água aquecida em chaleira elétrica Agratto®, com temperatura de 45°C, as compressas

eram retiradas da água e torcidas para retirar o excesso de água, sendo colocadas na região do períneo durante o período expulsivo. A água do recipiente era trocada quando a temperatura da água era menor que 42°C, a medição da temperatura da água era realizada com termômetro infravermelho Scantemp, da Incoterm® (DAHLEN et al., 2007b).

Quando o médico obstetra tinha a sensação que a compressa havia esfriado, repetia o processo da imersão da mesma em água morna, sendo utilizada a compressa durante todo o período expulsivo.

A massagem era realizada gentilmente no sentido longitudinal das fibras musculares, com movimentos do polegar e do indicador, tipo “contar cédulas”; com uso de vaselina líquida (LEMOS, 2014). A massagem era iniciada quando a apresentação atingia o plano +3 de DeLee, altura de três centímetros abaixo das espinhas isquiáticas e realizada enquanto durasse o período expulsivo com algumas pausas durante o processo, para que o obstetra repousasse o braço quando cansado.

As parturientes que eram alocadas no grupo de *hands off* não receberam nenhuma manipulação perineal. Apenas eram observadas durante o período expulsivo. Quando o desprendimento dos ombros não ocorria de forma espontânea, era realizada a manobra de tração, que consistia em segurar a cabeça fetal com ambas as mãos e realizar tração para abaixo até o desprendimento do ombro anterior e tração para cima para desprendimento de ombro posterior (COSTA; RIESCO, 2006).

A avaliação de lacerações e sua classificação, quando presente, foi realizada pelo médico obstetra que assistiu o parto. As demais avaliações, edema perineal na primeira hora pós-parto, dor perineal após 24 horas do parto, uso de analgesia medicamentosa até 24 horas após o parto e satisfação da puérpera, foram realizadas pelo pesquisador A, que não sabia para qual grupo a parturiente havia sido randomizada.

#### **6.10.1. Avaliação das lacerações perineais**

Quando presentes as lacerações foram classificadas em quatro graus de acordo com o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, conforme segue abaixo (FERNANDO et al., 2015):

- Lacerações de primeiro grau – lacerações que atingem a pele do períneo e mucosa vaginal, sem comprometimento muscular.
- Lacerações de segundo grau – lacerações onde ocorre comprometimento muscular, com preservação do músculo esfíncter anal externo (EAE).
- Lacerações de terceiro grau – lacerações que atingem o músculo EAE, sem atingir a mucosa retal.
- Lacerações de quarto grau – lacerações com lesão completa do músculo EAE, atingindo a mucosa retal.

### 6.10.2. Avaliação de edema perineal

O pesquisador A realizou inspeção da região vulvoperineal a procura de sinais de edema. Sendo o resultado do exame classificado em uma escala de 0 a 4 (MORAIS et al., 2016), conforme a seguir:

- 0 – não apresenta sinais de tumefação, hiperemia ou abaulamento em nenhuma região do períneo.
- 1 – apresenta sinais de edema apenas nos pequenos lábios.
- 2 – o edema se estende dos pequenos aos grandes lábios, inclusive com prejuízo de contornos e/ou simetria.
- 3 – sinais de edema abrangendo pequenos, grandes lábios e vestíbulo.
- 4 – o edema invade o corpo perineal.

### 6.10.3 Avaliação da dor perineal

O pesquisador A utilizou a escala visual analógica (EVA) (FIGURA 2), cuja escala varia de 0 que corresponde a ausência de dor, até o valor 10, correspondente a dor mais intensa já sentida (CHAPMAN et al., 1985).

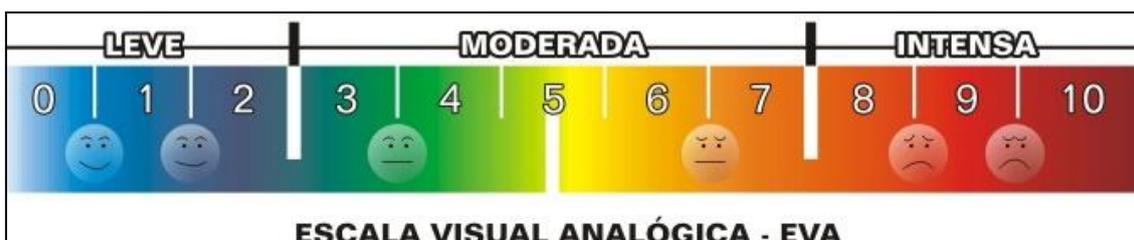


Figura 2: Escala visual analógica – EVA usada para aferir o escore da dor.

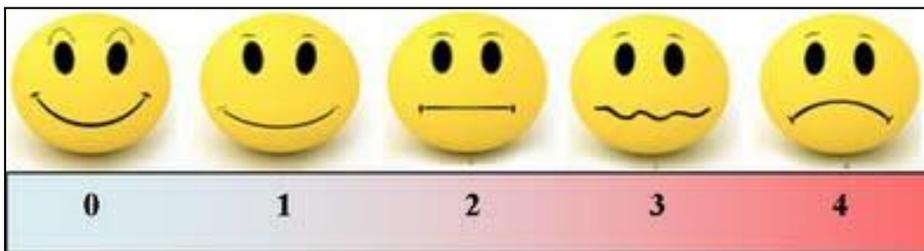
#### 6.10.4. Uso de analgesia medicamentosa nas primeiras 24 horas após o parto

Esse dado foi coletado no prontuário médico da puérpera e, caso tenha feito uso, a puérpera foi indagada se solicitou analgésico devido dor na região perineal.

#### 6.10.5. Avaliação da satisfação da puérpera

O examinador aplicou a escala de faces (FIGURA 3) para avaliar a satisfação da puérpera com a manobra de proteção perineal utilizada durante o período expulsivo (HODNETT, 2002). Sendo os escores explicados da seguinte forma:

- 0 – Muito satisfeita. Sentiu muito aliviada durante a realização da técnica.
- 1 – Satisfeita. Sentiu conforto com a estratégia de proteção ainda que leve.
- 2 – Pouco satisfeita. Não sentiu diferença entre fazer ou não fazer a técnica.
- 3 – Insatisfeita. Sentiu leve desconforto durante a técnica.
- 4 – Muito insatisfeita. Sentiu bastante incômodo.



**Figura 3: Escala de faces para avaliação da satisfação da puérpera.**

### 6. 11. CRITÉRIOS PARA DESCONTINUAÇÃO DO USO OU DO ESTUDO

Foram descontinuadas do estudo as parturientes que, uma vez incluídas, receberam indicação clínica para cesárea durante qualquer momento do trabalho de parto, seja na fase de dilatação ou durante o período expulsivo.

Também foram descontinuadas da pesquisa, as parturientes que tiveram seu trabalho de parto prolongado e vieram a parir em um outro plantão, onde os profissionais que assistiram o parto não utilizavam as técnicas propostas.

Importante ressaltar também a autonomia da parturiente, caso quisesse sair do estudo, independente da fase em que este se encontrava, seu desejo era atendido prontamente e sem questionamentos. Embora todos os procedimentos

utilizados têm uso descrito na literatura e sejam seguros, caso assim a parturiente o desejasse, seria descontinuado o uso da técnica e conseqüentemente do estudo.

## 6.12. COLETA DE DADOS

### 6.12.1. Instrumentos para coleta dos dados

Os dados foram coletados em um formulário (APÊNDICE G), constando as avaliações das variáveis dependentes. A quebra do sigilo de alocação só ocorria quando o formulário estava completamente preenchido.

## 6.13. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística foi realizada através do *software* IBM SPSS *Statistics* 22. Inicialmente foi criado um banco de dados no programa citado sendo, os dados, codificados para facilitar a análise.

Na análise descritiva, as variáveis numéricas foram apresentadas em média e desvio padrão e as variáveis categóricas em distribuição de frequências.

Para comparação das características basais dos três grupos dependendo do resultado do teste de Kolmogorov-Smirnov para a normalidade dos dados, foi utilizado teste de Anova ou Kruskal-Wallis.

O Risco Relativo (RR) dos preditores teve sua significância estatística determinada pelo Teste Qui-quadrado de Wald. Adotou-se um nível de significância de 5% a fim de minimizar erro do tipo I. A comparação entre os grupos de variáveis ordinais foi realizada pelo teste de Kruskal-Wallis, por trata-se de dados paramétricos, com mais de dois grupos e independentes. A análise dos dados foi realizada por um avaliador cego que recebeu os dados codificados.

## 6.14 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo atendeu as Normas para a Realização de Pesquisa em Seres Humanos e se dará de acordo com as diretrizes da Resolução n°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, resolução esta que aprova as pesquisas que

envolvem seres humanos, e baseia-se nos princípios básicos da bioética, que são: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

Antes de coletar os dados, o projeto foi submetido ao responsável da instituição onde os dados serão coletados. Após sua aprovação, o projeto foi submetido a apreciação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE e só teve início após a emissão do parecer favorável, sendo aprovado sob a CAAE: 42744515.1.0000.5208 (ANEXO A).

Os dados da pesquisa foram armazenados em computador próprio do pesquisador responsável, sendo acessados apenas pelos pesquisadores. O sigilo das participantes foi garantido, sendo os resultados expostos de forma anônima, conforme expresso no Termo de Compromisso e Confidencialidade (APÊNDICE F).

Para minimizar o risco de desconforto durante a aplicação da técnica de proteção perineal, a massagem foi realizada gentilmente e a temperatura das compressas mornas foi rigorosamente controlada.

Como pode ser constrangedor para as participantes expor o períneo para uma pessoa desconhecida, para minimizar o risco de constrangimento, a avaliação foi realizada em ambiente privativo e com a duração mínima necessária para a coleta dos dados.

O benefício dessa pesquisa foi assegurar a participante o uso de alguma estratégia de proteção perineal durante o período expulsivo, reduzindo o risco de traumas genitais.

As informações sobre a pesquisa estão expressas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Responsáveis por Menores de 18 Anos (APÊNDICE D e no termo de assentimento (APÊNDICE E), que foi assinado pelos participantes ou responsáveis, através do qual foram informados sobre os riscos e benefícios da pesquisa, como seriam ressarcidas caso fossem lesadas e tendo preservada sua participação voluntária e a liberdade de se retirar do estudo, antes, durante ou após a finalização da coleta de dados, sem riscos de qualquer penalidade.

Não há conflito de interesse nessa pesquisa. Os equipamentos utilizados nessa pesquisa foram adquiridos por financiamento próprio, sem qualquer outro patrocínio.

## 7. RESULTADOS

Os resultados estão apresentados no artigo original **Efetividade de estratégias de proteção perineal nos desfechos perineais durante o segundo período do parto: um estudo randomizado controlado piloto** (APÊNDICE A), a ser enviado para a revista *Complementary Therapies in Clinical Practice*.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desse estudo, observou-se que, o uso de *hands off*, massagem perineal ou compressas mornas não alteraram o risco de laceração perineal, grau de laceração, sutura perineal, edema perineal, a dor perineal, uso de analgésicos e a satisfação da parturiente.

### 8.1 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O profissional que assiste ao parto deve escolher, em comum acordo com a parturiente, a estratégia de proteção perineal durante o período expulsivo visando principalmente o conforto da mesma.

### 8.2 IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA

Esse estudo, por ser um piloto, permitiu identificar fatores que necessitam ser corrigidos na pesquisa. Portanto, baseado nas dificuldades encontradas, recomenda-se que estudos futuros sejam realizados em instituição onde a assistência humanizada ao parto seja realizada de rotina, para evitar perdas por mudança de plantão e reduzir o tempo necessário para a coleta. Recomenda-se ainda a utilização de randomização em blocos, garantindo números de participantes semelhantes entre os grupos.

Como pontos fortes desse estudo, pode-se citar o desenho metodológico utilizando randomização, sigilo de alocação e avaliadores cegos, o que permite resultados mais consistentes, evidenciando a efetividade das técnicas de proteção perineal nos desfechos estudados. Outro ponto importante foi verificar a satisfação da puérpera com a técnica utilizada, um tema que vem recebendo pouca relevância na literatura científica.

## REFERÊNCIAS

- AASHEIM, V. et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 12, p. 2–4, 2011.
- ALBERS, L. L. et al. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. **J Midwifery Womens Health**, v. 50, n. 5, p. 365–372, 2005.
- ALBERS, L. L. et al. Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. **Birth (Berkeley, Calif.)**, v. 33, n. 2, p. 94–100, jun. 2006.
- ALBERS, L. L.; BORDERS, N. Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 52, n. 3, p. 246–53, 2007.
- ALTHABE, F.; BELIZÁN, J. M.; BERGEL, E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 324, n. 7343, p. 945–6, 20 abr. 2002.
- AMORIM, M. M. R. DE et al. Assistência humanizada ao parto no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA): resultados maternos. **Revista Saúde & Ciência**, v. v. I, n. n. 1, p. 80–7, 2010.
- AMORIM, M. M. R. DE; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**, v. 38, n. 11, p. 583–91, 2010.
- BECKMANN, M. M.; STOCK, O. M. **Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. The Cochrane database of systematic reviews**, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23633325>>
- CARROLI, G.; BELIZAN, J. Episiotomy for vaginal birth (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, 2007.
- CHAPMAN, C. R. et al. Pain measurement: an overview. **Pain**, v. 22, n. 1, p. 1–31, 1985.
- COELHO, L. F. DOS S. O treino de flexibilidade muscular e o aumento da amplitude de movimento: uma revisão crítica da literatura. **Revista de Desporto e Saúde**, v. 4, n. 3, p. 61–72, 2007.
- COSTA, A. DE S. C. DA; RIESCO, M. L. G. A comparison of “hands off” versus “hands on” techniques for decreasing perineal lacerations during birth. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 51, n. 2, p. 106–11, 2006.
- DAHLEN, H. G. et al. An Australian prospective cohort study of risk factors for severe perineal trauma during childbirth. **Midwifery**, v. 23, n. 2, p. 196–203, jun. 2007a.
- DAHLEN, H. G. et al. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. **Birth (Berkeley, Calif.)**, v. 34, n. 4, p. 282–90, dez. 2007b.
- DAHLEN, H. G. et al. “Soothing the ring of fire”: Australian women’s and midwives’ experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. **Midwifery**, v. 25, n. 2, p. e39-48, abr. 2009.

- DAHLEN, H. G. Perineal warm compress reduces risk of third- and fourth- degree tears and should be part of second stage care. **Evidence-Based Nursing**, v. 15, n. 4, p. 103–4, out. 2012.
- DAHLEN, H. G. et al. Severe perineal trauma is rising, but let us not overreact. **Midwifery**, v. 31, n. 1, p. 1–8, 2015.
- FAHAMI, F.; SHOKOOHI, Z.; KIANPOUR, M. The effects of perineal management techniques on labor complications. **Iranian journal of nursing and midwifery research**, v. 17, n. 1, p. 52–7, jan. 2012.
- FERNANDO, R. J. et al. **The Management of Third and Fourth Degree Perineal Tears**. 29. ed. [s.l.] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015.
- FLYNN, P. et al. How can second-stage management prevent perineal trauma? Critical review. **Canadian Family Physician Médecin de Famille Canadien**, v. 43, p. 73–84, jan. 1997.
- FOROUGHIPOUR, A. et al. The effect of perineal control with hands-on and hand-poised methods on perineal trauma and delivery outcome. **Journal of research in medical sciences : the official journal of Isfahan University of Medical Sciences**, v. 16, n. 8, p. 1040–6, ago. 2011.
- HELEWA, M. E. Episiotomy and severe perineal trauma. Of science and fiction. **Can Med Assoc J**, v. 156, n. 6, p. 811–813, 1997.
- HODNETT, E. D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 186, n. 5 Suppl Nature, p. S160-72, maio 2002.
- HOWARD, D. et al. Differences in perineal lacerations in black and white primipara. **Obstet Gynecol**, v. 96, n. 4, p. 622–624, 2000.
- JÖNSSON, E. R. et al. Modified Ritgen's Maneuver for Anal Sphincter Injury at Delivery. **Obstetrics & Gynecology**, v. 112, n. 2, Part 1, p. 212–217, ago. 2008.
- KLEIN, M. C. et al. Determinants of vaginal-perineal integrity and pelvic floor functioning in childbirth. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 176, n. 2, p. 403–10, fev. 1997.
- LEAL, M. DO C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, 2014.
- LEEMAN, L. et al. NIH Public Access. **Birth**, v. 36, n. 4, p. 283–288, 2009.
- LEEMAN, L. et al. The Effect of Perineal Lacerations on Pelvic Floor Function and Anatomy at 6 Months Postpartum in a Prospective Cohort of Nulliparous Women. **Birth**, v. 43, n. 4, p. 293–302, dez. 2016.
- LEMOS, A. **Fisioterapia obstétrica baseada em evidências**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.
- LUNDQUIST, M. et al. Is it necessary to suture all lacerations after a vaginal delivery? **Birth (Berkeley, Calif.)**, v. 27, n. 2, p. 79–85, jun. 2000.
- MACARTHUR, A. J.; MACARTHUR, C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 191, n. 4, p. 1199–204, out. 2004.
- MANZANARES, S. et al. Risk of episiotomy and perineal lacerations recurring after first delivery. **Birth**, v. 40, n. 4, p. 307–311, 2013.

- MAYERHOFER, K. et al. Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. **The Journal of reproductive medicine**, v. 47, n. 6, p. 477–82, jun. 2002.
- MCCANDLISH, R. et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 105, n. 12, p. 1262–1272, dez. 1998.
- MESSELINK, B. et al. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. **Neurourology and urodynamics**, v. 24, n. 4, p. 374–80, jan. 2005.
- MOIETY, F. M. S.; AZZAM, A. Z. Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 40, n. 4, p. 946–953, 2014.
- MORAIS, Í. et al. Perineal Pain Management with Cryotherapy after Vaginal Delivery: A Randomized Clinical Trial. **Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetricia: Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades De Ginecologia E Obstetricia**, 2016.
- OMS. **Integrated management of pregnancy and childbirth. Manejo de las complicaciones del embarazo e el parto: Guía para obstetras y médicos**. OMS ed. Ginebra: [s.n.].
- PATEL, D. A et al. Childbirth and pelvic floor dysfunction: an epidemiologic approach to the assessment of prevention opportunities at delivery. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 195, n. 1, p. 23–8, jul. 2006.
- PHILLIPS, C.; MONGA, A. Childbirth and the pelvic floor: “the gynaecological consequences”. **Reviews in Gynaecological Practice**, v. 5, n. 1, p. 15–22, mar. 2005.
- PRIDDIS, H.; DAHLEN, H.; SCHMIED, V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. **Women and Birth**, v. 25, n. 3, p. 100–106, 2012.
- RATHFISCH, G. et al. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. **Journal of advanced nursing**, v. 66, n. 12, p. 2640–9, dez. 2010.
- RENFREW, M. J. et al. Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: a systematic review of the literature. **Birth (Berkeley, Calif.)**, v. 25, n. 3, p. 143–60, set. 1998.
- RIESCO, M. L. G.; OLIVEIRA, S. M. J. V. DE. Avaliação do edema perineal no pós-parto: concordância entre observadores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 465, 2008.
- SANTOS, J. DE O. et al. Frequência de traumas perineais nos partos vaginais. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 4, p. 658–63, 2008.
- SCOTT, J. R. Episiotomy and vaginal trauma. **Obstet Gynecol Clin North Am**, v. 32, n. 2, p. 307–21, jun. 2005.
- STAMP, G.; KRUZINS, G.; CROWTHER, C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. **Bmj**, v. 322, n. 7297, p. 1277–1280, 26 maio 2001.
- ZANETTI, M. R. D. et al. Episiotomia : revendo conceitos. **Femina**, v. 37, n. 7, p. 5–9,

2009.

## APÊNDICE

**APÊNDICE A – EFETIVIDADE DE ESTRATÉGIAS DE PROTEÇÃO PERINEAL NOS DESFECHOS PERINEAIS DURANTE O SEGUNDO PERÍODO DO PARTO: UM ESTUDO RANDOMIZADO CONTROLADO PILOTO**

**EFETIVIDADE DE ESTRATÉGIAS DE PROTEÇÃO PERINEAL NOS DESFECHOS PERINEAIS DURANTE O SEGUNDO PERÍODO DO PARTO: UM ESTUDO RANDOMIZADO CONTROLADO PILOTO**

**THE EFFECTIVENESS OF PERINEAL TECHNIQUES ON PERINEAL OUTCOMES DURING THE SECOND PERIOD OF LABOR: A RANDOMIZED CONTROLLED PILOT STUDY.**

J. N. Alves <sup>a</sup>, M. M. R. Amorim <sup>b</sup>, A. Lemos <sup>a</sup>, C. W. S. Ferreira <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Physical Therapy Department, Brazil

<sup>b</sup> Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Brazil

Corresponding author.

E-mail addresses: janiourofio@gmail.com (J. N. Alves), melania.amorim@gmail.com (M. M. R. Amorim), lemosandrea@gmail.com (A Lemos), caroline.wanderley@hotmail.com (C. W. S. Ferreira).

**Resumo**

**Objetivo:** Comparar a efetividade do uso de massagem perineal, compressas mornas e *hands off* durante o período expulsivo nos desfechos perineais. **Métodos:** Trata-se de um ensaio clínico randomizado controlado piloto envolvendo 55 parturientes. Um grupo foi submetido à aplicação de compressas mornas na região do períneo, outro grupo recebeu massagem perineal e um terceiro grupo não recebeu nenhuma intervenção (*hands off*). **Resultados:** Não houve diferenças entre os grupos em nenhum desfecho avaliado. Risco de laceração perineal: massagem perineal x *hands off* (RR 1,64 IC95% - 0,49 a 5,54), compressas mornas x *hands off* (RR 0,95 IC95% - 0,24 a 2,75) e compressas mornas x massagem perineal (RR 0,58 IC95% - 0,16 a 2,19). Necessidade de sutura: massagem perineal x *hands off* (RR 0,96 IC95% - 0,5 a 1,84), compressas mornas x *hands off* (RR 0,85 IC95% - 0,45 a 1,63) e compressas mornas x massagem perineal (RR 0,89 IC95% - 0,43 a 1,85).

**Conclusão:** Nesse estudo piloto o uso das estratégias de proteção perineal estudadas não alterou os desfechos perineais.

**Palavras-chaves:** proteção perineal, laceração perineal, dor assoalho pélvico

## Abstract

**Objective:** To compare the effectiveness of the use of perineal massage, warm compresses and hands off during the second stage in perineal outcomes. **Methods:** This is a pilot randomized controlled trial involving 55 pregnant women. In a group applied warm compresses in the perineal area, another group received perineal massage and a third group received no intervention (hands off). **Results:** There were no differences among groups in any outcome of this research. The risk of perineal laceration: perineal massage x hands off (RR 1.64 CI95% - 0.49 to 5.54), warm compresses x hands off (RR 0.95 CI95% - 0.24 to 2.75) and warm compresses x perineal massage (RR 0,58 CI95% - 0,16 to 2,19). Need for suturing: perineal massage x hands off (RR 0.96 CI95% - 0.5 to 1.84), warm compresses x hands off (RR 0.85 CI95% - 0.45 to 1.63) and warm compresses x perineal massage (RR 0,89 CI95% - 0,43 to 1,85). **Conclusion:** perineal massage, warm compresses or hands off during second stage of labor, do not change perineal outcomes.

**Key words:** perineal techniques, perineal trauma, pain, pelvic floor, delivery

## Contents

1. Introduction.....	
2. Material and methods.....	
2.1. Design.....	
2.2. Setting and participants.....	
2.3. Randomization and interventions.....	
2.5. Data analysis.....	
3. Results.....	
4. Discussion.....	
5. Conclusion and implications for clinical practice.....	
References.....	

## 1. Introduction

O trauma genital, seja por episiotomia, seja por laceração perineal, está associado a maior morbidade no pós-parto. Como prejuízos em curto prazo, as lesões causam maior perda sanguínea, dor perineal, afetam a mobilidade interferindo em atividades, e limitando as posições durante a amamentação. Em longo prazo, podem causar dor perineal persistente, dispareunia, fraqueza muscular, resultando em prolapsos de órgãos pélvicos e incontinência urinária e/ou fecal [1–4].

A taxa de traumas genitais tem uma variação de 49,7% a 90,24% [5,6]. Apresenta diferença entre países, entre instituições e entre os profissionais que assistem ao parto na mesma instituição, também há diferenças entre conceitos sobre quando considerar um períneo íntegro, dificultando uma precisão sobre a taxa [7,8].

Existem várias técnicas de proteção perineal, algumas objetivam reduzir a velocidade durante o período expulsivo, outras, facilitar o alongamento das fibras musculares do assoalho pélvico, como o uso de compressas mornas e massagem perineal. Há também na literatura a defesa de adoção de uma conduta expectante, observacional, sem nenhuma manipulação da região genital. Essa conduta é conhecida como *hands off* [9].

Ainda há poucos estudos com bom desenho metodológico envolvendo as técnicas de proteção perineal, de forma que ainda se faz necessário produzir evidências sobre quais métodos são mais eficazes na proteção do trauma genital [10].

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo comparar a efetividade do uso de massagem perineal, compressas mornas e *hands off* durante o período expulsivo nos seguintes desfechos perineais: incidência de laceração do assoalho pélvico; grau de laceração do assoalho pélvico; incidência de necessidade de sutura; edema perineal na primeira hora pós-parto; dor perineal após 24 horas do parto; uso de analgesia medicamentosa até 24 horas pós-parto e satisfação da parturiente com a técnica utilizada.

## 2. Material and methods

### 2.1. Design

Trata-se de um ensaio clínico randomizado e controlado piloto, registrado no Clinical Trials Protocols Registration System sob identificador NTC02588508.

## 2.2. Settings and participants

Este estudo foi realizado no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) no Nordeste do Brasil, entre os meses de abril de 2015 a julho de 2016. Foram incluídas na pesquisa parturientes em fase ativa de trabalho de parto, com feto único e a termo (37 a 42 semanas), com apresentação fetal cefálica e fletida e paridade menor que três filhos. Adotou-se como critérios de exclusão ter utilizado quaisquer técnicas de preparo perineal durante a gestação ou indicação clínica de cesárea.

## 2.3. Randomization and interventions

Participaram da pesquisa sete fisioterapeutas, classificados como pesquisadores A e B. As técnicas de proteção perineal foram aplicadas por médicos obstetras plantonistas da instituição. O pesquisador A preencheu uma lista de checagem, com critérios de inclusão e exclusão, para identificar as parturientes que podiam ser incluídas na pesquisa. Para minimizar as perdas as parturientes eram abordadas e randomizadas quando estavam com a dilatação avançada, igual ou maior que 08 centímetros.

As parturientes que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob a CAAE: 42744515.1.0000.5208.

A randomização foi realizada por sorteio realizado previamente através do site randomization.com. Foram preparados envelopes opacos e lacrados enumerados sequencialmente contendo o grupo para o qual a participante seria randomizada. Os envelopes foram preparados por um colaborador do projeto que não participou da coleta de dados. Os envelopes foram entregues ao pesquisador B apenas após captação da primeira participante da pesquisa, não sendo possível prever em qual grupo seria alocada, mantendo assim o sigilo de alocação.

As parturientes foram alocadas em três grupos pelo pesquisador B. Em um grupo foi utilizado compressas mornas no períneo durante o período expulsivo, em outro foi realizado massagem perineal e no terceiro, não foi feita nenhuma manipulação perineal, técnica conhecida como *hands off*. O pesquisador B acompanhou a parturiente durante o período expulsivo observando se a técnica a qual ela fora randomizada era aplicada corretamente.

As parturientes foram encorajadas a assumir posições verticais (sentada, cócoras, quatro apoios) durante o parto, evitando a posição de litotomia; as parturientes realizaram o puxo espontâneo, não sendo dirigido pelos profissionais. Também não era utilizada pressão no fundo uterino durante o período expulsivo e o uso de ocitocina intraparto era seletivo, sendo utilizado apenas quando realmente necessário.

Nas parturientes que fizeram uso de compressas mornas, as compressas eram mergulhadas em um balde de alumínio com água aquecida em chaleira elétrica Agratto®, com temperatura de 45°C, as compressas eram retiradas da água e torcidas, sendo colocadas na região do períneo durante o período expulsivo, a água do recipiente era trocada quando a temperatura da água era menor que 42°C, a medição da temperatura da água foi realizada com um termômetro infravermelho Scantemp, da Incoterm® [11].

Quando o médico obstetra tinha a sensação que a compressa havia esfriado, repetia o processo da imersão da mesma em água morna, sendo utilizada a compressa durante todo o período expulsivo.

A massagem era realizada gentilmente no sentido longitudinal das fibras musculares, com movimentos do polegar e do indicador, tipo “contar cédulas”; com uso de vaselina líquida [12]. A massagem era iniciada quando a apresentação atingia o plano +3 de DeLee, altura de três centímetros abaixo das espinhas isquiáticas e realizada enquanto durasse o período expulsivo com algumas pausas durante o processo, para que o obstetra repousasse o braço quando cansado.

As parturientes que foram alocadas no grupo de *hands off* não receberam nenhuma manipulação perineal. Apenas eram observadas durante o período expulsivo. Quando o desprendimento dos ombros não ocorria de forma espontânea, era realizada a manobra de tração, que consistia em segurar a cabeça fetal com ambas as mãos e realizar tração para abaixo até o desprendimento do ombro anterior e tração para cima para desprendimento de ombro posterior [9].

## 2.4. Data collection

A avaliação de lacerações e sua classificação, quando presente, era realizada pelo médico obstetra que assistiu o parto. As demais avaliações, edema perineal na primeira hora pós-parto, dor perineal após 24 horas do parto, uso de analgesia medicamentosa até 24 horas após o parto e satisfação da puérpera, foram realizadas pelo pesquisador A, que não sabia em qual grupo a parturiente havia sido randomizada.

Quando presentes as lacerações foram classificadas em quatro graus de acordo com o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* [13].

O pesquisador A realizou inspeção da região vulvoperineal a procura de sinais de edema. Sendo o resultado do exame classificado em uma escala de 0 a 4 [14].

O pesquisador A utilizou a escala visual analógica (EVA), cuja escala varia de 0 que corresponde a ausência de dor, até o valor 10, correspondente a dor mais intensa já sentida [15]. O uso de analgesia medicamentosa foi coletado no prontuário médico da puérpera e, caso tenha feito uso, a puérpera foi indagada se solicitou analgésico e se foi devido dor na região perineal.

O pesquisador A aplicou a escala de faces para avaliar a satisfação da puérpera com a manobra de proteção perineal utilizada durante o período expulsivo [16]. Sendo os escores categorizados da seguinte forma:

- 0 – Muito satisfeita. Sentiu muito aliviada durante a realização da técnica.
- 1 – Satisfeita. Sentiu conforto com a estratégia de proteção ainda que leve.
- 2 – Pouco satisfeita. Não sentiu diferença entre fazer ou não fazer a técnica.
- 3 – Insatisfeita. Sentiu leve desconforto durante a técnica.
- 4 – Muito insatisfeita. Sentiu bastante incômodo.

## 2.5. Data analysis

A análise estatística foi realizada através do *software IBM SPSS Statistics 22*. Na análise descritiva, as variáveis numéricas foram apresentadas em média e desvio padrão e as variáveis categóricas em distribuição de frequências.

O Risco Relativo (RR) dos preditores teve sua significância estatística determinada pelo Teste Qui-quadrado de Wald. Adotou-se um nível de significância de 5% a fim de minimizar erro do tipo I. A comparação entre os grupos de variáveis ordinais foi realizada pelo teste de Kruskal-Wallis, por trata-se de dados paramétricos, com mais de dois grupos e independentes. A análise dos dados foi realizada por um avaliador cego que recebeu os dados codificados.

### 3. Resultados

Foram identificadas durante a coleta de dados 433 parturientes, das quais 133 eram elegíveis para a pesquisa. 87 parturientes concordaram em participar da pesquisa e foram randomizadas da seguinte forma: 34 para o grupo de compressas mornas, 18 para o grupo de massagem perineal e 35 no grupo *hands off*, houve 16 perdas no grupo de compressas, 04 perdas no grupo de massagem e 12 perdas no grupo de *hands off*. As perdas ocorreram por evolução para cesárea ou por mudança de plantão, onde os profissionais não adotavam as técnicas propostas (Fig 1).

A Tabela 1 mostra a caracterização da amostra, a média de idade  $21,8 \pm 4,68$  (*hands off*  $20,5 \pm 3,61$ , massagem perineal  $21,7 \pm 4,48$  e compressas mornas  $23,5 \pm 5,68$ ). Não houve diferença na média de idade entre os grupos. A maioria vivia em união estável, tinha IMC adequado para a idade gestacional, estudou de 8 a 11 anos e não praticava atividade física regularmente.

Em relação às características obstétricas e dos conceitos a mediana de parto foi de 1 para o grupo de *hands off* e 0 para os demais grupos, não houve diferença em relação à idade gestacional, ao peso ao nascer, à duração do período expulsivo ou à manobra de extração do ombro durante o período expulsivo (TABELA 2).

Não houve diferenças entre os grupos no risco de laceração perineal, grau de laceração ou necessidade de sutura. Não ocorreu nenhuma laceração perineal grave (terceiro e quarto graus) durante o estudo (TABELAS 3, 4 e 5).

A maioria das mulheres não teve presença de edema perineal durante o parto e a diferença entre os grupos para edema na primeira hora pós-parto não foi significativa. As técnicas de proteção perineal tampouco diferiram em relação à dor perineal 24 horas após o parto conforme classificada de acordo com os escores da EVA (TABELAS 6 e 7).

Não houve diferença entre os grupos para o uso de analgésicos. A maioria das parturientes ficou muito satisfeita com a técnica de proteção perineal utilizada no parto, não havendo diferença entre os grupos (TABELAS 8 e 9).

#### 4. Discussion

Nesse estudo piloto não houve diferença entre as estratégias de proteção perineal para os desfechos perineais. Os efeitos esperados pelo uso do calor ou da massagem nos tecidos do assoalho pélvico não tiveram nenhuma diferença, quando comparadas a não fazer manipulações.

Porém a mediana da paridade foi maior no grupo de *hands off*, o que pode ter servido como um fator de proteção, uma vez que a primiparidade é um fator de risco para lacerações perineais[17].

A Biblioteca *Cochrane* [18] publicou uma revisão sistemática com técnicas de proteção perineal, envolvendo dois estudos com 1525 mulheres. O uso de compressas mornas reduziu significativamente as lacerações de terceiro e quarto grau, quando comparado com *hands off* e grupos que não usaram compressas (RR = 0,48, IC 95% 0,28 – 0,84) [2,11].

Na já citada revisão sistemática da Biblioteca *Cochrane* [18], encontrou-se dois estudos sobre massagem perineal, envolvendo 2147 mulheres, relatando redução de lacerações perineais graves com a realização de massagem perineal intraparto quando comparado com a conduta de *hands off* (RR = 0,52, IC 95% 0,22 – 0,94) [2,19].

Mesmo a técnica de *hands off* tem efeitos benéficos como pode ser encontrado na revisão sistemática supracitada [18], envolvendo dois estudos e 6547 mulheres, com redução significativa da taxa de episiotomia através da técnica de *hands off* (RR = 0,69, IC 95% 0,50 – 0,96) [20,21].

É importante salientar que a coleta ocorreu durante os plantões de uma equipe multidisciplinar que preconizava a assistência humanizada ao parto, Desde a admissão as parturientes recebiam o mínimo de intervenção possível, restrição de toques vaginais, uso judicioso de ocitocina, liberdade de movimentação, eram assistidas por fisioterapeuta que utilizava recursos não farmacológicos como massagem reflexa na região lombossacra, exercícios na bola suíça, estímulo à deambulação, à adotar posições verticais e banho morno.

Ao atingir o período expulsivo a parturiente era incentivada a adotar posição vertical na cadeira de parto, porém era respeitada a escolha da mulher se desejava parir outras posições, como em quatro apoios ou deitada no leito. Os puxos foram espontâneos, não foram realizadas manobras intempestivas para acelerar o período expulsivo, como a aplicação de pressão sobre o fundo uterino (manobra de Kristeller) ou ocitocina intraparto de forma rotineira.

A assistência humanizada pode ter influenciado nos resultados, uma vez que condutas não realizadas nessa assistência como posição de litotomia, a manobra de Valsalva e pressão fúndica uterina podem estar associados a resultado perineais desfavoráveis [1,22]. Talvez se essa pesquisa tivesse sido realizada em um serviço intervencionista, fosse possível observar efeito protetor das técnicas perineais comparadas ao *hands off* em relação às lacerações perineais graves.

Resultados semelhantes ao desse estudo foram encontrados em um ensaio clínico randomizado, envolvendo 1211 mulheres, comparando as três intervenções, a assistência teve algumas características semelhantes ao presente estudo como pouca infusão de ocitocina, puxos não dirigidos e a maioria dos partos ocorreram na posição sentada em cadeira de parto, os autores não encontraram diferença entre as técnicas [2].

Não encontrou-se na literatura, estudos que relacione estratégias de proteção perineal e presença de edema perineal. Infelizmente, o edema perineal é uma ocorrência pouco estudada na literatura, conhecendo-se pouco sobre os fatores de risco para sua formação, alguns autores consideram que parir em posição vertical pode ser um fator de risco [23,24].

Não houve nessa pesquisa um controle sobre a posição do parto. Embora as mulheres fossem encorajadas a parir em posição vertical, sentada em cadeira de parto, algumas desejaram parir no leito em que se encontravam, adotando outras posições, geralmente a posição supina.

Em relação a dor perineal 24 horas após o parto, não houve diferença entre os grupos e em geral predominou a ausência de dor ou queixa de dor leve. Parece que a forma de assistência ao trabalho de parto e parto, com equipe multidisciplinar e a não realização de intervenções desnecessárias, como toques vaginais frequentes para avaliar dilatação cervical ou realização de amniotomia pode resultar em menor dor perineal.

Um estudo de coorte prospectivo, com 576 gestantes, avaliou a associação entre trauma genital e dor perineal pós-parto, a dor perineal esteve associada a gravidade do trauma genital [25]. As lacerações que ocorreram nesse estudo piloto foram, em sua maioria, de primeiro grau e não houve nenhuma laceração de terceiro ou quarto grau.

Não houve diferença entre o uso de analgésicos entre os grupos. Porém houve uma limitação quanto a essa variável, pois, apesar da prescrição médica indicar a administração de analgésicos apenas se necessário, percebeu-se que estes eram administrados de forma rotineira no alojamento conjunto e as puérperas recebiam analgésico apesar de não apresentar nenhuma queixa de dor. A intensidade da dor pode ter sido mascarada pelas medicações analgésicas que eram administradas aos grupos

Investigou-se ainda a satisfação da puérpera com a técnica utilizada durante o parto. A maioria das puérperas ficaram satisfeitas ou muito satisfeitas com a técnica que foi utilizada, independentemente de qual grupo participara. Apesar de existir escassez de estudos na literatura sobre satisfação de parturientes que receberam proteção perineal, alguns autores defendem que a manipulação do períneo durante o período expulsivo pode ser desagradável para a mulher [26,27].

O tipo de assistência recebida durante todo o trabalho de parto e parto também pode ter influenciado nessa resposta, pois as mulheres podem ter considerado a satisfação em parir recebendo uma assistência humanizada e não apenas se referir a aplicação da técnica em si. A aplicação de técnicas de proteção perineal aumenta o contato entre a parturiente e o profissional que assiste ao parto, o que pode aumentar a satisfação da mulher, em perceber a proximidade do profissional e sentir-se assistida [2].

Esse estudo piloto permitiu identificar fatores que precisam ser corrigidos na pesquisa para viabilidade de estudos futuros, em relação a posição de parir, o fato de não haver sido controlada foi um ponto positivo, pois, o desejo da parturiente em escolher a posição de parir foi respeitado.

Os grupos dessa pesquisa ficaram com a quantidade de participantes muito diferente entre si, devido ao processo de randomização. Sugere-se que a randomização seja realizada em blocos para que haja distribuição uniforme entre os grupos em estudos futuros.

Observou-se um grande número de perdas nesse estudo por mudança de plantão e que a realização dessa pesquisa demandaria muito tempo pois a coleta era realizada em plantões específicos, onde se realizava assistência humanizada ao parto. Portanto sugere-se a realização da pesquisa em uma instituição onde a utilização da prática baseada em evidências seja rotinas, minimizando as perdas devido a troca de plantão.

O ponto forte dessa pesquisa foi o desenho metodológico utilizando randomização, sigilo de alocação e avaliadores cegos permite resultados mais consistentes, evidenciando o resultado das técnicas de proteção perineal nos desfechos estudados.

## 5. Conclusão

Os resultados dessa pesquisa mostraram que a técnica de *hands off*, massagem perineal e compressas mornas não diferem em relação aos seguintes desfechos, risco de laceração perineal, grau de laceração, necessidade de sutura, edema perineal, dor perineal, uso de analgésico pós parto e satisfação com a técnica utilizada. O profissional que assiste ao parto deve escolher, em comum acordo com a parturiente, a estratégia de proteção perineal durante o período expulsivo visando principalmente a preferência da mesma.

Conflitos de interesse: nenhum

## Referências

- [1] L.L. Albers, K.D. Sedler, E.J. Bedrick, D. Teaf, P. Peralta, Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births., *Birth*. 33 (2006) 94–100. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16732773> (accessed July 30, 2011).
- [2] L.L. Albers, K.D. Sedler, E.J. Bedrick, D. Teaf, P. Peralta, Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial, *J Midwifery Womens Heal*. 50 (2005) 365–372.
- [3] S. Manzanares, D. Cobo, M.D. Moreno-Martínez, M. Sánchez-Gila, A. Pineda, Risk of episiotomy and perineal lacerations recurring after first delivery, *Birth*. 40 (2013) 307–311. doi:10.1111/birt.12077.

- [4] J.R. Scott, Episiotomy and vaginal trauma., *Obs. Gynecol Clin North Am.* 32 (2005) 307–21. doi:10.1016/j.ogc.2004.12.001.
- [5] M.M.R. de Amorim, S.B. Maia, D.F.B. Leite, I.R.S. de Araújo, F. de O. Melo, J. do N. Alves, E. dos S. Barros, G.J.C. de Medeiros, Assistência humanizada ao parto no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA): resultados maternos, *Rev. Saúde Ciência.* v. I (2010) 80–7.
- [6] J. de O. Santos, I.C. Bolanho, J.Q.C. da Mota, L. Coleoni, M.A. de Oliveira, Freqüência de traumas perineais nos partos vaginais, *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 12 (2008) 658–63.
- [7] H.G. Dahlen, M. Ryan, C.S.E. Homer, M. Cooke, An Australian prospective cohort study of risk factors for severe perineal trauma during childbirth., *Midwifery.* 23 (2007) 196–203. doi:10.1016/j.midw.2006.04.004.
- [8] M.J. Renfrew, W. Hannah, L. Albers, E. Floyd, Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: a systematic review of the literature., *Birth.* 25 (1998) 143–60. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9767217>.
- [9] A. de S.C. da Costa, M.L.G. Riesco, A comparison of “hands off” versus “hands on” techniques for decreasing perineal lacerations during birth., *J. Midwifery Womens. Health.* 51 (2006) 106–11. doi:10.1016/j.jmwh.2005.10.017.
- [10] M.M.R. de Amorim, A.M.F. Porto, A.S.R. Souza, Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências, *Femina.* 38 (2010) 583–91.
- [11] H.G. Dahlen, C.S.E. Homer, M. Cooke, A.M. Upton, R. Nunn, B. Brodrick, Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial., *Birth.* 34 (2007) 282–90. doi:10.1111/j.1523-536X.2007.00186.x.
- [12] A. Lemos, *Fisioterapia obstétrica baseada em evidências*, MedBook, Rio de Janeiro, 2014.
- [13] R.J. Fernando, A.H. Sultan, R.M. Freeman, A.A. Williams, E.J. Adams, *The Management of Third and Fourth Degree Perineal Tears*, 29th ed., Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015.
- [14] Í. Morais, A. Lemos, L. Katz, L.F.R. de Melo, M.M. Maciel, M.M.R. de Amorim, Perineal Pain Management with Cryotherapy after Vaginal Delivery: A Randomized Clinical Trial, *Rev. Bras. Ginecol. E Obstet. Rev. Da Fed. Bras. Das Soc. Ginecol. E Obstet.* (2016). doi:10.1055/s-0036-1584941.

- [15] C.R. Chapman, K.L. Casey, R. Dubner, K.M. Foley, R.H. Gracely, A.E. Reading, Pain measurement: an overview, *Pain*. 22 (1985) 1–31. doi:10.1016/0304-3959(85)90145-9.
- [16] E.D. Hodnett, Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review., *Am. J. Obstet. Gynecol.* 186 (2002) S160-72. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12011880> (accessed September 21, 2016).
- [17] N. V Leal, M.M. Amorim, A.H. Franca-Neto, D.F. Leite, F.O. Melo, J.N. Alves, Factors associated with perineal lacerations requiring suture in vaginal births without episiotomy., *Obstet. Gynecol.* 123 Suppl (2014) 63S–4S. doi:10.1097/01.AOG.0000447369.00977.4c.
- [18] V. Aasheim, A. Nilsen, M. Lukasse, L.M. Reinar, Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma, *Cochrane Database Syst. Rev.* (2011) 2–4. doi:10.1002/14651858.CD006672.pub2.Copyright.
- [19] G. Stamp, G. Kruzins, C. Crowther, Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial, *Bmj.* 322 (2001) 1277–1280. doi:10.1136/bmj.322.7297.1277.
- [20] K. Mayerhofer, B. Bodner-Adler, K. Bodner, M. Rabl, A. Kaider, P. Wagenbichler, E.A. Joura, P. Husslein, Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women., *J. Reprod. Med.* 47 (2002) 477–82. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12092017> (accessed September 21, 2016).
- [21] R. McCandlish, U. Bowler, H. Asten, G. Berridge, C. Winter, L. Sames, J. Garcia, M. Renfrew, D. Elbourne, A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour, *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.* 105 (1998) 1262–1272. doi:10.1111/j.1471-0528.1998.tb10004.x.
- [22] F.M.S. Moiety, A.Z. Azzam, Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis, *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 40 (2014) 946–953. doi:10.1111/jog.12284.
- [23] P. Flynn, J. Franiek, P. Janssen, W.J. Hannah, M.C. Klein, How can second-stage management prevent perineal trauma? Critical review., *Can. Fam. Physician.* 43 (1997) 73–84. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2255173&tool=pmce>

ntrez&rendertype=abstract.

- [24] H. Priddis, H. Dahlen, V. Schmied, What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature, *Women and Birth*. 25 (2012) 100–106. doi:10.1016/j.wombi.2011.05.001.
- [25] L. Leeman, A.M. Fulilove, N. Borders, R.G. Rogers, NIH Public Access, *Birth*. 36 (2009) 283–288. doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00355.x.Postpartum.
- [26] H.G. Dahlen, C.S.E. Homer, M. Cooke, A.M. Upton, R. a Nunn, B.S. Brodrick, “Soothing the ring of fire”: Australian women’s and midwives’ experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour., *Midwifery*. 25 (2009) e39-48. doi:10.1016/j.midw.2007.08.002.
- [27] H.G. Dahlen, G.C. Mid, H. Priddis, G.D. Mid, C. Thornton, Severe perineal trauma is rising, but let us not overreact, *Midwifery*. 31 (2015) 1–8. doi:10.1016/j.midw.2014.09.004.

## FIGURAS E TABELAS

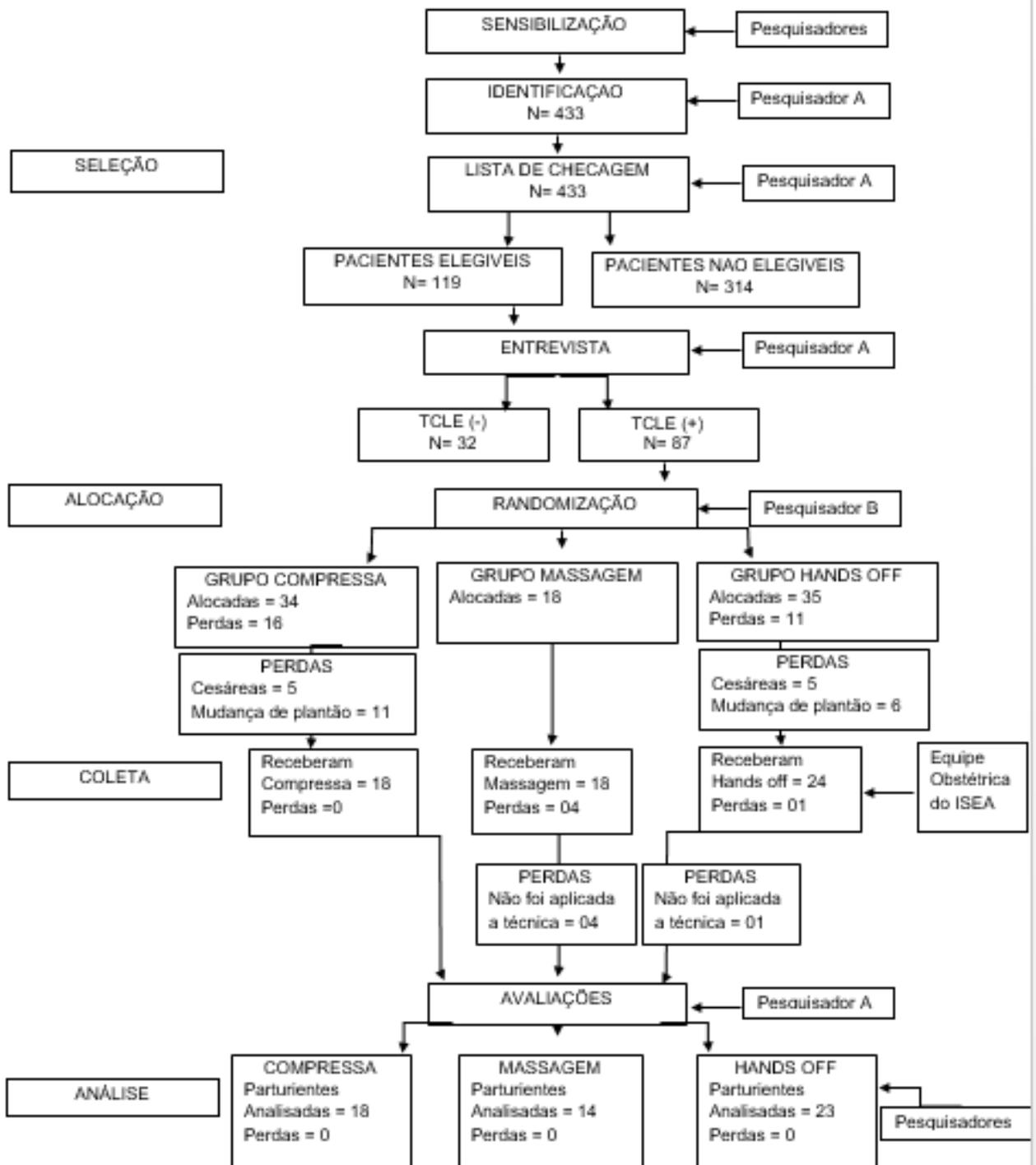


Figura 1. Fluxograma de captação e acompanhamento dos participantes

Tabela 1. Características das mulheres submetidas à estratégia de proteção perineal durante o segundo período do parto, no ISEA, Campina Grande – PB.

<b>Característica</b>	<b>Hands off</b>	<b>Massagem perineal</b>	<b>Compressa morna</b>
<b>Idade (anos)</b>			
Variação	13 – 28	16 – 31	16 – 37
Média±DP	20,5 ± 3,61	21,7 ± 4,48	23,5 ± 5,68
<b>IMC</b>			
Variação	20,05 – 40,54	21,87 – 30,11	22,95 – 34,25
Média±DP	27,69 ± 4,401	26,29 ± 2,677	27,03 ± 3,289
<b>Estado Civil</b>			
Solteira (n, %)	4, 17,4%	1, 7,2%	3, 16,7%
Casada (n, %)	4, 17,4%	5, 35,7%	2, 11,1%
União Estável (n, %)	15, 65,2%	8, 57,1%	13, 72,2%
<b>Escolaridade (anos concluídos)</b>			
De 1 a 3 (n, %)	0, 0%	0, 0%	1, 5,6%
De 4 a 7 (n, %)	9, 39,1%	2, 14,3%	3, 16,7%
De 8 a 11 (n, %)	10, 43,5%	10, 71,4%	8, 44,4%
12 e mais (n, %)	4, 17,4%	2, 14,3%	6, 33,3%
<b>Nível de atividade física</b>			
Regularmente (n, %)	3, 13%	0, 0%	3, 16,7%
Não pratica regularmente (n, %)	20, 87%	14, 100%	15, 83,3%

Tabela 2. Características obstétricas e dos conceitos das mulheres submetidas à estratégias de proteção perineal durante o segundo período do parto, no ISEA, Campina Grande – PB.

<b>Característica</b>	Hands off	Massagem perineal	Compressa morna
<b>Paridade</b>			
Variação	0 – 2	0 – 1	0 – 2
Mediana	1	0	0
<b>Idade gestacional (semanas)</b>			
Variação	38,2 – 41,1	37,3 – 40,3	37,6 - 41,5
Média $\pm$ DP	39,7 $\pm$ 0,881	39,43 $\pm$ 0,895	39,38 $\pm$ 1,004
<b>Peso ao nascer (kg)</b>			
Variação	2125 – 4315	2850 – 4300	2340 – 3590
Média $\pm$ DP	3266,5 $\pm$ 426,84	3266,7 $\pm$ 408,11	3194,7 $\pm$ 335,52
<b>Duração do período expulsivo (min)</b>			
Variação	5 – 90	10 – 60	10 – 60
Média $\pm$ DP	27,61 $\pm$ 21,631	31,07 $\pm$ 17,117	31,89 $\pm$ 17,29
<b>Uso de ocitocina intraparto</b>			
Sim (n, %)	4, 17,4%	3, 21,4%	6, 33,3%
Não (n, %)	19, 82,6%	11, 78,6%	12, 66,7%
<b>Manobra de extração do ombro</b>			
Sim (n, %)	9, 39,1%	5, 35,7%	4, 22,2%
Não (n, %)	14, 60,9%	9, 64,3%	14, 77,8%

Tabela 3. Risco de lacerações perineais em mulheres submetidas à estratégia de proteção perineal durante o segundo período do parto, no ISEA, Campina Grande – PB.

Laceração	Sim		Não		RR	IC 95%	Wald X <sup>2</sup>	p*
	N	%	N	%				
<b>Grupo</b>								
Compressa Morna	15	83,3	3	16,7	1,0			
Massagem Perineal	10	71,4	4	28,6	0,58	0,16	2,19	0,653
Compressa Morna	15	83,3	3	16,7	1,0			
<i>Hands off</i>	19	82,6	4	17,4	0,95	0,24	2,75	0,004
Massagem Perineal	10	71,4	4	28,6	1,0			
<i>Hands off</i>	19	82,9	4	17,4	1,64	0,49	5,54	0,642

\*Teste do Qui-Quadrado de Wald

Tabela 4. Grau de laceração perineal em mulheres submetidas à estratégia de proteção perineal durante o segundo período do parto, no ISEA, Campina Grande – PB.

Grau de Laceração	1º Grau		2º Grau		p*
	N	%	N	%	
<b>Grupo</b>					0,644
Compressa Morna	9	60,0	6	40,0	
Massagem Perineal	6	60,0	4	40,0	
<i>Hands off</i>	14	73,7	5	26,3	

\*Teste do Qui-Quadrado de Kruskal-Wallis

Tabela 5. Necessidade de sutura em mulheres submetidas à estratégia de proteção perineal durante o segundo período do parto, no ISEA, Campina Grande – PB.

Sutura	Sim		Não		RR	IC 95%	Wald X <sup>2</sup>	p*	
	N	%	N	%					
<b>Grupo</b>									
Compressa Morna	10	55,6	8	44,4	1,0				
Massagem Perineal	7	50,0	7	50,0	0,89	0,43	1,85	0,098	0,755
Compressa Morna	10	55,6	8	44,4	1,0				
<i>Hands off</i>	11	48,6	12	51,4	0,85	0,45	1,63	0,241	0,623
Massagem Perineal	7	50,0	7	50,0	1,0				
<i>Hands off</i>	11	48,6	12	51,4	0,96	0,5	1,84	0,016	0,898

\*Teste do Qui-Quadrado de Wald

Tabela 6. Edema perineal na primeira hora pós-parto em mulheres submetidas à estratégia de proteção durante o segundo período do parto, no ISEA, Campina Grande – PB.

Escore de edema perineal	0	1	2	4	P
<b>Compressa morna</b>					
N	12	1	4	1	0.1998
%	66,6	5,6	22,2	5,6	
<b>Massagem perineal</b>					
N	11	1	2	0	
%	78,6	7,1	14,3	0	
<b><i>Hands off</i></b>					
N	19	4	0	0	
%	82,6	17,4	0	0	

\*Teste do Qui-Quadrado de Kruskal-Wallis

Tabela 7. Dor perineal 24 horas após o parto em mulheres submetidas à estratégia de proteção perineal durante o segundo período do parto, no ISEA, Campina Grande – PB.

Dor perineal	Ausente	Dor leve	Dor moderada	Dor forte	P
<b>Compressa morna</b>					
N	7	6	5	0	0.2155
%	38,8	33,4	27,8	0	
<b>Massagem perineal</b>					
N	5	4	4	1	
%	35,7	28,6	28,6	7,1	
<b>Hands off</b>					
N	8	13	2	0	
%	34,8	56,5	8,7	0	

\*Teste do Qui-Quadrado de Kruskal-Wallis

Tabela 8. Uso de analgésicos em mulheres submetidas à estratégia de proteção perineal durante o segundo período do parto, no ISEA, Campina Grande – PB.

Analgésico	Sim		Não		RR	IC 95%	Wald X <sup>2</sup>	p*	
	N	%	N	%					
<b>Grupo</b>									
Compressa Morna	16	88,9	2	11,1	1,0				
Massagem Perineal	10	71,4	4	28,6	0,39	0,08	1,83	1,576	0,209
Compressa Morna	16	88,9	2	11,1	1,0				
Hands off	20	87,0	3	13,0	0,85	0,16	5,61	0,035	0,851
Massagem Perineal	10	71,4	4	28,6	1,0				
Hands off	20	87,0	3	13,0	1,21	0,84	1,75	0,13	0,712

\*Teste do Qui-Quadrado de Wald

Tabela 9. Satisfação com a técnica utilizada em mulheres submetidas à estratégia de proteção perineal durante o segundo período do parto, no ISEA, Campina Grande – PB.

Escore de edema perineal	Muito satisfeita	Satisfeita	Pouco satisfeita	Insatisfeita	P
<b>Compressa morna</b>					
N	10	7	1	0	0.2155
%	55,6	38,8	5,6	0	
<b>Massagem perineal</b>					
N	6	7	1	0	
%	42,9	50,0	7,1	0	
<b>Hands off</b>					
N	7	14	1	1	
%	30,5	60,9	4,3	4,3	

\*Teste do Qui-Quadrado de Kruskal-Wallis

**APÊNDICE B – LISTA DE CHECAGEM****LISTA DE CHECAGEM**

Formulário n°.□□□

Pesquisador:\_\_\_\_\_

Data: □□/□□/□□□□

**IDENTIFICAÇÃO**

Prontuário: □□□□□□□□

Idade: □□

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**Parturiente em fase ativa de trabalho de parto:  Sim  NãoFeto único e a termo (37 a 42 semanas):  Sim  NãoApresentação fetal cefálica fletida:  Sim  NãoParidade menor que quatro filhos:  Sim  Não**CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**Utilizou técnicas de preparo perineal durante a gestação:  Sim  NãoIndicação clínica de cesárea:  Sim  Não**Parturiente que se negou a participação do estudo:  Sim  Não****RESULTADO:  INCLUÍDA  EXCLUÍDA**

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a Sr<sup>a</sup> para participar como voluntária, da pesquisa: EFETIVIDADE DO USO DE COMPRESSAS MORNAS, MASSAGEM PERINEAL E HANDS OFF, NOS DESFECHOS PERINEAIS, que está sob a responsabilidade do pesquisador Jânio do Nascimento Alves, podendo ser consultado através do telefone 83.99812006 (inclusive ligações a cobrar), do E-mail: [janiourofisio@gmail.com](mailto:janiourofisio@gmail.com), ou no endereço profissional: Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA, Rua Vila Nova da Rainha, 147, Centro, Campina Grande/PB. CEP 58400 – 220, Tel.: (83) 3310-6356. Também participam dessa pesquisa, as pesquisadoras Caroline Wanderley Souto Ferreira Anselmo, Andrea Lemos Bezerra de Oliveira e Melania Maria Ramos de Amorim.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubricue as folhas e assine ao final desse documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

**Justificativa:** Esse estudo será realizado pela necessidade de comparar as estratégias de proteção perineal, evitando as lacerações perineais no parto e os prejuízos causados por essas lacerações. **Objetivos:** O objetivo principal dessa pesquisa é comparar o uso de massagem perineal, compressas mornas no períneo e não fazer nada durante o parto, nos resultados perineais. O objetivo secundário é comparar, nas mulheres que usaram compressas mornas, massagem perineal, ou não fizeram nada, a redução das lacerações no períneo; o grau (tamanho) de laceração; a necessidade de sutura (pontos); o inchaço (edema) perineal na primeira hora pós-parto; a dor perineal após 24 horas do parto; o uso medicamentos até 24 horas pós-parto; e a satisfação da mulher. **Procedimentos da pesquisa:** As participantes dessa pesquisa permitirão que na hora do parto seja realizada uma das seguintes estratégias: aplicação de compressas mornas na região do períneo, massagem perineal, ou em não fazer nenhuma manipulação do períneo na hora do parto. A escolha sobre o tipo de intervenção será através de sorteio realizado antes, através de uma lista gerada em computador. As técnicas estudadas fazem parte da rotina do serviço, tendo sua segurança garantida. Na primeira hora após o parto e 24 horas depois as mulheres serão avaliadas pelo pesquisadores, através da observação da região perineal e preenchimento de um formulário. **Riscos:** Esse estudo tem riscos mínimos, pois são utilizadas técnicas já conhecidas e aplicadas, porém a parturiente pode referir algum desconforto durante a aplicação da técnica, para minimizar esse desconforto a massagem é utilizada com movimento suaves e a temperatura da água utilizada na compressa será rigorosamente controlada. Pode ocorrer o risco da observação do períneo ser constrangedora para a mulher, para diminuir o constrangimento a avaliação será feita de forma rápida e em ambiente isolado. **Benefícios:** Participando desse estudo, você terá a garantia que será empregada técnicas que possam reduzir o risco de sofrer lacerações perineais.

Todas as informações dessa pesquisa são confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador Jânio do Nascimento Alves, na Rua Pombal, 154, Lauritzen, Campina Grande/PB, CEP 58401-366, pelo período de 05 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em caso de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife – PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126-8588 – e-mail: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br).**

---

Pesquisador responsável

#### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA:**

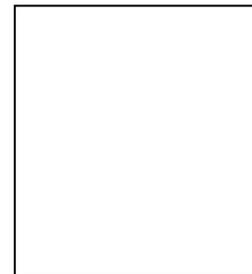
Eu \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e de ter esclarecido as minhas dúvidas como o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo EFETIVIDADE DO USO DE COMPRESSAS MORNAS, MASSAGEM PERINEAL E HANDS OFF, NOS DESFECHOS PERINEAIS, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a interrupção da assistência no serviço.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Voluntária/Participante

Digital



**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e o aceite voluntário em participar.**

<b>Nome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Assinatura:</b>	<b>Assinatura:</b>

## APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESPONSÁVEIS POR MENORES DE 18 ANOS

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Para responsável legal pelo menor de 18 anos – Resolução 466/12)

Solicitamos a sua autorização para convidar a menor que está sob sua responsabilidade para participar, como voluntária, da pesquisa: EFETIVIDADE DO USO DE COMPRESSAS MORNAS, MASSAGEM PERINEAL E HANDS OFF, NOS DESFECHOS PERINEAIS, que está sob a responsabilidade do pesquisador Jânio do Nascimento Alves, podendo ser consultado através do telefone 83.99812006 (inclusive ligações a cobrar), do E-mail: [janiourofisio@gmail.com](mailto:janiourofisio@gmail.com), ou no endereço profissional: Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA, Rua Vila Nova da Rainha, 147, Centro, Campina Grande/PB. CEP 58400 – 220, Tel.: (83) 3310-6356. Também participam dessa pesquisa, as pesquisadoras Caroline Wanderley Souto Ferreira Anselmo, Andrea Lemos Bezerra de Oliveira e Melania Maria Ramos de Amorim.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde que a menor faça parte do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final desse documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde não haverá penalização nem para a Sra. nem para a voluntária que está sob sua responsabilidade, bem como será possível a Sra, retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

**Justificativa:** Esse estudo será realizado pela necessidade de comparar as estratégias de proteção perineal, evitando as lacerações perineais no parto e os prejuízos causados por essas lacerações. **Objetivos:** O objetivo principal dessa pesquisa é comparar o uso de massagem perineal, compressas mornas no períneo e não fazer nada durante o parto, nos resultados perineais. O objetivo secundário é comparar, nas mulheres que usaram compressas mornas, massagem perineal, ou não fizeram nada, a redução das lacerações no períneo; o grau (tamanho) de laceração; a necessidade de sutura (pontos); o inchaço (edema) perineal na primeira hora pós-parto; a dor perineal após 24 horas do parto; o uso medicamentos até 24 horas pós-parto; e a satisfação da mulher. **Procedimentos da pesquisa:** As participantes dessa pesquisa permitirão que na hora do parto seja realizada uma das seguintes estratégias: aplicação de compressas mornas na região do períneo, massagem perineal, ou em não fazer nenhuma manipulação do períneo na hora do parto. A escolha sobre o tipo de intervenção será através de sorteio realizado antes, através de uma lista gerada em computador. As técnicas estudadas fazem parte da rotina do serviço, tendo sua segurança garantida. Na primeira hora após o parto e 24 horas depois as mulheres serão avaliadas pelo pesquisadores, através da observação da região perineal e preenchimento de um formulário. **Riscos:** Esse estudo tem riscos mínimos, pois são utilizadas técnicas já conhecidas e aplicadas, porém a parturiente pode referir algum desconforto durante a aplicação da técnica, para minimizar esse desconforto a massagem é utilizada com movimento suaves e a temperatura da água utilizada na compressa será rigorosamente controlada. Pode

ocorrer o risco da observação do períneo ser constrangedora para a mulher, para diminuir o constrangimento a avaliação será feita de forma rápida e em ambiente isolado. **Benefícios:** Participando desse estudo, haverá a garantia que será empregada técnicas que possam reduzir o risco de sofrer lacerações perineais.

Todas as informações dessa pesquisa são confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação das voluntárias, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação da voluntária. Os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador Jânio do Nascimento Alves, na Rua Pombal, 154, Lauritzen, Campina Grande/PB, CEP 58401-366, pelo período de 05 anos.

A senhora não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento para ela participar desta pesquisa, pois deve ser de forma voluntária, mas fica também garantida a indenização em caso de danos, comprovadamente decorrentes da participação dela na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife – PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126-8588 – e-mail: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br).**

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável

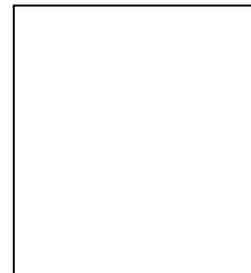
**CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DA VOLUNTÁRIA:**

Eu \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, responsável por \_\_\_\_\_, autorizo a sua participação no estudo EFETIVIDADE DO USO DE COMPRESSAS MORNAS, MASSAGEM PERINEAL E HANDS OFF, NOS DESFECHOS PERINEAIS, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dela. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a interrupção da assistência dela no serviço.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Responsável pela menor

Digital



**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e o aceite do sujeito em participar.**

Nome:	Nome:
-------	-------

<b>Assinatura:</b>	<b>Assinatura:</b>
--------------------	--------------------

## APÊNDICE E – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

#### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você, após autorização do seu responsável legal, para participar como voluntária, da pesquisa: EFETIVIDADE DO USO DE COMPRESSAS MORNAS, MASSAGEM PERINEAL E HANDS OFF, NOS DESFECHOS PERINEAIS, que está sob a responsabilidade do pesquisador Jânio do Nascimento Alves, podendo ser consultado através do telefone 83.99812006 (inclusive ligações a cobrar), do E-mail: [janiourofio@gmail.com](mailto:janiourofio@gmail.com), ou no endereço profissional: Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA, Rua Vila Nova da Rainha, 147, Centro, Campina Grande/PB. CEP 58400 – 220, Tel.: (83) 3310-6356. Também participam dessa pesquisa, as pesquisadoras Caroline Wanderley Souto Ferreira Anselmo, Andrea Lemos Bezerra de Oliveira e Melania Maria Ramos de Amorim.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final desse documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue para que seu responsável possa guardá-la e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você será esclarecida sobre qualquer dúvida e estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar não haverá problema, desistir é um direito seu. Para participar desse estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem prejuízo.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

**Justificativa:** Esse estudo será realizado pela necessidade de comparar as estratégias de proteção perineal, evitando as lacerações perineais no parto e os prejuízos causados por essas lacerações.

**Objetivos:** O objetivo principal dessa pesquisa é comparar o uso de massagem perineal, compressas mornas no períneo e não fazer nada durante o parto, nos resultados perineais. O objetivo secundário é comparar, nas mulheres que usaram compressas mornas, massagem perineal, ou não fizeram nada, a redução das lacerações no períneo; o grau (tamanho) de laceração; a necessidade de sutura (pontos); o inchaço (edema) perineal na primeira hora pós-parto; a dor perineal após 24 horas do parto; o uso medicamentos até 24 horas pós-parto; e a satisfação da mulher. **Procedimentos da pesquisa:** As participantes dessa pesquisa permitirão que na hora do parto seja realizada uma das seguintes estratégias: aplicação de compressas mornas na região do períneo, massagem perineal, ou em não fazer nenhuma manipulação do períneo na hora do parto. A escolha sobre o tipo de intervenção será através de sorteio realizado antes, através de uma lista gerada em computador. As técnicas estudadas fazem parte da rotina do serviço, tendo sua segurança garantida. Na primeira hora após o parto e 24 horas depois as mulheres serão avaliadas pelos pesquisadores, através da observação da região perineal e preenchimento de um formulário.

**Riscos:** Esse estudo tem riscos mínimos, pois são utilizadas técnicas já conhecidas e aplicadas, porém a parturiente pode referir algum desconforto durante a aplicação da técnica, para minimizar esse desconforto a massagem é utilizada com movimento suaves e a temperatura da água utilizada na compressa será rigorosamente controlada. Pode ocorrer o risco da observação do períneo ser constrangedora para a mulher, para diminuir o constrangimento a avaliação será feita de forma rápida e em ambiente isolado. **Benefícios:** Participando desse estudo, você terá a garantia que será empregada técnicas que possam reduzir o risco de sofrer lacerações perineais.

Todas as informações dessa pesquisa são confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador Jânio do Nascimento Alves, na Rua Pombal, 154, Lauritzen, Campina Grande/PB, CEP 58401-366, pelo período de 05 anos.

Nem você e nem seu responsável legal pagarão nada para você participar desta pesquisa, também não receberão nenhum pagamento para a sua participação, ela é voluntária. Se houver necessidade, as despesas (deslocamento e alimentação) para a sua participação e de seu responsável serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores. Fica também garantida a indenização em caso de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife – PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126-8588 – e-mail: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br).**

---

Pesquisador responsável

**ASSENTIMENTO DA MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIA:**

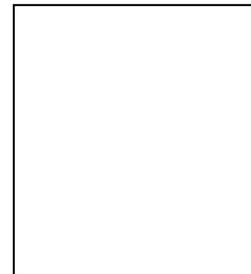
Eu \_\_\_\_\_, portadora do documento de identidade \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo EFETIVIDADE DO USO DE COMPRESSAS MORNAS, MASSAGEM PERINEAL E HANDS OFF, NOS DESFECHOS PERINEAIS, como voluntária. Fui informada e esclarecida pelo pesquisador sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem eu ou meu responsável precise pagar nada.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Voluntária/Participante

Digital



**Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e o aceite da voluntária em participar.**

<b>Nome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Assinatura:</b>	<b>Assinatura:</b>

**APÊNDICE F – TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE****UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA****TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE**

**Título do projeto:** EFETIVIDADE DO USO DE COMPRESSAS MORNAS, MASSAGEM PERINEAL E HANDS OFF, NOS DESFECHOS PERINEAIS.

**Pesquisador responsável:** Jânio do Nascimento Alves

**Instituição/Departamento de origem do pesquisador:** Departamento de Fisioterapia – DEFISIO, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.

**Telefone para contato:** 83.99812006

**E-mail:** [janiourofisio@gmail.com](mailto:janiourofisio@gmail.com)

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os dados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o voluntário da pesquisa.

O pesquisador declara que os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador Jânio do Nascimento Alves, na Rua Pombal, 154, Lauritzen, Campina Grande/PB, CEP 58401-366, pelo período de 05 anos.

O pesquisador declara, ainda, que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/CCS/UFPE.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato, rubrico e assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Pesquisador responsável

## APÊNDICE G – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO

### FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO

Número do formulário: □□□

Prontuário: □□□□□□□

Médico responsável pela paciente \_\_\_\_\_

Pesquisador responsável pela avaliação \_\_\_\_\_

Pesquisador presente durante a aplicação \_\_\_\_\_

**Randomização**     **Compressas**     **Massagem**     **Hands off**

(preencher somente depois da quebra do sigilo)

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Número do prontuário: □□□□□□□

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Data da admissão \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### CARACTERÍSTICAS MATERNAS

Idade: □□ anos    Peso: □□□ quilos    Altura: □□□ cm    IMC: □□□

Estado civil: Solteira Casada Divorciada Viúva União Estável

Escolaridade: Nenhuma De 1 a 3 De 4 a 7 De 8 a 11 12 e mais

Nível de atividade física: 1.  Regular 2.  Não

### **CARACTERÍSTICAS DO CONCEITO**

Peso ao nascer:  gramas

### **CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS**

Idade gestacional: , semanas

Gesta:  Para:  Aborto:

### **CARACTERÍSTICAS DO PARTO:**

Duração do período expulsivo:  minutos

Uso de ocitocina intraparto: 1.  Sim 2.  Não

Manobra de extração do ombro: 1.  Sim 2.  Não

Parto instrumental: 1.  Não 2.  Fórceps 3.  Vácuo extrator

### **AVALIAÇÃO PERINEAL PÓS-PARTO:**

Presença de laceração perineal: 1.  Sim 2.  não

Grau de laceração perineal (quando houver):  1º grau sem sutura  1º grau com sutura  2º grau sem sutura  2º grau com sutura  3º grau  4º grau

Necessidade de sutura: 1.  Sim 2.  Não

### **AVALIAÇÃO DO EDEMA PERINEAL NA PRIMEIRA HORA PÓS-PARTO**

Escore do edema:  0  1  2  3  4

### **AVALIAÇÃO DA DOR PERINEAL 24 HORAS APÓS O PARTO**

Escore da dor:  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

### **USO DE ANALGÉSICOS ATÉ 24H PÓS-PARTO:**

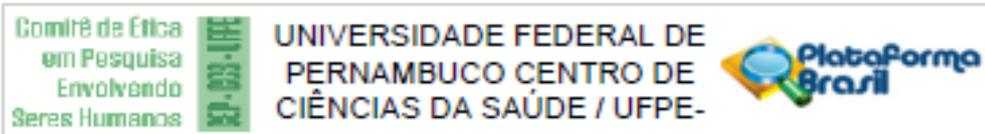
Uso de analgésicos: 1.  Sim 2.  Não

### **SATISFAÇÃO DA MULHER COM A TÉCNICA UTILIZADA**

Satisfação da mulher:  0  1  2  3  4

**ANEXO**

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** EFETIVIDADE DO USO DE COMPRESSAS MORNAS, MASSAGEM PERINEAL E HANDS OFF, NOS DESFECHOS PERINEAIS.

**Pesquisador:** Jânio do Nascimento Alves

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 42744515.1.0000.5208

**Instituição Proponente:** Departamento de Fisioterapia - DEFISIO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DA NOTIFICAÇÃO

**Tipo de Notificação:** Envio de Relatório Final

**Detalhe:**

**Justificativa:** Envio de Relatório Final.

**Data do Envio:** 05/09/2016

**Situação da Notificação:** Parecer Consubstanciado Emitido

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.735.607

#### Apresentação da Notificação:

A notificação foi apresentada para avaliação do relatório final da pesquisa.

#### Objetivo da Notificação:

O pesquisador solicitou a aprovação do relatório final da pesquisa.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O TCLE foi apresentado no projeto Inicial com Riscos e Benefícios e devidamente utilizados pelo pesquisador.

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2128-8588 E-mail: cepocs@ufpe.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.735.007

**Comentários e Considerações sobre a Notificação:**

A notificação foi apresentada com o relatório e a mesma está adequada, sendo que o (s) membro (os) da pesquisa ter(em) participado (s) e foram indicados resultados e conclusão.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos foram considerados adequados.

**Recomendações:**

s/recomendação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Relatório Final foi analisado e APROVADO pelo colegiado do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Final	Relatoriofinal.pdf	05/09/2016 08:31:24	Jânio do Nascimento Alves	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 20 de Setembro de 2016

Assinado por:  
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO  
(Coordenador)

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br