



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ISSN: 1982-0194

Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo

Monguilhott, Juliana Jacques da Costa; Brüggemann, Odaléa Maria; Velho, Manuela Beatriz; Knobel, Roxana; Costa, Roberta
Massagem perineal pré-natal para prevenção do trauma: piloto de ensaio clínico randomizado
Acta Paulista de Enfermagem, vol. 35, eAPE0381345, 2022
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo

DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0381345>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307070269050>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Massagem perineal pré-natal para prevenção do trauma: piloto de ensaio clínico randomizado

Antenatal perineal massage for trauma prevention: a pilot randomized clinical trial

Masaje perineal prenatal para la prevención del trauma: piloto de ensayo clínico aleatorizado

Juliana Jacques da Costa Monguilhott¹  <https://orcid.org/0000-0003-4229-3940>

Odaléa Maria Brüggemann²  <https://orcid.org/0000-0003-1210-6040>

Manuela Beatriz Velho²  <https://orcid.org/0000-0001-6660-6978>

Roxana Knobel²  <https://orcid.org/0000-0001-9180-4685>

Roberta Costa²  <https://orcid.org/0000-0001-6816-2047>

Resumo

Objetivo: Avaliar a adesão de gestantes e acompanhantes à realização da massagem perineal digital durante a gestação e seu efeito na prevenção do trauma perineal no parto e na redução de morbidade associada nos 45 e 90 dias pós-parto.

Métodos: Estudo piloto de ensaio clínico randomizado com 153 gestantes de risco habitual, 78 mulheres no grupo de intervenção realizaram a massagem perineal digital e 75 mulheres do grupo controle receberam os cuidados habituais. Para a análise do desfecho principal (trauma perineal) e dos desfechos secundários, permaneceram em cada grupo 44 mulheres que tiveram parto vaginal. A intervenção foi realizada pela gestante ou acompanhante de sua escolha, diariamente, a partir de 34 semanas de gestação, por 5 a 10 minutos.

Resultados: A massagem perineal foi fator de proteção para edema nos primeiros 10 dias pós-parto (RR 0,64 IC95% 0,41-0,99) e perda involuntária de gases nos 45 dias pós-parto (RR 0,57 IC95% 0,38-0,86). O ajuste residual ≥ 2 observado na análise das condições do períneo pós-parto mostrou uma tendência das mulheres do grupo intervenção terem períneo íntegro. As mulheres e os acompanhantes que realizaram a massagem perineal aceitaram bem a prática, recomendariam e fariam novamente em futura gestação.

Conclusão: A massagem perineal digital realizada diariamente, a partir de 34 semanas de gestação, foi uma prática bem aceita pelas mulheres e acompanhantes deste estudo. Apesar de não proteger a mulher de trauma perineal, esta prática reduziu o risco de edema 10 dias pós-parto e incontinência de gases 45 dias pós-parto.

Registro Brasileiro de ensaio clínico: RBR-4MSYDX

Abstract

Objective: To evaluate the adherence of pregnant women and companions to the performance of digital perineal massage during pregnancy and its effect on the prevention of perineal trauma during childbirth and on the reduction of associated morbidity at 45 and 90 days postpartum.

Methods: A pilot study of a randomized clinical trial with 153 normal risk pregnant women; 78 women in the intervention group underwent digital perineal massage and 75 women in the control group received usual care. For the analysis of the main outcome (perineal trauma) and secondary outcomes, 44 women who had vaginal delivery remained in each group. The intervention was performed daily by the pregnant woman or the companion of her choice from 34 weeks of gestation during 5-10 minutes.

Results: Perineal massage was a protective factor for edema in the first 10 days postpartum (RR 0.64 95%CI 0.41-0.99) and involuntary gas loss at 45 days postpartum (RR 0.57 95%CI 0.38-0.86). The residual

¹Instituto Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

²Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Conflitos de interesse: n/a declarar.

adjustment ≥ 2 observed in the analysis of perineal conditions postpartum showed a trend of women in the intervention group having an intact perineum. The women and companions who performed perineal massage accepted the practice well, recommended it and would do it again in a future pregnancy.

Conclusion: The digital perineal massage performed daily from 34 weeks of gestation was a practice well accepted by women of this study and their companions. Although not protecting women from perineal trauma, this practice reduced the risk of edema at 10 days postpartum and gas incontinence at 45 days postpartum.

Resumen

Objetivo: Evaluar la participación de mujeres embarazadas y acompañantes en la realización del masaje digital perineal durante el embarazo y su efecto en la prevención del trauma perineal durante el parto y en la reducción de la morbilidad asociada con los 45 y 90 días post parto.

Métodos: Estudio piloto de ensayo clínico aleatorizado con 153 mujeres embarazadas con riesgo normal, 78 mujeres en el grupo de intervención realizaron el masaje digital perineal y 75 mujeres del grupo control recibieron los cuidados habituales. Para el análisis del desenlace principal (trauma perineal) y de los desenlaces secundarios, permanecieron en cada grupo 44 mujeres que tuvieron parto vaginal. La intervención la realizó la mujer embarazada o el acompañante por ella elegido, diariamente, a partir de las 34 semanas de embarazo, por 5 a 10 minutos.

Resultados: El masaje perineal fue factor de protección para el edema en los primeros 10 días postparto ($RR\ 0,64\ IC95\% 0,41-0,99$) y la pérdida involuntaria de gases en los 45 días post parto ($RR\ 0,57\ IC95\% 0,38-0,86$). El ajuste residual ≥ 2 observado en el análisis de las condiciones del períneo postparto mostró una tendencia en las mujeres del grupo intervención a que tengan el períneo íntegro. Las mujeres y los acompañantes que realizaron el masaje perineal recibieron bien la práctica, la recomendarían y la harían nuevamente en un futuro embarazo.

Conclusión: El masaje digital perineal realizado diariamente, a partir de las 34 semanas de embarazo, fue una práctica bien recibida por las mujeres y acompañantes de este estudio. Pese a que no protege a la mujer de un trauma perineal, esta práctica redujo el riesgo de edema a los 10 días post parto y la incontinencia de gases 45 días post parto.

Introdução

A maioria dos partos vaginais está associado a algum trauma perineal, em decorrência de lacerações espontâneas ou como consequência da episiotomia. Estudo conduzido no Reino Unido mostrou que apenas 9,6% das nulíparas e 31,2% das multíparas tiveram o períneo íntegro após um parto vaginal.⁽¹⁾ No Brasil, os resultados da assistência prestada em um Centro de Parto Normal mostraram que os menores traumas - períneo íntegro e lacerações de 1º grau - totalizaram 75,6% das mulheres atendidas, com 10,3% de lacerações de 2º grau e 14,1% de episiotomia.⁽²⁾

A ocorrência do trauma perineal pode ser influenciada por diversos fatores, como idade materna, idade gestacional no parto, peso do bebê ao nascer,⁽³⁾ posição materna⁽⁴⁾ e profissional que assiste ao parto.⁽⁵⁾ Dor perineal e disparesunia são morbidades frequentes no pós-parto, e a recuperação do trauma perineal está entre os principais fatores que afetam a retomada da atividade sexual neste período.⁽⁶⁾

Apesar do impacto negativo sobre as atividades diárias de uma mulher, muitas vezes os desconfortos provocados pelo trauma são negligenciados pelos profissionais de saúde ou não são relatados pelas mulheres, por considerarem normal no pós-parto.^(7,8) Durante a atenção ao parto vaginal, diferentes

intervenções estão sendo utilizadas para que o períneo se distenda lentamente, favorecendo a fisiologia e evitando uma lesão perineal. Entre as técnicas realizadas no segundo estágio do trabalho de parto estão o uso de compressas quentes, massagem perineal intraparto⁽⁹⁾ e injeção perineal de hialuronidase.⁽¹⁰⁾ Algumas intervenções, utilizadas durante a gestação, estão sendo investigadas para a prevenção do trauma perineal, como o Epi-no;⁽¹¹⁻¹³⁾ a massagem perineal digital pré-natal⁽¹⁴⁾ e programas de treinamento do assoalho pélvico.⁽¹⁵⁾

Benefícios apontados em revisão sistemática sobre a realização da massagem perineal digital a partir de 34 semanas de gestação incluem uma redução geral na incidência de trauma que requer sutura, menor propensão à episiotomia nas primíparas e redução significativa na incidência de dor nos três primeiros meses após o parto, entre as multíparas.⁽¹⁴⁾ Quanto à adesão, a maioria das mulheres avaliam a prática como aceitável, física e psicologicamente, inclusive quando realizada por companheiro de sua escolha.⁽¹⁶⁾

Apesar da massagem perineal digital ser uma prática de baixo custo, que pode ser realizada pela própria gestante e/ou seu companheiro, e as evidências disponíveis indicarem benefícios consideráveis, não se tem conhecimento acerca da factibilidade e efetividade dessa intervenção na realidade brasileira.

Neste contexto, o estudo objetivou avaliar a adesão das gestantes e seus acompanhantes à realização da massagem perineal digital durante a gestação e seu efeito na prevenção do trauma perineal no parto e na redução de morbidade associada nos 45 e 90 dias pós-parto.

Métodos

Estudo piloto de ensaio clínico randomizado (ECR) desenvolvido como parte integrante de uma tese de estudo misto, sobre o tema massagem perineal pré-natal para a prevenção do trauma perineal na realidade brasileira. Estudos pilotos abordam uma variedade de questões metodológicas e práticas que permitem testar a viabilidade de um ECR completo e avaliar a aceitabilidade de uma intervenção.⁽¹⁷⁾

Os sujeitos do estudo foram gestantes que pretendiam ter o parto em uma das três maternidades (A, B e C) públicas da Grande Florianópolis no Estado de Santa Catarina, Brasil. Os critérios de inclusão foram: gestação única, de risco habitual, independente da idade materna, idade gestacional ≤ 35 semanas na randomização, decisão pelo parto vaginal no final da gestação. Os critérios de exclusão foram: óbito fetal, feto com peso estimado $\geq 4.000\text{g}$ ou alguma evidência de desproporção céfalo-pélvica, indicação de cesárea eletiva, alergia ao óleo de amêndoas e já estar realizando a massagem perineal.

Para as gestantes e, quando presentes, para os acompanhantes que estivessem disponíveis para realizar a intervenção, também foram critérios de inclusão: ter disponibilidade para realizar a massagem digital perineal diariamente por 5 a 10 min; capacidade para compreender, ler e falar em português; e capacidade para compreender as instruções sobre a massagem.

A realização do estudo piloto ocorreu pela não identificação de estudos brasileiros acerca da intervenção e também pela necessidade de avaliar sua viabilidade na realidade brasileira. A amostra baseada na fórmula de Kelsey⁽¹⁸⁾ para um ECR, utilizando os dados de estudo canadense,⁽¹⁹⁾ estimou 289 gestantes para cada grupo (nível de significância de 5% e poder do teste de 80%), uma amostra inatin-

ável para este projeto. Em virtude disso, o tamanho amostral do estudo-piloto foi determinado pelo tempo disponível, de março de 2016 a dezembro de 2017, para coletar e analisar os dados acerca do desfecho perineal logo após o nascimento, bem como aos 45 e 90 dias pós-parto.

As mulheres do grupo intervenção (GI) realizaram a massagem perineal digital (automassagem) ou receberam do acompanhante de sua escolha. A prática da massagem digital consiste na introdução de um ou dois dedos, três a quatro centímetros de profundidade na entrada da vagina, primeiramente aplicando e mantendo pressão no sentido descendente por dois minutos e depois por mais dois minutos para cada lado.⁽¹⁹⁾ As mulheres do grupo controle (GC) realizaram os cuidados habituais do pré-natal.

O convite para a participação das gestantes ocorreu a partir das unidades locais de saúde, na sala de espera - antes ou depois da consulta pré-natal - nos encontros de grupo de gestantes ou ainda, durante visita oferecida por uma das instituições, para conhecer a maternidade. Após o recrutamento das elegíveis, a coleta de dados foi sistematizada em quatro etapas.

A primeira etapa consistiu num encontro individual para randomização, sessão de orientação da intervenção e coleta de dados sociodemográficos (idade, estado civil, anos de estudo e cor da pele) e obstétricos (idade gestacional na randomização, local do pré-natal e ter tido parto, episiotomia ou laceração anterior). No encontro agendado para a randomização, antes do sorteio, as mulheres receberam informações escritas e orais sobre as evidências mais recentes acerca da episiotomia e da laceração espontânea. Para a randomização, foi gerada por computador uma sequência de números aleatorizados, os números foram inseridos em envelopes individualizados, opacos e lacrados. As participantes escolhiam um envelope e após abertura, era realizada a conferência do número sorteado para GI ou GC, na lista gerada de números aleatórios.

Todas as participantes foram instruídas a não revelar aos profissionais do pré-natal e da maternidade sobre o estudo, objetivando diminuir a possibilidade de viés na assistência e registro das condições perineais após o nascimento.⁽²⁰⁾

Na sessão de orientação, foram repassadas informações para as participantes do GI e acompanhantes, sobre como realizar a massagem na musculatura do assoalho pélvico diariamente por 5 a 10 minutos, a partir de 34 semanas de gestação até o dia do parto. As orientações contaram com a utilização de vídeo e folder explicativo, foi fornecido óleo de amêndoas para auxiliar na lubrificação vaginal durante a realização da massagem e um diário, para o registro da quantidade de dias de realização da massagem, se foi realizada pela gestante ou acompanhante e tempo médio de realização.

Na segunda etapa foram coletados dados sobre a assistência ao parto, por meio de entrevista com a puérpera na maternidade (ocorrência de manobra de Kristeller e manobra de Valsalva) e do prontuário (uso de analgesia, profissional que assistiu o parto, indução do trabalho de parto, uso de oxitocina, posição do parto, peso do recém-nascido e condição do períneo após o parto).

A terceira e quarta etapas caracterizaram-se pela entrevista por telefone aos 45 e 90 dias pós-parto, sendo coletados dados sobre sintomas observados nos primeiros 10 dias, bem como aos 45 e 90 dias pós-parto.

Para análise do desfecho principal, adesão das mulheres e acompanhantes à realização da massagem perineal durante a gestação, foram coletados dados da entrevista com as puérperas e acompanhantes (se conseguiram realizar a massagem conforme orientação, se fariam novamente em uma futura gestação e se recomendariam a prática) e do registro no diário (número de dias em que a gestante e/ou o acompanhante realizaram a massagem e o tempo médio em minutos de realização da massagem perineal). A resposta positiva a estas questões, somado à realização da massagem perineal por pelo menos 5 minutos em cada sessão, por no mínimo 10 dias, corresponderam a uma boa adesão da prática orientada.

Os dados acerca da condição do períneo após o parto (períneo íntegro, laceração de primeiro grau sem e com sutura, laceração de segundo grau ou episiotomia), foram coletados do prontuário. Os demais desfechos secundários investigados foram todos relatados pelas mulheres, com utilização da

Escala Analógica Visual com variação de 0 a 10 (0 = sem dor; 5 = dor moderada; e 10 = pior dor) para o desfecho dor em região perineal e dispareunia logo após o parto e nos 45 e 90 dias; o relato de sim ou não para os desfechos dor, vermelhidão, hematoma e edema em região perineal nos primeiros 10 dias pós-parto; a ocorrência de incontinência urinária, de gases e fecal nos 45 e 90 dias pós-parto; e o número de dias para o retorno da atividade sexual.

Os dados foram analisados no pacote Estatístico IBM SPSS. Na análise descritiva, verificou-se a frequência absoluta e relativa (variáveis categóricas) e medidas de posição e dispersão dos dados (variáveis numéricas). A distribuição normal dos dados foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov ou Shapiro Wilk, conforme tamanho amostral.

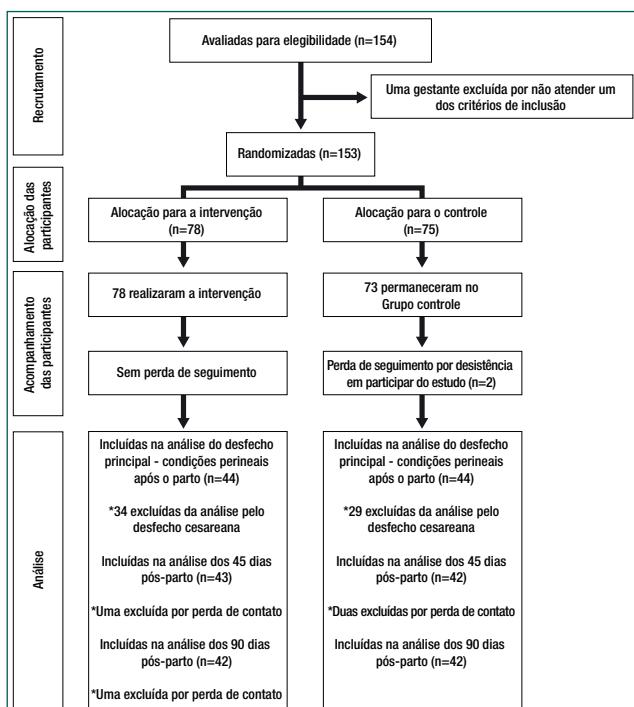
A comparação das variáveis numéricas entre o GI e GC foi realizada pelo teste t independente ou U de Mann-Whitney, conforme distribuição dos dados. Para a associação de variáveis categóricas com os grupos (GI e GC) foi realizado o teste Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fischer, com a apresentação da análise bruta dos respectivos Riscos Relativos (RR) e intervalo de confiança. Não foi possível realizar a análise ajustada do RR por variáveis de controle, pelo tamanho amostral do estudo.

Para as participantes do GI, foi realizado comparação das variáveis referentes à massagem perineal entre a ausência/presença do desfecho principal e desfechos secundários. Para as variáveis que apresentaram diferença do número de dias da massagem com o desfecho, foi realizada a análise de Curva ROC que leva em consideração os valores de sensibilidade e especificidade para obter a acurácia, área sobre a curva, e discriminar o melhor ponto de corte. O intervalo de confiança adotado foi de 95% e o nível de significância assumido foi de 5%.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob CAAE 53239416.8.0000.0121 e pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis sob parecer número 1.470.848. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O ECR foi registrado na plataforma virtual - Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC): RBR-4MSYDX.

Resultados

Participaram do estudo 153 mulheres, sendo 78 do GI e 75 do GC (Figura 1).⁽²¹⁾ Foram incluídas nas análises do desfecho principal e secundários as 88 mulheres que tiveram parto normal e, portanto, puderam avaliar a influência da massagem perineal digital pré-natal no trauma perineal no parto, sendo 44 do GI e 44 do GC. Devido à perda de contato com algumas mulheres, foram incluídas na análise dos 45 dias pós-parto, 43 mulheres no GI e 42 mulheres no GC; e na análise dos 90 dias pós-parto, 42 mulheres em cada grupo.



Fonte: Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMJ. 2010; 340(27):698-702.⁽²¹⁾

Figura 1. Fluxograma de ensaio clínico randomizado para tratamentos não farmacológicos

Quanto à adesão da massagem perineal, quase todas as mulheres (93%) do GI ($n= 44$) relataram conseguir realizar da forma como foram orientadas e que fariam novamente a prática em uma futura gestação (97,6%), sendo que todas recomendariam para amigas ou familiares. Vinte e quatro acompanhantes realizaram a massagem perineal a pedido das gestantes, todos fariam novamente e recomen-

dariam a prática. A maioria (83,3%) relatou conseguir realizar a prática da forma como foi orientado. O período médio entre as sessões de orientação da massagem perineal e o parto foi de 39,1 dias ($dp= 10,4$); a média do número de dias em que a massagem foi realizada foi de 22,5 dias ($dp= 12,8$), sendo que as gestantes realizaram a prática em média 12,8 dias ($dp= 13,4$) e os acompanhantes 10,5 dias ($dp= 12,7$). O tempo médio de realização de cada sessão foi de 7,5 minutos ($dp= 2,3$). A tabela 1 apresenta a linha de base das características sociodemográficas, obstétricas e da assistência ao parto das mulheres. Observa-se que os grupos foram homogêneos, não existindo diferença estatisticamente significativa entre eles. O intervalo médio entre o parto e a entrevista pós-parto (na maternidade) foi de 34,9 horas ($dp= 13,0$) no GI e 31,5 horas ($dp= 14,5$) no GC. Apenas uma parturiente recebeu analgesia, sendo esta do GC. Quase todas as parturientes foram assistidas por profissional médico no momento do parto e três por enfermeira, sendo estas do GI.

Em relação aos desfechos primários e secundários, na tabela 2 observa-se que apesar da frequência de trauma perineal com necessidade de sutura ter sido maior no grupo de mulheres que não realizou a intervenção ($GI= 22$ versus $GC= 31$), não houve diferença estatisticamente significativa entre ter realizado a massagem perineal digital pré-natal e a ocorrência de trauma perineal no momento do nascimento. Entretanto, o ajuste residual mostrou uma tendência das mulheres do GI apresentarem o períneo íntegro. Também não foram encontradas diferenças significativas nas médias de pontuação atribuídas pelas mulheres à dor perineal ou à dispareunia entre os dois grupos.

Na tabela 3 observa-se que a ocorrência de edema nos primeiros 10 dias após o parto, relatado pelas mulheres, foi significativamente menor nas mulheres do GI do que no GC ($RR\ 0,64\ IC\ 95\% 0,41-0,99$). Da mesma forma, a perda involuntária de gases, relatada pelas mulheres na entrevista 45 dias pós-parto, foi significativamente menor nas mulheres do GI do que no GC ($RR\ 0,57\ IC\ 95\% 0,38-0,86$). Nos demais desfechos não foram observadas diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 1. Características sociodemográficas, obstétricas e da assistência ao parto das mulheres, de acordo com o grupo de alocação (n = 88)

Características	Grupo intervenção (n = 44) n (%)	Grupo controle (n = 44) n (%)	p-value
Sociodemográficas			
Idade - Média (dp)	29,5(5,5)	31,1(6,1)	0,202
Anos de estudo - Média (dp)	15,8(5,2)	16,50(4,3)	0,504
Estado civil			
Solteira	7(15,9)	5(11,4)	0,803
Casada	19(43,2)	19(43,2)	
União consensual	18(40,9)	20(45,4)	
Cor da pele			
Branca	27(61,4)	32(72,7)	0,257
Não branca	17(38,6)	12(27,3)	
Obstétricas			
Idade gestacional USGsem. na randomização - Média (dp)	33,47(1,3)	33,50(1,5)	0,679 ^y
Partos anteriores			
Não	35(79,5)	35(79,5)	1,000
Sim (apenas um)	9(20,5)	9(20,5)	
Episiotomia anterior (n= 9)			
Não	6(66,7)	2(22,2)	0,153
Sim	3(33,3)	7(77,8)	
Lacerção c/ sutura anterior (n= 9)			
Não	4(44,4)	7(77,8)	0,335
Sim	5(55,6)	2(22,2)	
Pré-natal			
Serviço público	29(65,9)	29(65,9)	1,000
Serviço privado	15(34,1)	15(34,1)	
Assistência ao parto			
Local			
Maternidade A	30(68,2)	32(72,7)	0,432
Maternidade B	3(6,8)	6(13,6)	
Maternidade C	5(11,4)	2(4,5)	
Outra instituição	6(13,6)	4(9,2)	
Indução do parto*			
Não	33(75,0)	32(72,7)	0,808
Sim	11(25,0)	12(27,3)	
Uso de Ocitocina *			
Não	31(72,1)	28(65,1)	0,486
Sim	12(27,9)	15(34,9)	
Manobra de Kristeller			
Não	42(95,5)	41(95,3)	1,000
Sim	2(4,5)	2(4,7)	
Posição do parto*			
Horizontal	6(13,6)	5(11,4)	0,352
Vertical	38(86,4)	39(88,6)	
Manobra de Valsalva			
Não	17(38,6)	18(40,9)	0,828
Sim	27(61,4)	26(59,1)	
Peso do Recém-nascido* – Média(dp)	3310,2(520,1)	3179,4(445,7)	0,499

*Dados coletados no prontuário da puérpera

Por meio da análise de acurácia, foi possível verificar o melhor ponto de corte para a não ocorrência de edema nos primeiros 10 dias após o parto, realizar a massagem por 16 dias (área sob a curva – AUC= 0,74; sensibilidade= 81,8%; especificidade=

Tabela 2. Condições do períneo após o parto, de acordo com os grupos de alocação (n = 88)

Variáveis	Grupo intervenção (n = 44) n(%)	Grupo controle (n = 44) n(%)	p-value
Condições do períneo			
Períneo íntegro	15(34,9) ^y	7(15,9)	0,292
Lacerção de 1º grau sem sutura	6(14,0)	6(13,6)	
Lacerção de 1º grau com sutura	9(20,9)	10(22,7)	
Lacerção de 2º grau	12(27,9)	20(45,5) ^x	
Episiotomia	1(2,3)	1(2,3)	
		Média (Desvio-padrão)	Média (Desvio-padrão)
Escore de dor perineal logo após o parto		3,0(2,9)	4,1(2,9)
Retorno da atividade sexual (dias)		34,9(8,3)	36,1(15,3)
Escore de dor 45 dias pós-parto		1,4(2,1)	1,7(2,5)
Escore de dispneunia 45 dias pós-parto		2,3(2,2)	3,1(2,8)
Escore de dor 90 dias pós-parto		0,3(1,0)	0,3(0,9)
Escore de dispneunia 90 dias pós-parto		1,3(1,8)	2,0(2,5)

* Ajuste residual ≥2,0; ^x Teste U de Mann-Whitney (não paramétrico)**Tabela 3.** Efeitos da intervenção nos desfechos perineais de acordo com os grupos (n = 85)

Variáveis	Grupo intervenção (n = 43) n(%)	Grupo controle (n = 42) n(%)	RR (IC 95%)	p-value
Condições do períneo				
Sem trauma*	21(48,8)	13(29,5)	0,73 (0,51-1,03)	0,065
Com trauma	22(51,2)	31(70,5)		
Dor nos primeiros 10 dias				
Não	19(48,7)	20(51,3)	1,07 (0,72-1,58)	0,751
Sim	24(52,2)	22(47,8)		
Vermelhidão nos primeiros 10 dias				
Não	39(90,7)	35(83,3)	0,56 (0,18-1,77)	0,351
Sim	4(9,3)	7(16,7)		
Hematoma nos primeiros 10 dias				
Não	42(97,7)	40(95,2)	0,49 (0,05-5,19)	0,616
Sim	1(2,3)	2(4,8)		
Edema nos primeiros 10 dias				
Não	26(60,5) ^y	16(38,1)	0,64 (0,41-0,99)	0,032
Sim	17(39,5)	26(61,9) ^y		
Incontinência urinária 45 dias				
Não	30(69,8)	25(59,5)	0,75 (0,41-1,34)	0,323
Sim	13(30,2)	17(40,5)		
Incontinência fecal 45 dias				
Não	39(90,7)	39(92,9)	1,30 (0,31-5,47)	1,000
Sim	4(9,3)	3(7,1)		
Perda involuntária de gases 45 dias				
Não	34(79,1)	22(52,4)	0,57 (0,38-0,86)	0,009
Sim	9(20,9)	20(47,6)		
Incontinência urinária 90 dias (n=42)				
Não	32(76,2)	34(81,0)	1,25 (0,55-2,85)	0,595
Sim	10(23,8)	8(19,0)		
Incontinência fecal 90 dias (n=42)				
Não	42(100,0)	40(95,2)	- (-)	-
Sim	-(-)	2(4,8)		
Perda involuntária de gases 90 dias (n=42)				
Não	33(78,6)	27(64,3)	0,60 (0,30-1,22)	0,147
Sim	9(21,4)	15(35,7)		

* Períneo íntegro ou laceração de 1º grau sem sutura

70,6%). Para a não ocorrência de perda involuntária de gases aos 45 dias pós-parto, a diferença significativa foi encontrada no número de dias entre o primeiro dia de massagem e o parto, encontrando-se como melhor ponto de corte, ter iniciado a massagem com antecedência de 36,5 dias (AUC= 0,77; sensibilidade= 71,9% e especificidade= 85,7%).

Discussão

Os resultados mostraram uma boa adesão das participantes à realização da massagem, sendo esta executada, em média por 22,5 dias, tempo médio de 7,5 minutos por sessão, o que correspondeu às orientações realizadas (5 a 10 minutos). A maioria das mulheres conseguiu realizar a intervenção da forma como foram orientadas, afirmaram que fariam novamente em futura gestação e recomendariam para amigas ou familiares, corroborando com outros estudos.^(16,22)

Estudo qualitativo com 25 mulheres e 10 acompanhantes que participaram deste piloto, mostrou que a massagem perineal digital foi bem aceita, destacando a prática como uma oportunidade para o autoconhecimento e para a intimidade do casal, independentemente do tipo de parto ou do resultado perineal após o parto vaginal.⁽²³⁾ Estudo com abordagem quantitativa avaliou a aceitabilidade da massagem perineal diária por 113 primigestas, por meio de um questionário. Neste, 61,4% das entrevistadas indicaram que a prática era aceitável e apenas 25,7% relataram que a prática era constrangedora, 56,7% das participantes estavam felizes por seu marido/parceiro aceitar realizar a massagem para elas.⁽²⁴⁾

A participação dos companheiros na realização da massagem pode ser uma oportunidade para incluí-los nos cuidados que objetivam o preparo para o parto. Quando esse é o desejo da gestante, a realização da massagem perineal pelo companheiro, além de facilitar a realização da prática, pode proporcionar um momento que favoreça o vínculo com a parceira e com o bebê que está para chegar. Estudos recentes demonstram que, apesar das mudanças ocorridas na sociedade, a participação do

homem durante o pré-natal, parto, pós-parto e cuidados com o bebê, ainda é pouco incentivada, e que muitos deles ainda não compreendem a necessidade e importância de sua presença nesse período.^(25,26)

Apesar dessa pesquisa ser um estudo piloto, mostrou que a massagem perineal foi fator de proteção para dois desfechos secundários relatados pelas mulheres, o edema nos 10 primeiros dias pós-parto e a incontinência de gases 45 dias pós-parto.

O edema perineal está intimamente relacionado à dor após o parto, estando significativamente menos presente no relato das mulheres do GI. Estudo que avaliou o tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal, das 56 puérperas com dor no períneo, 42,9% tiveram alterações perineais, destacando-se a ocorrência de edema em 37,5%, hiperemia em 5,4% e equimose em 3,6% das participantes. Estas mulheres caracterizaram a dor perineal como latejante, que repuxa, que esquenta, ardida, dolorida, chata, incômoda, que prende e que deixa tensa, limitando atividades da vida diária, como sentar, deitar e deambular.⁽⁷⁾ Considerando que a massagem perineal na gestação reduz o edema puerperal, essa prática pode indiretamente contribuir para a redução da dor e do tempo de recuperação após o parto.

A incontinência de gases pode ser incluída na definição de incontinência fecal, ou seja, quando há perda involuntária de conteúdo fecal pelo ânus. Mesmo que isoladamente, a perda involuntária de gases pode afetar de forma significativa a qualidade de vida da pessoa.⁽²⁷⁾ A incontinência anal está entre as principais complicações agudas da episiotomia,⁽²⁸⁾ podendo provocar situações constrangedoras e de grande incômodo para as mulheres. Embora não tenha sido avaliado a associação da perda de gases e o trauma perineal ou que a associação com a perda involuntária de gases não tenha se mantido aos 90 dias no presente estudo, os resultados mostraram aspectos relacionados à qualidade de vida das mulheres que realizaram a massagem perineal digital, aos 45 dias de pós-parto.

Em virtude do presente estudo se tratar de um estudo piloto, os resultados acerca da redução de edema nos primeiros 10 dias pós-parto e incontinência de gases relatada aos 45 dias pós-parto, apontam possíveis benefícios desta massagem. Além

disso, o ajuste residual ≥ 2 observado na análise das condições do períneo após o parto, de acordo com os grupos de alocação, mostra uma tendência das mulheres do GI apresentarem maior chance de terem o períneo íntegro após o parto. Essa análise mostra que a efetividade da massagem perineal digital para a prevenção do trauma perineal precisa ser avaliada em outros estudos experimentais.

Como limitações deste estudo destaca-se a avaliação dos desfechos secundários com base na percepção das mulheres sobre os sintomas apresentados no períneo e a impossibilidade de conclusões definitivas, tendo em vista o tamanho reduzido da amostra.

Na condução deste estudo piloto de ensaio clínico, não foram encontradas dificuldades na adesão das gestantes e de seus acompanhantes, na realização da massagem perineal digital para a prevenção do trauma perineal. As dificuldades para o alcance do tamanho amostral se deram pela dificuldade no recrutamento das participantes e nos elevados índices de cesariana. A primeira foi prejudicada pois não foi possível obter o contato telefônico das gestantes que realizavam pré-natal no período da coleta de dados. A segunda está relacionada aos elevados índices de cesárea encontrados, 43,6% no GI e 39,7% no GC, que levaram à exclusão das participantes da pesquisa.

Essas limitações são factíveis de serem reduzidas em outros estudos experimentais. Sugere-se o uso de instrumentos de medida para a avaliação dos desfechos secundários, o estabelecimento de parceria com as instituições que compõem a atenção primária à saúde para o recrutamento das participantes e a possibilidade de condução de ECR em instituições com modelos alternativos de assistência, com menores índices de intervenção.⁽²⁹⁾

Conclusão

Com base nos resultados deste estudo piloto, avaliamos que a massagem perineal digital na gestação é uma prática exequível na realidade brasileira, uma vez que as gestantes e acompanhantes demonstraram boa adesão à intervenção e seguiram as orientações

sobre como realizá-la. Apesar de não reduzir o trauma perineal na população estudada, a massagem perineal mostrou associação para a redução do edema nos primeiros 10 dias pós-parto e de incontinência de gases aos 45 dias pós-parto, conforme relato das participantes. Recomenda-se a realização de ECR no Brasil, para avaliar a efetividade da massagem perineal sobre o trauma perineal no parto e a inclusão dessa prática nas orientações de pré-natal, para que as gestantes se beneficiem dos resultados encontrados nesse estudo.

Colaborações

Monguilhott JJC, Brüggemann OM, Velho MB, Knobel R e Costa R contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

- Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:59.
- da Silva FM, de Oliveira SM, Bick D, Osava RH, Tuesta EF, Riesco ML. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. *J Clin Nurs*. 2012;21(15-16):2209-18.
- Ott J, Gritsch E, Pils S, Kratschmar S, Promberger R, Seemann R, et al. A retrospective study on perineal lacerations in vaginal delivery and the individual performance of experienced midwives. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:270.
- Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;5(5):CD002006. Review.
- Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7(7):CD003766.
- Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol*. 2012;119(3):647-55. Review.
- Francisco AA, Oliveira SM, Santos JO, Silva FM. Evaluation and treatment of perineal pain in vaginal postpartum. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(1):94-100.
- Silva NL, Oliveira SM, Silva FM, Santos JO. Dispareunia, dor perineal e cicatrização após episiotomia. *Rev Enferm UERJ*. 2013;21(2):216-20.
- Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, Reinhar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;12:CD006672. Review.

10. Zhou F, Wang XD, Li J, Huang GQ, Gao BX. Hyaluronidase for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(2):CD010441. Review.
11. Kok J, Tan KH, Koh S, Cheng PS, Lim WY, Yew ML, et al. Antenatal use of a novel vaginal birth training device by term primiparous women in Singapore. *Singapore Med J.* 2004;45(7):318-23.
12. Azanza MA, Langreo AS, Requeijo IG, Grande MG, Gutiérrez-Argumosa GE, García IC. ¿Es el dispositivo Epi-No® una herramienta de prevención de las lesiones perineales de origen obstétrico? *Prog Obs Ginecol.* 2016;59(3):125-33.
13. Kamisan Atan I, Shek KL, Langer S, Guzman Rojas R, Caudwell-Hall J, Daly JO, et al. Does the Epi-No® birth trainer prevent vaginal birth-related pelvic floor trauma? A multicentre prospective randomised controlled trial. *BJOG.* 2016;123(6):995-1003.
14. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(4):CD005123. Review.
15. Leon-Larios F, Corrales-Gutierrez I, Casado-Mejía R, Suarez-Serrano C. Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: a quasi-randomised controlled trial. *Midwifery.* 2017;50:72-77.
16. Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Women's views on the practice of prenatal perineal massage. *BJOG.* 2001;108(5):499-504.
17. Feeley N, Cossette S, Côté J, Héon M, Stremler R, Martorella G, et al. The importance of piloting an RCT intervention. *Can J Nurs Res.* 2009;41(2):85-99. Review.
18. Kelsey JL, Whittemore AS, Evans AS, Thompson WD. Methods in Observational Epidemiology. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1996.
19. Labrecque M, Eason E, Marcoux S, Lemieux F, Pinault JJ, Feldman P, et al. Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. *Am J Obs Gynecol.* 1999;180(3 Pt 1):593-600.
20. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica. 4th ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.
21. Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ.* 2010; 340(27):698-702.
22. Gomme C, Sheridan M, Bewley S. Antenatal perineal massage: Part 2. *Br J Midwifery.* 2004;12(1):60-4.
23. Monguilhott JJ. Massagem perineal na gestação para prevenção do trauma perineal no parto: abordagem quantitativa e qualitativa [tese]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2018.
24. Ismail SI, Emery SJ. Patient awareness and acceptability of antenatal perineal massage. *J Obstet Gynaecol.* 2013;33(8):839-43.
25. Caires T, Vargens O. A exclusão do pai da sala de parto: uma discussão de gênero e poder. *Rev Enf Ref.* 2012;3(7):159-68.
26. Mendonça FA, Nations MK, Sampaio LR, Oliveira ME, Bento MC, Oliveira SL, et al. Percepção do pai acerca da escolha do tipo de parto. *Investig Qual em Saúde.* 2016;2:1137-46.
27. Leite J, Poças F. Tratamento da incontinência fecal. *Rev Port Coloproct.* 2010;7(2):68-72.
28. Viana IO, Quintão A, Andrade CR, Ferreira FA, Dumont RD, Ferraz FO, et al. Episiotomia e suas complicações: revisão da literatura. *Rev Med Minas Gerais.* 2011;21(2 Supl 4):43-6.
29. Ritter SK, Gonçalves AC, Gouveia HG. Care practices in normal-risk births assisted by obstetric nurses. *Acta Paul Enferm.* 2020;33(11):1-8.