



**Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,  
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À LACERAÇÃO PERINEAL:  
UMA ANÁLISE BASEADA NOS DADOS DO INQUÉRITO  
NASCER NO BRASIL**

**Luciana Mamede Gomes**

**Rio de Janeiro  
2022**



**Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,  
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À  
LACERAÇÃO PERINEAL: UMA ANÁLISE  
BASEADA NOS DADOS DO INQUÉRITO NASCER  
NO BRASIL**

**Luciana Mamede Gomes**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Daniele Marano

Coorientador: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Marcos Augusto Bastos Dias

**Rio de Janeiro  
2022**

CIP - Catalogação na Publicação

Gomes , Luciana Mamede.

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À LACERAÇÃO PERINEAL: UMA ANÁLISE BASEADA NOS DADOS DO INQUÉRITO NASCER NO BRASIL / Luciana Mamede Gomes . - Rio de Janeiro, 2022.  
144 f.; il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2022.

Orientadora: Daniele Marano .

Co-orientador: Marcos Augusto Bastos Dias Bastos Dias .

Bibliografia: f. 93-105

1. Laceração perineal . 2. Fatores de risco. 3. Parto normal. I. Título.

*Aos meus filhos, sempre foi e  
sempre será por vocês*

## AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus que me permitiu coordenar a difícil rotina feminina de acumular múltiplos papéis, e ainda assim conseguir cumprir a meta, sem Ele nada seria possível.

À minha família que foi meu suporte e incentivo, amo vocês.

À minha mãe que sempre esteve e estará presente.

Aos meus orientadores pelos ensinamentos preciosos, especialmente à minha orientadora com quem muito aprendi.

Sorte a minha ter tido pessoas muito especiais que me inspiraram: família, amigas, pacientes, nossa turma e profissionais exemplares no meu caminho.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABIPEME – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynecologists*

AIG – Adequado para Idade Gestacional

DMG – Diabetes *Mellitus* Gestacional

DSM-V – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais

GIG – Grande para Idade Gestacional

IA - Incontinência Anal

ICS – Sociedade Internacional de Continência

IDB – Indicadores e Dados Básicos para Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

INTERGROWTH21st – *International Fetal and New Born Growth Consortium for the 21st Century*

IOM – *Institute of Medicine*

IU - Incontinência Urinária

LILACS – Literatura da América Latina e do Caribe

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MS- Ministério da Saúde

NICE - *National Institute for Health and Care Excellence*

OASIS - *Obstetric anal sphincter injuries*

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS-Organização Pan-Americana da Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização do Parto e Nascimento

PIG – Pequeno para Idade Gestacional

POP – Prolapso de Órgãos Pélvicos

RAMI - Rede de Atenção Materna e Infantil

*RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*

RN - Recém-Nascido

RNBP – Recém-Nascido de Baixo Peso

RNEBP – Recém-Nascido de Extremo Baixo Peso

RNMBP – Recém-Nascido de Muito Baixo Peso

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivo

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Figuras

Figura 1 – Assoalho pélvico/períneo .....	24
Figura 2 – Graus de laceração perineal .....	26
Figura 3 – Apresentação fetal adequada occipital anterior.....	37
Figura 4 – Posições adotadas no período expulsivo .....	42
Figura 5 – Manobra de Kristeller .....	44
Figura 6 – Fórceps e extrator à vácuo.....	46

### Quadros

Quadro 1 – Questões observadas para classificação em classes econômicas	57
Quadro 2 – Pontos de corte utilizados para classificação do estado nutricional pré-gestacional, ganho ponderal e taxa de ganho de peso no segundo e terceiro trimestre .....	58

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1– Análise bivariada dos fatores sociodemográficos, relativos ao feto/recém-nascido, maternas e às condutas e intervenções da equipe obstétrica no trabalho de parto. Brasil 2011-2012.....	87
Tabela 2 – Regressão logística multivariada dos fatores sociodemográficos, relativas ao feto/recém-nascido, maternas e às condutas e intervenções da equipe obstétrica no trabalho de parto. Brasil 2011-2012 .....	89

## RESUMO

**Introdução:** A laceração perineal se caracteriza por trauma nos tecidos perivaginais durante a expulsão fetal no parto vaginal. Inúmeros fatores de risco já foram elucidados pela literatura, todavia, os resultados ainda são divergentes. **Objetivo:** Verificar a prevalência da laceração perineal e seus principais fatores de risco. **Métodos:** Foi realizado estudo transversal baseado nos dados do Inquérito “*Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento*” de âmbito nacional e base hospitalar, realizado entre 2011 e 2012, com 23.894 puérperas. Foram excluídas as mulheres com gestação gemelar, que foram submetidas a cesariana e aquelas em que foi realizado episiotomia. A variável dependente, laceração perineal, foi obtida nos registros do questionário da mulher com base na sua percepção. As variáveis independentes foram organizadas em três níveis, o distal que se referiu às características sociodemográficas (idade materna, cor da pele, região do domicílio, escolaridade materna e classe econômica), o intermediário referente ao feto/recém-nato (apresentação fetal, peso ao nascer em relação à idade gestacional) e as questões maternas (estado nutricional pré-gestacional, adequação do ganho de peso gestacional e paridade), e o nível proximal que foi constituído pelas condutas e intervenções da equipe obstétrica (indução do trabalho de parto, posição da parturiente adotada no período expulsivo, prescrição de analgésico/ anestesia, manobra de Kristeller, e parto instrumental). A avaliação foi realizada a partir dos resultados das análises bivariadas e seus respectivos valores-p, com nível de significância  $< 0,20$ . Para a análise multivariada, foram inseridas as variáveis contidas no nível distal, conservadas no modelo quando significativas. **Resultados:** Das 5.397 puérperas avaliadas, 48% relataram ter tido laceração perineal. Os fatores associados ao desfecho no nível distal foram a idade materna entre 12 e 19 anos (OR= 1,37; IC 95%: 1,03-1,83) e a região de domicílio (Centro-Oeste (OR= 2,42; IC 95%: 1,49-3,94), Sudeste (OR= 2,31; IC 95%: 1,54-3,46), Sul (OR= 1,73; IC 95%: 1,12-2,68), Nordeste (OR= 1,55; IC 95%: 1,05-2,30). No nível intermediário, foi o peso ao nascimento referente ao recém-nascido pequeno para idade gestacional (OR= 0,53; IC 95%: 0,36-0,80) e a primiparidade (OR= 2,72; IC 95%: 1,99-3,70). No nível proximal, apenas a manobra de Kristeller foi associada ao desfecho (OR= 1,41; IC 95% 1,14-1,75). **Conclusão:** Ser adolescente, primípara, residir em qualquer região do país, com exceção da Norte e ter experienciado manobra de Kristeller no parto foram fatores que aumentaram a chance de laceração perineal. Todavia, ter tido recém-nascido pequeno para idade gestacional foi um fator protetor. Apesar de inúmeros fatores não serem passíveis de intervenção, reitera-se a relevância da adoção das recomendações de assistência ao parto vigentes.

**Palavras-chave:** Laceração perineal. Fatores de risco. Parto normal.

## ABSTRACT

**Introduction:** Perineal laceration is characterized by trauma to the perivaginal tissues during fetal expulsion in vaginal delivery. Numerous risk factors have already been elucidated in the literature, however, the results are still divergent. **Objective:** To verify the prevalence of perineal laceration and its main risk factors. **Methods:** A cross-sectional study was carried out based on data from the Survey "Birth in Brazil: National Survey on Childbirth and Birth" nationwide and hospital-based, carried out between 2011 and 2012, with 23,894 mothers. Women with twin pregnancies, who underwent cesarean section and those who underwent episiotomy were excluded. The dependent variable, perineal laceration, was obtained from the woman's questionnaire records based on her perception. The independent variables were organized into three levels, the distal one referring to sociodemographic characteristics (maternal age, skin color, region of domicile, maternal education and economic class), the intermediate one referring to the fetus/newborn (fetal presentation, weight at birth in relation to gestational age) and maternal issues (pre-gestational nutritional status, adequacy of gestational weight gain and parity), and the proximal level that was constituted by factors related to the conduct and interventions of the obstetric team (induction of labor delivery, position of the parturient adopted during the second stage, prescription of analgesics/anesthesia, Kristeller maneuver, and instrumental delivery). The evaluation was carried out based on the results of the bivariate analyzes and their respective p-values, with a significance level  $< 0.20$ . For the multivariate analysis, the variables contained in the distal level were inserted, kept in the model when significant. **Results:** Of the 5,397 postpartum women evaluated, 48% reported having had a perineal laceration. Factors associated with the outcome at the distal level were maternal age between 12 and 19 years (OR= 1.37; 95% CI: 1.03-1.83) and region of domicile (Midwest (OR= 2.42; 95% CI: 1.49-3.94), Southeast (OR= 2.31; 95% CI: 1.54-3.46), South (OR= 1.73; 95% CI: 1.12-2.68), Northeast (OR= 1.55; 95% CI: 1.05-2.30). At the intermediate level, it was the birth weight for the small-for-gestational-age newborn (OR= 0.53; 95% CI: 0.36-0.80) and primiparity (OR= 2.72; 95% CI: 1.99-3.70). At the proximal level, only the Kristeller maneuver was associated with outcome (OR= 1.41; 95% CI 1.14-1.75) **Conclusion:** Being a teenager, primiparous, residing in any region of the country and having experienced the Kristeller maneuver during childbirth were factors that increased the chance of perineal laceration. However, having a small-for-gestational-age newborn was a protective factor. Although many factors are not subject to intervention, the importance of adopting care recommendations is reiterated. to delivery in force.

**Keywords:** Perineal laceration. Risk factors. Normal bir

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>17</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>18</b>
3.1 Objetivo geral .....	18
3.2 Objetivos específicos.....	18
<b>4 MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>19</b>
4.1 Contextualização histórico-política de assistência ao parto .....	19
4.2 Região Pélvica - o segmento anatômico de ocorrência da laceração .....	23
4.3 Laceração perineal.....	25
4.4 O trabalho de parto eutócito e distócico .....	27
4.5 O mecanismo de expulsão no parto e a ocorrência de laceração.....	28
4.6 Fatores de risco associados às lacerações perineais .....	29
4.6.1 Fatores sociodemográficos .....	30
4.6.1.1 Idade materna .....	30
4.6.1.2 Cor da pele.....	31
4.6.1.3 Região de domicílio.....	32
4.6.1.4 Nível de escolaridade materna e condição social.....	33
4.6.2 Fatores de risco relativos ao feto/recém-nato .....	34
4.6.2.1 Peso do recém-nascido.....	34
4.6.2.2 Idade gestacional .....	35
4.6.2.3 Apresentação fetal.....	36
4.6.3 Fatores de risco maternos.....	38
4.6.3.1 Estado nutricional pré-gestacional e adequação do ganho de peso gestacional .....	38
4.6.3.2 Antecedentes obstétricos .....	39
4.6.4 Fatores de risco relacionados à condução e intervenção da equipe obstétrica no trabalho de parto.....	40
4.6.4.1 Indução do trabalho de parto.....	40
4.6.4.2 Posturas adotadas pela parturiente no período expulsivo.....	41
4.6.4.3 Analgesia e anestesia .....	42
4.6.4.4 Manobra de Kristeller .....	43
4.6.4.5 Parto instrumental .....	45
4.7 Complicações associadas às lacerações perineais .....	46

<b>5 MÉTODOS .....</b>	<b>50</b>
5.1 Descrição do estudo principal .....	50
5.2 Desenho do estudo principal .....	50
5.3 Critérios de elegibilidade e exclusão do estudo principal .....	52
5.4 Instrumentos de coleta de dados do estudo principal.....	52
5.5 Amostra do estudo principal .....	54
5.6 Métodos do presente estudo .....	54
5.7 Variáveis do presente estudo .....	55
5.7.1 Variável dependente.....	55
5.7.2 Variáveis independentes .....	55
5.7.2.1 Variáveis relativas ao feto/recém-nato .....	57
5.7.2.2 Variáveis maternas.....	58
5.7.2.3 Variáveis da condução e intervenções da equipe obstétrica durante o trabalho de parto .....	59
<b>6 ANÁLISES ESTATÍSTICAS .....</b>	<b>60</b>
<b>7 QUESTÕES ÉTICAS .....</b>	<b>61</b>
<b>8 ARTIGO CIENTÍFICO .....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO 1 – Comitê de Ética e Pesquisa – ENSP/Fiocruz .....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO 2 – Termo de autorização para uso de banco de dados da Pesquisa Nascer no Brasil .....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXO 3 – Comitê de Ética e Pesquisa IFF/Fiocruz.....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO 4 – Parecer do Comitê de Ética de Pesquisa – Plataforma Brasil ....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXO 5 – Questionário Hospitalar – Puérpera (Q1).....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO 6 – Instrumento de coleta de dados do prontuário (Q2) .....</b>	<b>130</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A “Lista de Referência Global de 100 Indicadores de Saúde Fundamentais” da Organização Mundial de Saúde (OMS), lançada em 2015, apresentou a morbidade como um indicador capaz de evidenciar diagnósticos da situação de saúde, da qualidade e do desenvolvimento, de um país (OMS, 2015). Portanto, é de extrema importância mensurar a ocorrência da doença, lesão e incapacidade para tomada de decisão, melhoria da saúde da população e construção de programas e políticas públicas (OPAS, 2018).

De forma semelhante, no Brasil, em 1996 foram estabelecidos os Indicadores e Dados Básicos para Saúde (IDB) que também reconhecem a morbidade como um indicador de saúde. O IDB também contribui com a avaliação da situação de saúde no cenário epidemiológico, no aprimoramento do acesso ao cuidado, assistência e qualidade da saúde materno-infantil (NUNES et al., 2016).

Embora, nos últimos 30 anos, os dados relacionados à saúde materna tenham apresentado melhores resultados, a OMS, em 2019, ainda verificou que a prevalência de morbimortalidade materna permanece alta (BRASIL, 2019). Algumas morbidades podem ter efeitos e desfechos adversos graves para a mulher, tais como a mortalidade materna e o *near miss* materno, que foi conceituado pela OMS em 2009 como a situação de quase óbito de uma mulher que sobreviveu a uma complicação grave ocorrida durante a gravidez, parto ou puerpério (OMS, 2011).

Outras morbidades (lacerações perineais, fístulas vaginais, cefaleias pós-raquianestesia) detêm menor gravidade e risco de óbito. Todavia, não

devem ser desconsideradas, pois acarretam dor, desconfortos, alterações na vida reprodutiva, sexual, conjugal e social e podem evoluir de maneira crônica (CUNNINGHAM et al., 2014; REIS, 2019).

Para reduzir a incidência de morbidade e mortalidade materna no período perinatal, a OMS publicou, em 2018, diretrizes baseadas em evidências sobre cuidados e boas práticas necessárias durante o trabalho de parto e pós-parto imediato com foco no trabalho de parto espontâneo, contemplando recomendações sobre prevenção e proteção ao trauma perineal (OMS, 2018). Entretanto, com base nos resultados advindos de um estudo de âmbito nacional observou-se que no Brasil ainda são utilizadas inúmeras conduções e práticas de intervenção no parto vaginal não recomendadas pela OMS e consideradas prejudiciais à parturição, tais como a episiotomia, a restrição da parturiente ao leito durante o trabalho de parto, o uso de ocitocina, entre outras (LEAL et al., 2014).

Durante o parto vaginal podem ocorrer lesões como o trauma perineal que se qualificam por algum dano ocorrido no períneo e que podem se estender para outras estruturas anatômicas que compõem o assoalho pélvico (SANTOS et al., 2019). O trauma perineal é caracterizado pela perda da integridade tecidual que pode ocorrer derivada da prática de episiotomia, ou pela laceração perineal (CAMARGO et al., 2019).

É importante ressaltar que a episiotomia que é uma incisão cirúrgica intencional praticada pela equipe sob o argumento de favorecer o processo de expulsão fetal, que pode acarretar dano ao períneo e pode se estender para outras estruturas anatômicas que compõem o assoalho pélvico (SANTOS et al., 2019). Embora, desde 1996, a OMS tenha definido que essa prática deva

ser realizada em torno de 10% dos partos normais por indicação seletiva e restrita, sua realização rotineira ainda é comum e pode ser associada à violência obstétrica (OMS, 1996; OMS,2014). De acordo com Leal et al. (2019), esse procedimento ainda é realizado em quase 40% das mulheres na assistência privada e em quase um terço na assistência pública (LEAL et al., 2019). Portanto, essa intervenção é considerada uma prática ineficiente e prejudicial como estratégia de proteção das funções relacionadas ao períneo e ao assoalho pélvico (CARVALHO, 2012).

Quanto às lacerações perineais a ruptura tecidual ocorre de maneira espontânea e involuntária durante a passagem da cabeça do recém-nascido pela via de parto vaginal, entretanto embora o mecanismo de ocorrência e agravamento das lacerações seja espontâneo, esse desfecho pode ser favorecido pelas condutas e intervenções adotadas pela equipe obstétrica no momento do parto (CAMARGO et al., 2019).

As lacerações perineais são classificadas em quatro graus de gravidade I, II, III, IV, sendo que as mais frequentes são as I e II. As lacerações de graus III e IV causam maior comprometimento do plano tecidual afetando mais as estruturas anatômicas do assoalho pélvico com consequências nas principais funções relacionadas ao segmento, como a sexual, ginecológica, urinária, coloproctológica e de sustentação dos órgãos pélvicos. Destaca-se que a lesão de grau IV resulta em desfechos ainda mais comprometedores, especialmente relacionados aos esfíncteres anais (RCOG, 2015).

É importante destacar que tais lesões podem apresentar repercussões crônicas como quadro algíco com impedimento do intercurso da relação sexual, perdas urinárias involuntárias, funções relacionadas ao esfíncter anal e

prolapso de órgãos pélvicos demandando cirurgias (BO et al., 2021). Em 2019, Aguiar et al. realizaram um estudo transversal com 765 parturientes atendidas em uma maternidade de Fortaleza e verificaram que 55% da amostra sofreu algum tipo de laceração perineal, sendo que a maior parte (52,5%) foi relativa aos graus I e II e 2,5%, aos graus III e IV.

O estudo transversal conduzido por Oliveira et al. (2014), em uma maternidade de Ribeirão Preto (SP), realizado entre 2009 e 2010, verificou que das 3.034 parturientes que tiveram parto vaginal, 36,42% e 0,9% apresentaram laceração perineal leve e grave, respectivamente. A avaliação da frequência das lacerações entre as mulheres brasileiras é dificultada pela falta de dados com âmbito nacional, dado que só foi encontrado um inquérito nacional, realizado entre 2011 e 2012. Outro ponto que merece ser apontada é que entre os estudos nessa temática não há padronização do diagnóstico de lacerações perineais (OLIVEIRA et al., 2014).

Em relação aos fatores de risco associados às lacerações perineais, nota-se que são multifatoriais e associados às características sociodemográficas, referentes ao feto/recém-nato, questões maternas e às conduções e intervenções da equipe obstétrica durante o trabalho de parto. Tais fatores podem, de forma isolada ou associada, favorecer ou até mesmo intensificar a ocorrência de laceração no assoalho pélvico e seu grau de comprometimento (ROCHA; ZAMBERLAN, 2018).

Apesar de inúmeros estudos já terem elucidado os principais fatores de risco associados às lacerações, nota-se que ainda são escassos os artigos que os analisaram de forma conjunta e com base em dados de âmbito nacional. Portanto, o presente estudo tem como objetivo avaliar a associação entre à

laceração perineal e fatores de risco sociodemográficos, relativos ao feto/recém-nato, maternos e às condutas e intervenções da equipe obstétrica durante o trabalho de parto.

## 2 JUSTIFICATIVA

Embora haja internacionalmente e no Brasil destacada relevância para as questões relacionadas à mortalidade materna e morbidades graves (*near miss* materno), torna-se necessária a atenção e o cuidado para outras morbidades menos graves que ainda são subnotificadas, tais como as lacerações perineais. Essa morbidade pode acarretar inúmeros desfechos negativos e comprometer o equilíbrio biopsicossocial, às relações sociais e laborais e à qualidade de vida das mulheres. Além disso, demandam acompanhamento de modalidades terapêuticas interprofissionais e procedimentos mais especializados em saúde da mulher que geram aumento dos custos para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Os principais fatores de risco associados às lacerações perineais já foram evidenciados cientificamente, todavia, ainda existem lacunas no conhecimento devido à incompletude de informação sobre esse desfecho no prontuário da mulher e/ou no cartão de pré-natal, sobretudo no que diz respeito ao grau da laceração perineal, a análise dos fatores de risco individualmente e a divulgação de resultados de estudos não representativos.

Portanto, a avaliação dos principais fatores associados à ocorrência da laceração perineal, com base nos dados do único inquérito nacional sobre parto e nascimento, poderá contribuir para obtenção de evidências mais robustas sobre essa temática a fim de contribuir com a assistência pré-natal brasileira.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Avaliar a associação entre a laceração perineal e os fatores de risco sociodemográficos, relativos às características do feto/recém-nato, maternas e às condutas e intervenções da equipe obstétrica durante o trabalho de parto.

#### **3.2 Objetivos específicos**

1. Descrever a frequência da laceração perineal baseada na percepção das puérperas;
2. Descrever a frequência dos fatores de risco sociodemográficos, relativos às características do feto/recém-nato, maternas e às condutas e intervenções da equipe obstétrica no trabalho de parto;
3. Investigar através de um modelo hierarquizado os potenciais fatores associados à laceração perineal.

## **4 MARCO TEÓRICO**

### **4.1 Contextualização histórico-política de assistência ao parto**

Uma breve retrospectiva sobre a história do processo de nascimento no Brasil, sua relação com as políticas de atenção ao parto e ao cenário até 2018 foi realizada por Tortato e Bueno (2019) com base na obra de Mary Del Priore (2016) e da historiadora Maria Lúcia Mott (1999).

Segundo as autoras, o corpo feminino sempre esteve relacionado ao processo de gestar e parir, os quais foram concebidos até o século XVIII como vivências exclusivamente feminina, permeadas por muitos significados culturais e religiosos e de valores femininos que reuniam mulheres da mesma família, vizinhas e parteiras (TORTATO; BUENO, 2019).

No Brasil, o processo de parturição, que também era uma função exclusivamente feminina, se desenvolveu sendo acompanhado por parteiras desde o século XVI como prática legalizada e de prestígio, mas que ao longo da história da medicina moderna perdeu seu espaço essencialmente feminino. Isso ocorreu devido ao processo de cientificização e tecnologia do estudo e prática da medicina, cada vez mais medicalizado e intervencionista na apropriação do processo natural de nascer, e que passou a considerar a mulher como sujeito incapaz de conhecimento, excluindo-a do papel de protagonista deste processo de parturição (LETA, 2014).

A partir de 1808, com a chegada da Família Real ao Brasil e dos portugueses aristocráticos, surgiram demandas para criação de instituições nosocomiais para o atendimento desta população e para o funcionamento de

escolas de cirurgia e medicina que passaram a controlar e regulamentar o processo de parturição (OLIVEIRA, 2016).

Ressalta-se que havia também uma cultura e um discurso médico higienista atribuído à mulher associado a uma visão de inferioridade e marginalização feminina (TORTATO; BUENO, 2019). O desejo de legitimar o ensino e a prática da medicina no Brasil trouxe mudanças de paradigmas históricos e culturais, desqualificando a atuação das parteiras e das demais mulheres, e institucionalizando o parto e práticas ginecológicas em ambientes hospitalares (CRUZ, 2020).

Desde então, a mulher passou a representar para medicina uma fonte de estudo para o estabelecimento das diferenças biológicas de gênero, com princípios higienistas que regulavam a prática sexual feminina e a submetia às práticas médicas relacionadas exclusivamente a reprodução e parturição intervencionista, sem autonomia para suas decisões ou desejos próprios, numa sociedade patriarcal que colocou a mulher em posição de inferioridade (CRUZ, 2020).

Esta visão histórico-cultural permaneceu por muito tempo, até que o desejo de mudança foi percebido nos movimentos sociopolíticos e culturais, de reabertura política e redemocratização, com ampla participação da sociedade civil, dos profissionais da saúde, do movimento estudantil e das feministas, que confluíram para o movimento da Reforma Sanitária e para a criação do SUS com novos princípios norteadores na saúde pública (FERREIRA; SALES, 2017).

A partir desse importante marco para a saúde pública brasileira, novas ações ocorreram como a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde

da Mulher (PAISM) em 1983, que inicialmente se detinha ao planejamento familiar e assistência obstétrica com foco no cuidado do recém-nascido (BRASIL, 2004).

Após a implantação do PAISM, o Ministério da Saúde (MS) passou a produzir uma série de manuais normativos para determinar os elementos que deveriam ser garantidos para assistência feminina (BRASIL, 1998).

Em 1996, a OMS lançou um relatório intitulado “*Recomendações da OMS*”, com orientações sobre rotinas com tecnologias adequadas ou não para o parto, que foi baseado em evidências sobre as práticas mais comuns (ROCHA; NOVAES, 2010).

Em 1998, o MS publicou a terceira edição do manual de pré-natal, intitulado “*Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos*” o qual foi revisado e republicado em 2000. O objetivo deste manual foi organizar a rede assistencial, demonstrar a importância da educação continuada em saúde e normatizar as práticas oferecidas, tendo como enfoque a melhoria da qualidade da assistência obstétrica no país (BRASIL, 1998; BRASIL, 2000a).

Em 2000, o MS, com base nas recomendações da OMS (1996), implementou o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) com objetivo de assegurar o acesso, a cobertura e a qualidade do serviço pré-natal, do parto ao puerpério, direitos das mulheres, cuidado do recém-nascido, e redução das taxas de morbimortalidade materna no Brasil utilizando a humanização como estratégia (BRASIL, 2000b).

Embora o PAISM contivesse muito das ideias defendidas pelo movimento de mulheres, era necessário ampliar seu conteúdo para atender as necessidades epidemiológicas de saúde, os anseios e os direitos femininos.

Somente em 2004, o programa alcançou status de política passando a se chamar Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Com a implementação dessa política, observou-se o resgate do conceito de assistência integral à mulher, concebendo a atenção ampliada para além das questões supracitadas e vislumbrando o cuidado com a sexualidade e a mortalidade materna (BRASIL, 2011).

Em 2011, o MS lançou a Rede Cegonha para assegurar à mulher e à criança os cuidados e o direito à atenção humanizada pré-natal, parto/nascimento, puerpério em todos os serviços de saúde do SUS, integrando a assistência obstétrica na atenção básica e na maternidade, e norteando a atenção ao pré-natal (BRASIL, 2011).

Em fevereiro de 2022 o Ministério da Saúde numa decisão unilateral anunciou a criação da Rede de Atenção Materno-Infantil (RAMI), em substituição à Rede Cegonha, alterando diversas estratégias de assistência materna, e suscitando movimentos sociais e de associações e conselhos de profissionais da saúde contra a decisão (BRASIL, 2022). A publicação da OMS em 2016 intitulada “Cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez”, em conjunto com o guideline “Intrapartum care for healthy women and babies”, publicado em 2014 pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE), fundamentaram o lançamento das “Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal” do MS em 2017, que vigoram até o presente momento no Brasil (BRASIL, 2017).

Em 2018, a OMS publicou um novo documento intitulado “*Recomendações do cuidado intraparto para uma experiência positiva de nascimento*” que apresentou 56 cuidados considerados relevantes classificados

em recomendados e não recomendados baseados em evidências científicas. Dentre esses, estão as recomendações de proteção e redução do trauma perineal (OMS, 2018).

#### **4.2 Região Pélvica - o segmento anatômico de ocorrência da laceração**

A região pélvica é composta pelo conjunto de estruturas neuro musculoesqueléticas na qual o conjunto da estrutura muscular (superficial e profunda) é denominada assoalho pélvico que se apresenta em formato de rede sustentando o peso de todos os segmentos anatômicos superiores (cabeça, tronco e pelve), fornecendo suporte dos órgãos abdominopélvicos e realizando a distribuição de pressão intra-abdominal em relação à pelve e membros inferiores (BARACHO, 2018)

No segmento mais profundo do assoalho pélvico, acima do períneo, encontra-se o diafragma da pelve que é constituído pelos músculos coccígeo e levantador do ânus, tendo o diafragma da pelve função de proteger e separar a cavidade interna pélvica (BARACHO, 2018).

O músculo levantador do ânus que compõe o diafragma pélvico se divide ainda em três partes: puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo, tendo este conjunto de músculos um papel importante na manutenção da continência fecal e sustentação de vísceras abdominopélvicas (BARACHO, 2018),

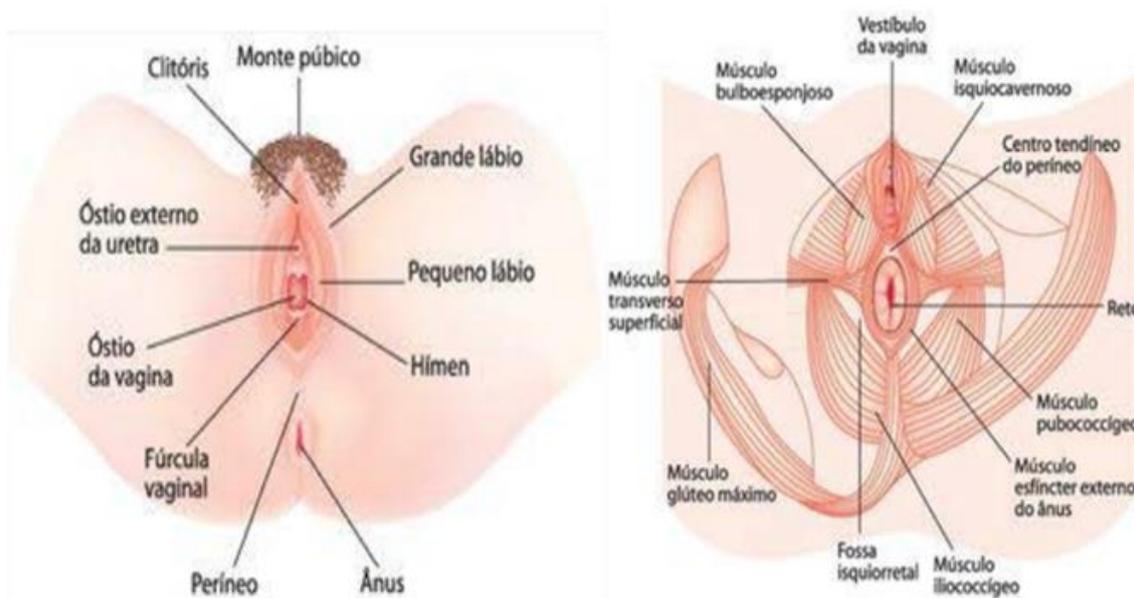
No segmento mais externo há a região do períneo localizado centralmente no assoalho pélvico, e se relaciona com outras estruturas funcionais como uretra que tem função miccional, vagina com função sexual e

via de parto e o ânus com função coloproctológica (BARACHO, 2018; BARROS et al., 2020).

A representação anatômica do períneo tem formato similar a um losango com porção anterior e posterior onde se situam estruturas com funções urogenitais na região anterior e coloproctológicas na região posterior. O segmento central do períneo, denominado corpo central perineal, que é um tecido fibromuscular, está situado entre as regiões anterior urogenital e posterior anal, sendo mais relacionado à função de sustentação e ancoragem onde se convergem e entrelaçam as fibras musculares (BARACHO, 2018). Embora o corpo perineal não possua sua própria musculatura, constitui-se em local de origem e inserção de numerosos músculos (FRITSCH et al., 2004).

As estruturas como uretra, vagina e ânus transpassam pelo períneo situando seus orifícios em comunicação com o meio externo para o desempenho de suas funções fisiológicas (WOODMAN; GRANEY, 2002; WU et al., 2015; PLOCHOCKI et al., 2016).

**Figura 1 – Assoalho pélvico/períneo**



Fonte: CUNNINGHAM (2011, p. 19 e 20)

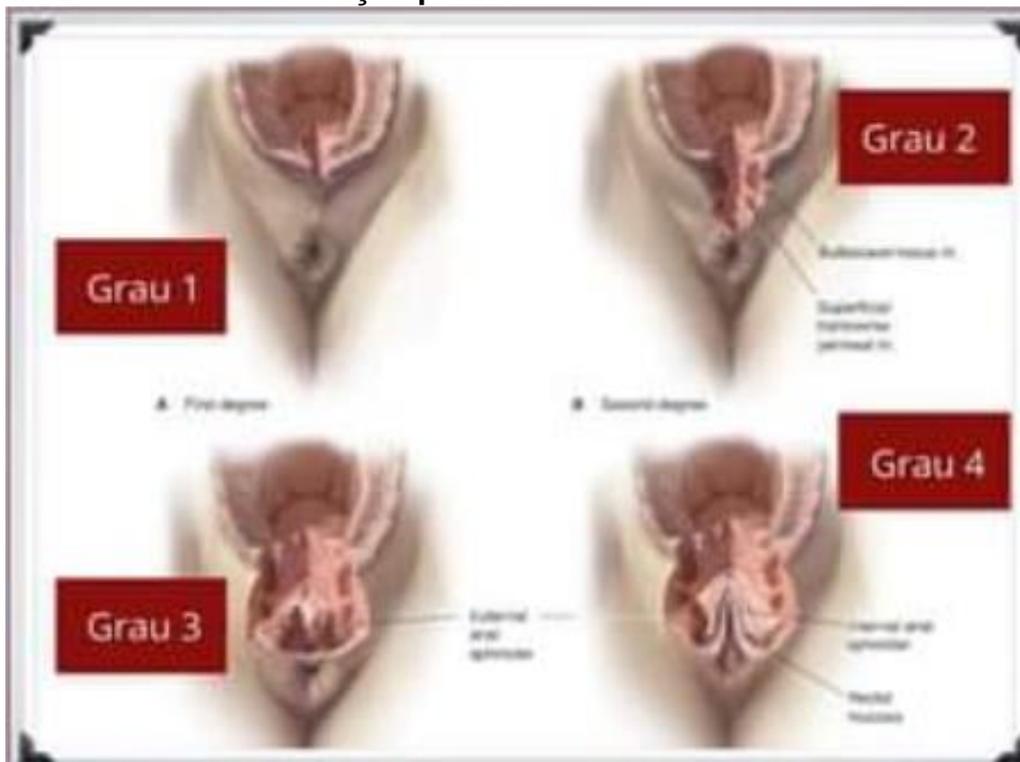
### 4.3 Laceração perineal

O trauma perineal, tipo laceração, caracteriza-se por rasgadura com ruptura parcial ou total dos tecidos perivaginais e/ou perineais podendo ocorrer ou não associado com descolamento e/ou avulsão nas estruturas anatomofuncionais do assoalho pélvico (RIVA; MININI, 2016).

O mecanismo da lesão ocorre por pressão, alongamento e estiramento máximo das fibras dos tecidos de maneira espontânea durante a passagem do polo cefálico fetal por este segmento (RIVA e MININI, 2016). A laceração pode ocorrer assimétrica na região do assoalho pélvico, de forma uni ou bilateral e podendo comprometer o plano tecidual em diferentes níveis de profundidade em suas camadas e em extensão com acometimento de uma ou mais estruturas anatômicas e de suas funções (RIVA; MININI, 2016).

As lacerações são classificadas em graus I, II, III ou IV. O grau I ocorre quando há a lesão apenas da pele e mucosa vaginal. Quando a lesão ocorre nos músculos perineais sem atingir o esfíncter anal é classificada em grau II. O grau III ocorre quando a lesão do períneo envolve o complexo do esfíncter anal. Esse tipo de lesão é subdividido em 3A, quando a laceração atinge menos de 50% da espessura do esfíncter anal externo, 3B mais de 50% da espessura do esfíncter anal externo e 3C quando a laceração alcança o esfíncter anal externo e interno. A laceração de grau IV ocorre quando a lesão do períneo envolve o complexo do esfíncter anal (esfíncter anal interno e externo) e o epitélio anal e a mucosa retal (ROCG, 2015).

**Figura 2 – Graus de laceração perineal**



Fonte: CUNNINGHAM (2011, p. 400)

A ocorrência de laceração é comum entre as puérperas, e a estimativa é de que 85% e 68,8% de mulheres primíparas e múltíparas, respectivamente, apresentem algum grau de laceração após expulsão fetal (GOH et al., 2018).

Em 2012, HIRAYAMA et al. em estudo transversal baseado nos dados da Pesquisa Global da OMS em 24 países com 214.599 mulheres atendidas em 373 unidades hospitalares, entre 2004 e 2008, observaram disparidades em relação às prevalências das lacerações de graus III e IV entre os países avaliados (China, Cambodja e Índia 0,1%, Filipinas 15% e no Japão 1,4%). É importante pontuar que o estudo concluiu a possível ocorrência de subnotificação dos desfechos devido à dificuldade do profissional de realizar a correta classificação.

Em 2016 foram publicados os resultados do estudo do consórcio Euro-

Peristat que avaliou 1.927.731 relatórios de partos vaginais, realizados, entre 2004 e 2010, em países da União Europeia. Foram identificadas altas prevalências de lacerações perineais graves na Islândia, Dinamarca e Suécia (4%) em relação à Eslovênia, Chipre, Polônia, Portugal e Romênia (< 1%). Esse estudo além de ter avaliado dados de um quantitativo expressivo de países, também mostrou que as variações das prevalências de lacerações podem ser decorrentes da aplicação de diversas práticas obstétricas (BLONDEL et al., 2016).

#### **4.4 O trabalho de parto eutócito e distócico**

O trabalho de parto se divide em três estágios clínicos, a saber: o primeiro período é o de dilatação lenta e gradual até 4 cm, o segundo período é o que constitui o momento da dilatação completa (10 cm) até a expulsão, e o terceiro período é o de dequitação que se refere à expulsão da placenta após a saída do feto (HOFMEYR et al., 2015).

A progressão normal do parto é denominada parto eutócito e está relacionada a três fatores: ao útero (considerado a força motriz), ao feto (considerado o objeto) e ao trajeto (considerado a pelve óssea materna e tecidos moles como canal vaginal e músculos). Já a progressão anormal do parto é denominada parto distócico e está relacionada às alterações nos mesmos fatores supracitados (ZUGAIB, 2016; CUNNINGHAN, 2011).

O parto com distócia apresenta anormalidades funcionais, mecânicas ou com relação ao tempo de progressão do trabalho de parto (anormal e lenta). Quando relacionado ao útero, a alteração nas contrações pode dificultar a

dilatação, descida e altura de apresentação fetal (ZUGAIB, 2016). Quando as anormalidades são relacionadas ao feto, a alteração da sua apresentação, posição, tamanho, peso e desproporção biacromial fetal podem comprometer sua participação ativa na movimentação, descida e posicionamento adequado para a expulsão.

E quando relacionado ao trajeto, as alterações de formato, dimensões e tensões da estrutura óssea de pelve e partes moles materna (canal vaginal e musculatura do assoalho pélvico) podem dificultar a passagem do feto (ZUGAIB, 2016; CUNNINGHAM, 2011).

As condições de distócia podem alterar a progressão e conduzir aumento do tempo de parto demandando intervenções por parte da equipe que podem produzir lacerações perineais (OMS, 2015).

#### **4.5 O mecanismo de expulsão no parto e a ocorrência de laceração**

Os músculos do assoalho pélvico se apresentam em constante estado de tensão e contração para manter as funções de sustentação e contenção. Entretanto, durante a fase de expulsão durante o parto é esperado que a musculatura, fâscias e ligamentos perivaginais e do assoalho pélvico tenham capacidade de flexibilidade, relaxamento e alongamento de aproximadamente 65% (MERIWETHER et al., 2016) para permitir a abertura do hiato e intróito genital para a passagem cefálica do feto (RIVA; MININI, 2016).

Embora as adaptações ocorram desde a gestação e continuem progressivamente na fase ativa do parto, a passagem do polo cefálico pelo hiato vaginal e períneo em direção ao meio externo pode ocasionar pressão,

distensão e estiramento muscular. Tais mecanismos podem gerar laceração espontânea nos tecidos tegumentar e nervoso (RIVA; MININI, 2016).

Há de se considerar também outros fatores que podem tornar os tecidos mais suscetíveis, como lesões teciduais prévias, condutas e intervenções com práticas que provocam ou favorecem as lacerações (MERIWETHER et al., 2016).

A laceração pode ser minimizada ou acentuada quando associada a determinados fatores, tais como: a posição adotada pela parturiente, força gravitacional, uso do diafragma respiratório e puxo espontâneo (RIVA; MININI, 2016).

#### **4.6 Fatores de risco associados às lacerações perineais**

Os fatores de risco associados à ocorrência de lacerações perineais são relativos às características sociodemográficas, do feto/recém-nato, maternas e às condutas e intervenções realizadas pela equipe obstétrica no trabalho de parto (SOUZA, 2020).

A laceração perineal pode ocorrer por causas multifatoriais como a rigidez dos tecidos perineais, etapa expulsiva com grande velocidade, tamanho do feto, distócia da adaptação da cabeça fetal com a sínfise púbica, adoção de posições anormais, puxo dirigido, história prévia de trauma perineal grave, macrossomia fetal, segundo estágio do parto prolongado ou administração de ocitocina, entre outras (LIMA et al., 2019).

Com base na revisão sistemática conduzida por Tavares et al. (2022), os fatores associados à laceração perineal foram a idade materna, primiparidade,

idade gestacional  $\geq 42$  semanas, perímetro cefálico fetal  $>35$  cm, 2º estágio do trabalho de parto maior que duas horas, parto vaginal operatório, uso de ocitocina e indução do parto.

Entretanto, especificamente com relação às lacerações perineais graves graus III e IV, o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (2015) estabeleceu como fatores de risco o peso do recém-nascido acima de 4 kg, distócia de ombro, variedade de posição occipitoposterior, etnia materna asiática, primiparidade, período expulsivo prolongado (entre duas e três horas para múltiparas, três e quatro horas para nulíparas com anestesia e maior que quatro horas para nulíparas sem anestesia), parto com vácuo extrator com ou sem episiotomia, parto com fórceps com ou sem episiotomia (RCOG, 2015), episiotomia mediana (BARACHO, 2018).

#### **4.6.1 Fatores sociodemográficos**

##### **4.6.1.1 Idade materna**

A literatura evidencia que a idade materna avançada (acima de 35 anos) está associada à inúmeras complicações perinatais, tais como hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, prematuridade, sofrimento fetal, entre outras (ALMEIDA, 2017).

Além disso, a idade avançada pode impactar a integridade e elasticidade tecidual podendo ocasionar a laceração perineal (ARULKUMARAN et al., 2019). O estudo transversal conduzido por Santos e Nery (2018) analisou 244 prontuários de pacientes atendidas em uma maternidade em Florianópolis,

entre fevereiro e junho de 2018. Os autores observaram a ocorrência de 62,7% de laceração perineal, sendo que desse total, 16,33% adveio de parturientes com idade acima de 35 anos. Ademais, os autores verificaram que a prevalência de laceração perineal severa foi 33% superior entre as mulheres com idade igual ou maior que 35 anos. Os autores verificaram que, embora tenha ocorrido maior propensão da ocorrência de laceração perineal em mulheres com idade acima de 35 anos, algumas informações relevantes nos prontuários para maior compreensão desse desfecho (dados biométricos da parturiente, dados biométricos do feto, a apresentação fetal, possíveis e tipos de manobras realizadas pelas equipes)

#### **4.6.1.2 Cor da pele**

As condições de saúde das mulheres são impactadas por questões sociais, econômicas, biológicas, raciais, demográficas e relativas também aos cuidados de saúde obstétrica (LIMA et al., 2019).

Realizando um recorte para a questão da raça, entre as mulheres negras e pardas se observa prejuízo do acesso à assistência adequada durante o pré-natal, menor vínculo com a maternidade, maior peregrinação para serem aceitas nas maternidades, falta de acolhimento, menor garantia do direito ao acompanhante na ocasião do parto. Ressalta-se que ausência do acompanhante no momento do parto está associada a maior ocorrência de práticas não recomendadas nos serviços de saúde e realização de mais intervenções (LEAL et al., 2005; LEAL et al., 2017).

O estudo conduzido por Alves et al. (2021), em 2017, avaliou 5.851

mulheres que realizaram parto vaginal com o objetivo de analisar a desigualdade racial na assistência ao parto e nascimento por meio de indicadores de boas práticas e intervenções obstétricas em maternidades da Rede Cegonha. Os autores verificaram que o quantitativo de negras (8,6%) e pardas (10,6%) com autorrelato de que não foram bem tratadas durante o trabalho de parto foi superior em relação às brancas (7,61%). Tal fator pode contribuir para o aumento das lacerações, dado que as práticas e condutas da equipe representam um fator de risco para esse desfecho (OMS, 2018).

#### **4.6.1.3 Região de domicílio**

A assistência ao parto no Brasil apresenta modelo de perfil biomédico, hegemônico, hospitalar, que valoriza competências excessivamente técnicas e uso de tecnologias, com gestão do parto intervencionista (OLIVEIRA et al., 2021). Além deste perfil de modelo, a assistência obstétrica no Brasil ocorre de maneira desorganizada e dispare havendo maior concentração de maternidades nas grandes capitais, locais detentores de serviços com mais recursos tecnológicos (LEAL et al., 2014).

Em relação às grandes capitais, observa-se evidentes desigualdades sociais e econômicas. De acordo com Leal et al. (2020), a pior assistência pré-natal e maior proporção de partos domiciliares ocorrem na região Norte (LEAL et al., 2020). Além disso, é observado que nesse local ocorrem maiores quantitativos de partos assistidos por parteiras tradicionais em relação às regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, locais que concentram maior número de instituições hospitalares e maternidades (MENEZES et al., 2012).

Embora nas regiões Norte e Nordeste tenha sido observada que a frequência de algumas intervenções foi menor, não significa necessariamente que haja um modelo humanizado (LEAL et al., 2014).

Quanto ao profissional que assiste ao parto, quando se compara a assistência prestada por médicos e enfermeiros, a presença da enfermagem na atenção ao parto está associada a resultados no trabalho de parto e parto melhores e com redução de intervenções desnecessárias, com mais acesso às boas práticas recomendadas pela OMS (LEAL, 2020).

Conforme o estudo Demografia Médica no Brasil 2020, viabilizado por cooperação técnica entre o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Universidade de São Paulo (USP), há menor concentração de obstetras nas regiões Norte e Nordeste, em detrimento das regiões Sul e Sudeste (SCHEFFER et al., 2020), sendo o acompanhamento do parto realizado por outros profissionais não médicos, resultando em menor frequência de intervenções médicas.

#### **4.6.1.4 Nível de escolaridade materna e condição social**

A baixa escolaridade é um fator que aliado à condição socioeconômica e cultural exerce influência negativa nas condições de saúde do binômio materno-infantil, pois impacta no planejamento familiar, na paridade, nos intervalos entre as gestações e partos, cuidados pré-natais, diagnósticos e tratamentos precoces e orientações puerperais (FLORÊNCIO, 2021).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) avaliou o acesso e a qualidade do pré-natal, considerando a realização de no mínimo seis consultas pré-natais,

de 4,6 milhões de mulheres atendidas na rede pública e privada entre 2017 e 2019. Constatou-se que o percentual (78,3%) de mulheres com níveis mais baixos de escolaridade que realizaram o mínimo de seis consultas pré-natais foi inferior em relação às mulheres com nível de escolaridade maior (90,8%). Já entre as mulheres com nível superior completo, observou-se que 97% realizaram o mínimo de seis consultas pré-natais. Embora não tenham sido encontrados estudos que associem os níveis de escolaridade diretamente com as lacerações perineais, o estudo concluiu que níveis maiores de escolaridade estiveram associados ao início precoce e à adesão adequada ao pré-natal com melhores desfechos gestacionais e perinatais (BRASIL; IBGE, 2021).

#### **4.6.2 Fatores de risco relativos ao feto/recém-nato**

##### **4.6.2.1 Peso do recém-nascido**

O início espontâneo do trabalho de parto de uma gestação a termo e sua progressão eutócica está atrelada também às condições biométricas e de participação ativa do feto (REZENDE e MONTENEGRO, 2017)

Espera-se que ao final da gestação, o feto apresente aproximadamente 35/36 cm de comprimento da cabeça às nádegas, entre 3000 / 3400g de peso e 34 cm de perímetro cefálico (REZENDE e MONTENEGRO, 2017).

A macrossomia (peso do RN  $\geq$  4000g) eleva a probabilidade de partos distócicos por poder acarretar distócia de ombro e lesão do plexo braquial. Tais fatores podem demandar a realização de parto instrumental com a possibilidade de ocorrência de lesão perineal materna (ACOG, 2000).

Um estudo de coorte retrospectivo realizado na Suécia, entre 2011 e 2015, avaliou os prontuários de 1376 puérperas com o objetivo de verificar a associação entre o peso ao nascer e os desfechos maternos, dentre esses às lacerações. A incidência de lacerações entre as puérperas que tiveram recém-nascidos com peso  $\geq 4.500$  g foi de 3,5% para as de grau III e 1,4% para as de grau IV (TURKMEN et al.,2018).

O estudo de coorte retrospectivo conduzido por Pillai et al. (2020) observou na amostra de 13.588 recém-nascidos macrossômicos a ocorrência de 240 casos de lacerações perineais entre as parturientes. Além disso, o estudo observou que a chance de lacerações aumentou de acordo com o peso do recém-nascido. Sendo assim, as mulheres que tiveram recém-nascidos com peso acima de 5000 g tiveram 3,84 vezes mais chances de ocorrência de laceração, mulheres com recém-nascidos com peso entre 4500-4999 g tiveram chance 3,0 vezes maior para esse desfecho e as que tiveram recém-nascidos com peso entre 4000-4499 g, 2,16.

#### **4.6.2.2 Idade gestacional**

A participação do feto no trabalho de parto ocorre mediante sua maturidade fisiológica que é esperada no período das semanas gestacionais relativas ao período a termo. Logo, a ocorrência de partos em idade gestacional pós-termo ( $\geq 42$  semanas) (SBP, 2017) pode interferir nas condições de vitalidade fetal e na participação no parto espontâneo. Isso ocorre devido às medidas biométricas alteradas que podem demandar intervenções para evitar o sofrimento fetal (CUNNINGHAM, 2011; REZENDE e

MONTENEGRO, 2017).

O estudo de coorte conduzido por Misal et al. (2021), realizado entre 2020 e 2021 na Índia com 140 parturientes, teve como um dos objetivos avaliar a ocorrência de lacerações em mulheres acima de 41 semanas de gestação. Os autores observaram que 6,4% dessas parturientes tiveram lacerações grau III ou IV (MISAL et al., 2021).

Monteiro et al. (2015) realizaram uma coorte retrospectiva com 935 puérperas submetidas ao parto vaginal, entre 2013 e 2014. Os autores observaram percentual elevado (78,2%) de casos de lacerações, sendo que 5,3% foram referentes aos graus III e IV. Além disso, verificou-se que a idade gestacional avançada aumentou 30% a chance de lacerações graves.

#### **4.6.2.3 Apresentação fetal**

O processo de descida, progressão e expulsão fetal ocorrem diante da apresentação e posicionamento fetal adequados (ZUGAIB, 2016; BARACHO, 2018).

A apresentação fetal mais comum e com melhor possibilidade de progressão para parto eutócito transpélvico é a cefálica fletida (polo cefálico insinuado voltado para baixo em direção ao canal pelvigenital e fletido onde o mento do feto está aconchegado ao seu esterno), com variedade de posição da região occiptoposterior voltada para a região da sínfise púbica da pelve materna (ZUGAIB, 2016; BARACHO, 2018).

Já as situações transversa, córmica, pélvica ou ainda cefálica, porém com a posição da cabeça defletida ou anterior com face voltada para a região

da sínfise púbica da pelve materna são classificadas distócitas. Tais apresentações podem dificultar a progressão fetal e demandar intervenções com repercussões negativas ao períneo (ZUGAIB, 2016; BARACHO, 2018).

O estudo de coorte realizado, entre 2008 e 2014, avaliou os dados de 52.211 prontuários. Os autores verificaram que dos 1658 partos em posição occipital posterior, ocorreram 13,8% de lacerações de graus III e IV. Também foi observado que a posição da cabeça fetal posterior aumentou a chance em 89% de lacerações graves nos partos instrumentais e 45% nos partos não instrumentais.

**Figura 3 – Apresentação fetal adequada occipital anterior**



Fonte: ZUGAIB (2018, p. 340)

### 4.6.3 Fatores de risco maternos

#### 4.6.3.1 Estado nutricional pré-gestacional e adequação do ganho de peso gestacional

O estado nutricional pré-gestacional e o ganho de peso gestacional podem prever inúmeros resultados obstétricos (ABRAMS et al., 1995). O ganho de peso abaixo do recomendado está associado ao déficit de crescimento fetal e suas medidas biométricas, baixo peso ao nascer (BPN) e prematuridade (IOM, 2009). Em contrapartida, a obesidade pré-gestacional é preditiva para macrossomia (RIDHA et al.; 2017), e o ganho de peso gestacional excessivo pode acarretar danos para o recém-nascido (macrossomia fetal, desproporção céfalo-pélvica com repercussões como asfixia), e para a parturiente (diabetes *mellitus* gestacional, hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, eclâmpsia) (KONNO et al., 2007). Além disso, essas mulheres podem apresentar progressão de parto mais lenta no primeiro estágio com aumento do tempo do trabalho de parto, o que pode demandar intervenções (CARLHALL et al., 2013).

Dentre os fatores supracitados, é importante enfatizar que a desproporção céfalo-pélvica e a macrossomia podem aumentar o risco de laceração perineal devido à utilização de parto instrumental (TURKMEN et al., 2018).

Um estudo retrospectivo, realizado na maternidade de Kairouan, na Tunísia, em 2010, avaliou 820 recém-nascidos macrossômicos e 800 com peso até 3999 g. Os autores observaram que 45% das mães de recém-nascidos macrossômicos foram classificadas obesas e que desse total, 2,9% tiveram

lacerações perineais. Em contrapartida, não foi identificada laceração no grupo de mulheres com recém-nascidos até 3.999 g (RIDHA et al., 2017).

#### **4.6.3.2 Antecedentes obstétricos**

##### **4.6.3.2.1 Paridade**

As primíparas têm maiores chances de ocorrência de lacerações graves graus III e IV, o que pode ser parcialmente explicado pelo desconhecimento da parturiente sobre a funcionalidade e autocontrole dos músculos perivaginais no momento do parto e pela presença do ciclo de medo, ansiedade e dor. Tais questões podem acarretar a ativação excessiva da tensão muscular que dificultam o desprendimento da cabeça (BARACHO, 2018).

Em relação às múltiparas, é importante considerar o histórico prévio de lesão perineal que pode alterar a mobilidade e elasticidade tecidual podendo aumentar o risco para novas lacerações. Contudo, descartando este histórico antecedente, a musculatura de uma múltipara que já experimentou esta distensibilidade em partos vaginais anteriores tende a apresentar menor risco de lacerações graves (BARACHO, 2018).

O estudo transversal conduzido por Souza et al. (2021), realizado em maternidade pública no Ceará, analisou, 421 prontuários de puérperas que tiveram parto vaginal entre 2016 e 2018, e observou que o percentual de lacerações entre as múltiparas (46,6%) foi inferior em relação às primíparas (53,4%) (SOUZA et al., 2021).

Wilson e Homer (2020) realizaram uma metanálise baseada em 12

estudos publicados entre 2013 e 2018, com amostra de 515.161 mulheres de parto vaginal, e observaram que a chance de ocorrência de lacerações graus III e IV foi 3,24 vezes maior entre as primíparas, sendo a primiparidade um fator de risco não modificável, mas que poderia ser associado à massagem perineal durante o pré-natal destas primíparas como medida para maior conforto durante o trabalho de parto.

#### **4.6.4 Fatores de risco relacionados à condução e intervenção da equipe obstétrica no trabalho de parto**

##### **4.6.4.1 Indução do trabalho de parto**

A progressão para a expulsão no trabalho de parto vaginal espontâneo ocorre de maneira fisiológica e gradual. Todavia, o processo de adaptação e distensão muscular nos partos induzidos não é fisiológico, o que potencializa o estiramento das estruturas de forma repentina e a ocorrência de lacerações (REZENDE e MONTENEGRO, 2017).

Andrade et al. (2016), em um estudo transversal realizado em Recife com 603 puérperas, observaram que a indução do trabalho de parto ocorreu em 431 partos (72%) dos partos e que desse total, 389 mulheres (78%) tiveram algum tipo de laceração. O estudo sugeriu que a elevada frequência de uso da indução de parto pode explicar parcialmente o grande número de lacerações (ANDRADE et al., 2016).

#### 4.6.4.2 Posturas adotadas pela parturiente no período expulsivo

As posições verticalizadas ocorrem quando há um alinhamento mais verticalizado dos centros da terceira e quinta vértebras lombares da mulher (HUANG et al., 2019), modificando a angulação da pelve materna, favorecendo a ação gravitacional, e o alinhamento do canal vaginal, contribuindo para a descida do feto pelo canal vaginal (RACINET, 2005). Posições verticalizadas tendem a ser adotadas espontaneamente pelas parturientes diferindo da posição de litotomia. (ROCHA et al., 2020).

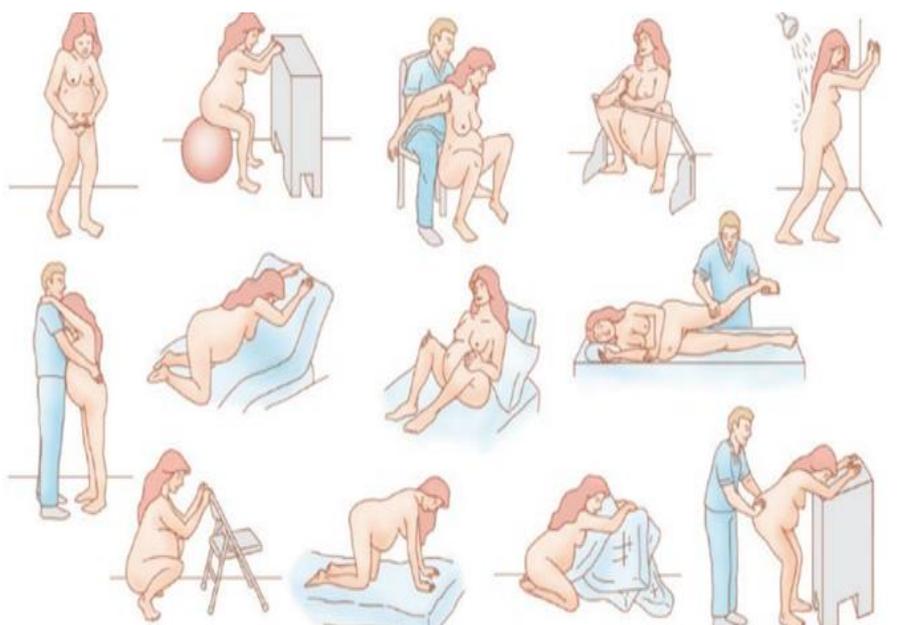
As posições horizontais são consideradas as posições supinas, como a posição litotomia (deitada em decúbito dorsal com ou sem uso de perneiras). São aquelas em que o canal vaginal apresenta a posição da curvatura contra a gravidade, dificultando a descida fetal no período expulsivo (RACINET, 2005).

As posições verticais favorecem o encaixe do polo cefálico no canal de parto, alinhamento da angulação do canal de parto com o canal e hiato vaginal. Essas posições favorecem a expansão dos diâmetros internos da pelve, a redução da compressão vascular da veia cava superior direita, a oxigenação do feto, proporcionam maiores benefícios à parturiente (conforto, maior tolerância à dor e flexibilidade) e reduzem a ocorrência de trauma perineal espontâneo (MOREIRA et al., 2021). Diante disso, a OMS (2018) reforçou a orientação para o uso das posições verticalizadas em razão dos benefícios apontados (OMS, 2018).

Em oposição, a fisiologia das posições horizontalizadas não favorece o parto com os benefícios supracitados sendo mais propícias para a ocorrência de lacerações (GUPTA, 2017; BARACHO, 2018).

Rocha et al. (2020) realizaram uma revisão sistemática com metanálise com base em 26 estudos que avaliaram a associação entre as posições verticalizadas e horizontalizadas e a laceração perineal. Embora os autores não tenham observado que as posições verticalizadas impeçam as lacerações perineais menos graves, observou-se que a adoção dessas posições pode evitar lacerações graves. Ademais, esse estudo evidenciou que as posições verticalizadas permitem protagonismo feminino, favorecem a angulação do canal vaginal em relação à pelve materna, reduzem a prática de episiotomia e intervenção instrumental (ROCHA et al., 2020).

**Figura 4 – Posições adotadas no período expulsivo**



Fonte: BARACHO (2018, p. 273)

#### **4.6.4.3 Analgesia e anestesia**

A OMS (2018) recomenda que o emprego de métodos não farmacológicos (técnicas de relaxamento, respiração, massagens, compressas

e banhos) para alívio da dor sejam ofertados antes da analgesia farmacológica. Ressalta-se que a analgesia peridural ou opióides parenterais são recomendados durante o trabalho de parto a pedido da parturiente ou na ocorrência de procedimentos emergenciais (OMS, 2018).

A analgesia peridural (ou epidural) e a analgesia combinada raqui-peridural (RPC/ sensorial e motora) aumentam a chance da ocorrência de lacerações perineais devido ao aumento da duração do segundo estágio do parto e chance de parto vaginal instrumental (BRASIL, 2016).

Um estudo de coorte retrospectivo com 23.183 parturientes, entre 2004 e 2016, observou que das 68,24% parturientes que receberam anestesia peridural, 0,40% sofreram laceração grave. O percentual de mulheres com laceração grave foi menor em relação às que não receberam a anestesia peridural (0,38%). Todavia, não foi observada associação significativa (PENUELA et al., 2019).

A metanálise conduzida por Wilson e Homer (2020), com 11 estudos entre 2013 e 2018, e amostra de 66 044 mulheres, observou que chance de lacerações graus III e IV foi 1.95 vezes maior entre as parturientes submetidas à anestesia peridural.

#### **4.6.4.4 Manobra de Kristeller**

A manobra de Kristeller é a realização de pressão manual na parte superior (ou fundo) do útero em direção descendente ao canal de parto. Esse tipo de intervenção vem sendo amplamente utilizada sob o argumento de auxiliar a expulsão do feto no segundo estágio de parto para aliviar o sofrimento fetal, a exaustão materna e o não prolongamento do tempo

expulsivo (HOFMEYR et al., 2017). Todavia, a OMS (2018) não recomenda sua realização pelo risco de danos ao feto (fraturas, lesões cranianas e no sistema nervoso central) e a parturiente (dor, dificuldade respiratória, fraturas de costelas, hematoma abdominal, hipotensão, lacerações perineais) pela intensa pressão exercida e com possível associação ao uso de fórceps/vácuo extrator (OMS, 2018).

Estudo transversal realizado no Peru, com 250 puérperas, observou que 46,4% receberam a manobra de Kristeller. Dessas, 32,8% relataram ter sofrido alguma sequela física, 84,2% tiveram laceração perivaginal superficial, graus I e II e 15,8%, laceração perivaginal profunda graus III e IV (BECERRA-CHAUCA, 2019).

#### **Figura 5 – Manobra de Kristeller**



Fonte: ZUGAIB (<http://www.elpartoesnuestro.es/el/>)

#### 4.6.4.5 Parto instrumental

O parto instrumental ocorre quando é utilizado fórceps ou vácuo-extrator. De acordo com as Diretrizes de Parto do Ministério da Saúde (2017), a sua utilização deve ser restrita aos partos com dilatação completa e risco de sofrimento fetal agudo ou prolongamento do segundo período de parto (BRASIL, 2017; SOUZA et al., 2020).

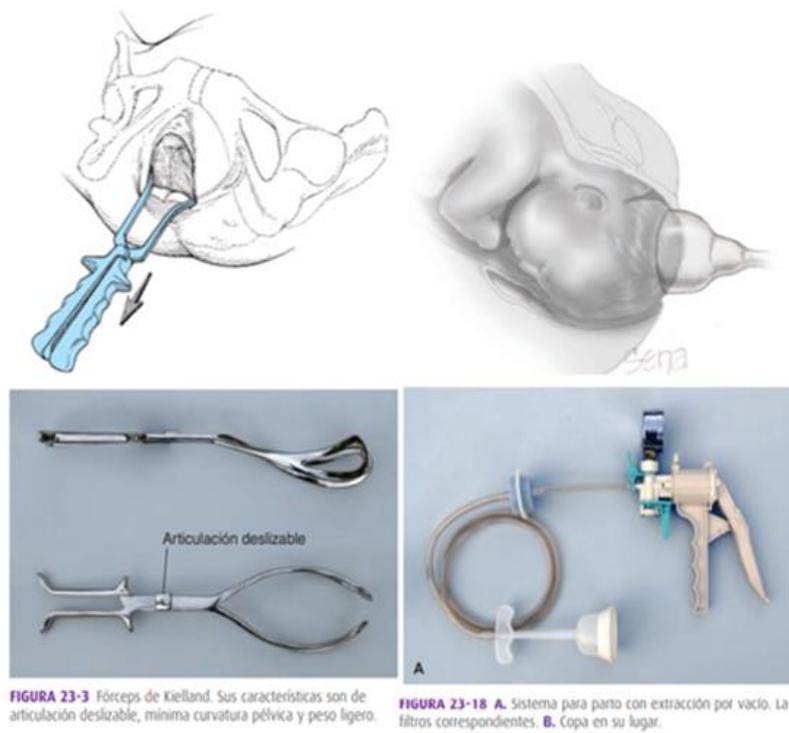
É importante pontuar que o manuseio inadequado e a reduzida habilidade do profissional com os instrumentos podem causar danos teciduais, pois esses instrumentos devem penetrar no canal do parto para adequação da pega ao feto requerendo movimentos específicos que força a distensibilidade dos tecidos perivaginais (ACOG, 2020).

Um estudo retrospectivo realizado em Istambul, em 2016, analisou os dados de 98 puérperas que realizaram partos vaginais instrumentalizados com fórceps ou extrator a vácuo. Observou-se que, dos 58 partos instrumentais com uso do fórceps, 23,7% das mulheres tiveram lacerações (vaginal, cervical e anal) e dos 43 partos instrumentais com extração a vácuo, 18,6% tiveram lacerações (vaginal, cervical e anal). O estudo concluiu que não houve diferença significativa entre as lesões provocadas pelo uso do fórceps em relação ao vácuo (CETIN et al., 2017).

A metanálise conduzida por Wilson e Homer (2020), baseada em 18 estudos entre 2013 e 2018, com amostra de 590 883 mulheres, evidenciou que a chance de ocorrência destas lacerações por parto instrumental foi 5,10 vezes maior. O estudo concluiu que o resultado encontrado está em consonância com outras revisões que indicam a possibilidade da ocorrência de

laceração perineal por uso de fórceps, mesmo que não tenha sido realizado em associação com episiotomia.

### Figura 6 – Fórceps e extrator à vácuo



Fonte: CUNNINGHAM (2011, p. 512 e 517)

### 4.7 Complicações associadas às lacerações perineais

Os traumas como as lacerações perineais podem gerar diversas morbidades imediatas, tais como sangramento vaginal, infecção, deiscência de sutura e hematoma, edema, quadro algico e repercussão sobre o processo da amamentação (MATHIAS et al., 2015). Outras morbidades em longo prazo poderão ocorrer como incontinência urinária (IU), incontinência anal (IA), prolapso de órgãos pélvicos (POP), dor crônica, especialmente relacionada às funções sexuais (SOUZA et al., 2020).

A IU é caracterizada pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) desde 2002 como a perda de qualquer volume de urina de maneira involuntária, tendo como um de seus fatores de risco o ciclo gravídico-puerperal (ICS, 2016). O estudo de coorte prospectivo, realizado entre 2008 e 2012 nos Estados Unidos, avaliou os distúrbios do assoalho pélvico incluindo a IU em 449 mulheres após 10 anos da realização do parto vaginal. Observou-se que a chance de IU foi 2,10 vezes maior entre as mulheres que tiveram lacerações graves (HANDA et al., 2012).

A IA, também denominadas OASIS (do inglês, *obstetric anal sphincter injuries*), representa a perda involuntária de fezes e/ou flatos por incapacidade de manutenção fisiológica do esfíncter anal para a retenção do conteúdo intestinal (BROWN et al., 2020).

O estudo prospectivo, realizado em São Paulo em 2014, com 72 puérperas que tiveram parto vaginal, observou que 8,4 % de mulheres com IA tiveram ruptura do esfíncter anal (OLIVEIRA et al., 2018).

Em revisão sistemática realizada pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists*, as lacerações associadas às lesões esfíncterianas apresentam risco 2,32 vezes maior para o relato de incontinência anal quando comparadas às mulheres sem lesões esfíncterianas (ACOG, 2018).

A metanálise conduzida por LaCross et al. (2015), com 11 estudos publicados até 2013 e com amostra de 2288 mulheres, observou que a chance de IA foi 2,66 vezes maior entre as mulheres com lacerações graus III e IV.

O Prolapso de órgãos pélvicos (POP) é definido pela ICS, desde 1995, como a descida ou protusão dos órgãos pélvicos de seus compartimentos em direção ao hiato vaginal que é resultante da falha de sustentação e tônus dos

músculos do assoalho pélvico (BUMP et al., 1996). O POP apresenta etiologia multifatorial, dentre essas podemos considerar as obstétricas, como partos vaginais com lesões no assoalho pélvico e alterações esfinterianas (COLLA, 2017; WEINTRAUB et al., 2020).

O estudo de coorte prospectivo, realizado entre 2008 e 2012 nos Estados Unidos, avaliou 449 mulheres após 10 anos da realização do parto vaginal em relação aos distúrbios do assoalho pélvico incluindo o POP. Foi observado que dos 57% de casos de laceração espontânea, 18% evoluíram com o POP. Além disso, esse estudo observou que a chance foi 1,88 vezes maior de POP entre as mulheres que tiveram laceração. Os autores concluíram que o aumento do prolapso foi mais significativo em mulheres com pelo menos duas lacerações. Destaca-se que a associação entre a laceração perineal e o prolapso é biologicamente plausível, sugerindo que a avulsão do elevador do ânus ocorre com alongamento exacerbado do hiato do elevador durante a coroação da cabeça fetal, pode gerarestiramento excessivo no momento do parto (HANDA et al., 2012).

A dor perineal tanto aguda quanto crônica é uma morbidade relevante podendo interferir nas funções, e comprometer a saúde biopsicossocial da mulher, gerando estresse, desconforto e alteração da qualidade de vida (BELEZA et al., 2012). O estudo realizado nas cidades de Petrolina/PE e Juazeiro/BA, com amostra de 147 puérperas que realizaram parto vaginal, observou que 50,3% das mulheres tiveram algum tipo de laceração, sendo que desse total 30,6% apresentaram dor (MATHIAS et al., 2015).

Segundo a última revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V) publicada em 2014, as disfunções sexuais se

caracterizam pela presença de dor ou alguma alteração das fases do ciclo sexual, tendo causas primárias ou secundárias adquiridas, como as decorrentes do trauma perineal (ABDO, 2014).

Considerando a revisão realizada por Latorre (2018), a disfunção sexual mais prevalente em puérperas é a dispareunia que é caracterizada por dor ou desconforto durante o intercuro sexual, podendo afetar outros domínios da sexualidade, tendendo a manutenção nos casos de traumas perineais graves. Segundo o estudo de revisão de Almeida (2020), a dispareunia ocorre em cerca de 30 a 60% das puérperas que sofreram traumas perineais.

O estudo de coorte conduzido por Fodstad et al. (2016) na Noruega, entre 2009 e 2010, acompanhou 502 mulheres para avaliação a associação entre função sexual e laceração perineal. Foi verificado aumento da chance (3,57) de dispareunia entre as mulheres com lacerações grau III.

## 5 MÉTODOS

### 5.1 Descrição do estudo principal

O presente trabalho é um dos produtos da pesquisa “*Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*” cujo objetivo principal foi conhecer os determinantes, a magnitude e efeitos adversos decorrentes da cesariana desnecessária no Brasil.

### 5.2 Desenho do estudo principal

Trata-se de um inquérito de âmbito nacional e de base hospitalar, com entrevistas as puérperas de maneira presencial durante a internação, fotografia do cartão de pré-natal e transcrição dos dados do prontuário hospitalar. Após o período de internação, os entrevistadores entraram em contato com a mulher por telefone aos 45 a 90 dias para coleta de dados sobre desfechos maternos e neonatais. Os dados dessa pesquisa foram coletados entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012.

O desenho da amostra foi probabilístico em três estágios: o primeiro correspondeu aos estabelecimentos de saúde sendo elegíveis todas as instituições de saúde com 500 partos/ano ou mais registradas no ano de 2007, de acordo com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o que correspondeu a 1403 dos 3691 estabelecimentos do país responsáveis por 78,6% dos 2.851.572 nascimentos vivos em 2007. Ao todo, 266 instituições de

saúde foram sorteadas em todo o Brasil, sendo entrevistadas 90 puérperas em cada uma delas (VASCONCELLOS et al., 2014).

O estudo partiu do pressuposto que houve variação na ocorrência de partos cesáreos por tipo de estabelecimentos de saúde, segundo a sua localização geográfica e características da clientela. Sendo assim, a amostra foi estratificada por grande região geográfica (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), por localização do município (Capital e Interior) e por tipo de clientela (SUS, Privada e Mista) (VASCONCELLOS et al., 2014).

O segundo estágio foi pertinente ao número de dias necessários em cada hospital para realizar as 90 entrevistas com as puérperas em um período de ao menos uma semana incluindo os finais de semana. Para isso, o número de entrevistas diárias não ultrapassou 12 para cobrir todos os dias da semana. Em hospitais com grande volume de partos, mais que 12 partos por dia, 12 delas eram selecionadas aleatoriamente de uma lista de internações incluindo todos os nascimentos diurnos e noturnos. As mulheres e RN que permaneceram no hospital foram monitorados pelo estudo por 42 dias (para as mulheres) e 28 dias (para os RN), incluindo os que foram transferidos para outro hospital (VASCONCELLOS et al., 2014).

Por fim, o terceiro estágio do estudo correspondeu às puérperas. Uma lista com todas as puérperas na ordem cronológica dos nascimentos nas últimas 24 horas era elaborada diariamente. Para assegurar a seleção aleatória e probabilística das entrevistas, o escritório central da pesquisa elaborou tabelas de seleção considerando o número de partos e mulheres a serem entrevistadas em cada unidade. Esta tabela era consultada para definir substituição de recusas ou mulheres inelegíveis (VASCONCELLOS et al.,

2014).

### **5.3 Critérios de elegibilidade e exclusão do estudo principal**

Foram recrutadas mulheres que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade no estudo de base (baseline):

- Ter o parto em um dos hospitais elegíveis;
- Dar à luz a um recém-nascido vivo independentemente do peso ou da idade gestacional, ou a um natimorto com nascimento peso  $\geq 500$  g e/ou idade gestacional  $\geq 22$  semanas.

Foram critérios de exclusão, as mulheres com distúrbio mental grave, que não falassem a língua portuguesa e que fossem surdas (LEAL, 2012; VASCONCELLOS et al., 2014).

### **5.4 Instrumentos de coleta de dados do estudo principal**

Foram elaborados quatro questionários eletrônicos para coletar os dados do estudo principal. O primeiro questionário (Q1) foi aplicado à mulher na unidade de saúde nas primeiras 24 horas após o parto. Nele foram coletadas variáveis de identificação da mulher, nível socioeconômico e educacional; condições de vida; histórico de saúde e obstétrico; dados antropométricos; informações da gestação atual; atenção pré-natal; doenças e uso de medicações durante a gestação; informações sobre parto e pós-parto, bem como sobre a assistência fornecida à mulher e ao recém-nascido. Nesta mesma etapa foi solicitado o cartão de pré-natal da gestante para fotocopiar ou

fotografar.

O segundo questionário (Q2) foi preenchido após a alta hospitalar, com base nos dados disponíveis no prontuário médico, relacionadas à assistência pré-natal, admissão, pré-parto e parto; além de medicações e intervenções realizadas e da evolução do parto. Em caso de necessidade de internações pós-parto, este questionário foi preenchido no 42º dia da alta da mulher ou no 28º dia da alta do recém-nascido.

O terceiro questionário (Q3) foi preenchido através de contato telefônico com a mãe no período de 45 e 90 dias após a alta hospitalar, e num segundo momento entre 6 e 18 meses pós-parto, respectivamente, para coletar os desfechos maternos e neonatais.

O quarto questionário (Q4) foi aplicado pelo supervisor à direção do hospital para avaliação das instalações hospitalares: número de leitos; quadro de profissionais (quantitativo por especialidade); certificação hospitalar (ensino, referência para alto risco, BFI - Iniciativa Hospital Amigo da Criança - ou outro); disponibilidade de laboratório de patologia clínica, unidade de transfusão de sangue, banco de leite humano, CTI adulto e neonatal / UTI; conformidade com protocolo baseado em evidências e uso adequado de tecnologia de parto e nascimento.

Manuais instrutivos foram feitos com descrição de procedimentos para seleção dos participantes do estudo e para coleta de dados a fim de garantir a padronização das informações. Além disso, foram realizados treinamentos da equipe de entrevistadores com intuito de assegurar a qualidade dos dados e minimizar erros sistemáticos e aleatórios.

A equipe do estudo foi composta por pesquisadores de diferentes

instituições de ensino. Cada microrregião brasileira tinha um coordenador regional de pesquisa e cada estado brasileiro um coordenador estadual de pesquisa designado que participou da organização do trabalho de campo e da seleção dos supervisores de pesquisa (50 no total) e dos entrevistadores (200 no total).

As entrevistas foram feitas com notebook e os dados exportados diariamente pelo supervisor para o banco de dados localizado no servidor da FIOCRUZ no Rio de Janeiro, permitindo o monitoramento em tempo real pelos coordenadores estaduais.

### **5.5 Amostra do estudo principal**

A amostra do estudo principal foi composta por 23.940 puérperas entrevistadas.

Foram excluídos registros sem informação da puérpera ou sem dados médicos do recém-nascido durante o processamento dos dados. O tamanho amostral final foi de 23.894 puérperas.

### **5.6 Métodos do presente estudo**

Trata-se de um estudo transversal baseado nos dados do Inquérito *“Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento”*.

Para o presente estudo foram excluídas todas as mulheres com gestações gemelares, que foram submetidas a cesariana e aquelas em que foi realizado episiotomia.

## **5.7 Variáveis do presente estudo**

### **5.7.1 Variável dependente**

A variável dependente do presente estudo foi a laceração perineal obtida no questionário da puérpera com base na percepção da mulher fundamentada em duas respostas (2 e 4) relativas à pergunta “Você sabe como ficou o seu períneo (vagina) depois do parto?": 1. Não rompeu, não cortou e não deu pontos 2. Rompeu um pouco, mas não precisou dar pontos 3. Não levei pontos, mas não sei se rompeu 4. Rompeu e deram pontos 5. Cortaram e deram pontos 6. Levei pontos, mas não sei se rompeu ou se o médico cortou 9. Não soube informar. As mulheres que responderam positivamente as seguintes opções de resposta (1) Rompeu um pouco, mas não precisou dar pontos e (2) Rompeu e deram pontos foram classificadas com laceração perineal.

### **5.7.2 Variáveis independentes**

As variáveis independentes foram organizadas em um modelo teórico conceitual com três níveis de hierarquia distal, intermediário e proximal (Figura 8) com base nas informações sociodemográficas, relativas ao feto/recém-nato e maternas e à condução e intervenção da equipe obstétrica durante o trabalho de parto.

No nível distal foram incluídos os aspectos sociodemográficos: idade materna; região de domicílio; cor da pele; nível de escolaridade e classe

econômica. As informações dessas variáveis foram obtidas nos Q1 e Q2.

- **Idade materna:** Foi coletada de forma contínua e categorizada em 12 a 19 anos;  $\geq 20$  a 34 anos;  $\geq 35$  anos.
- **Cor da pele (autorreferida):** A classificação adotada foi semelhante à utilizada pelo Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que estabeleceu cinco categorias: branca, preta, parda, amarela e indígena. Porém, em função do pequeno número de mulheres nas categorias oriental e indígena, 1,1% e 0,4%, respectivamente, essa variável foi categorizada em: branca; não branca.
- **Região de domicílio:** Foi categorizada em Norte; Nordeste; Sudeste; Sul e Centro-Oeste.
- **Escolaridade materna:** Foi categorizada em Ensino fundamental (EF) incompleto e completo; EF completo; Ensino médio (EM) completo e Ensino superior (ES) completo ou mais.
- **Classe econômica:** A classificação em classes econômicas foi realizada de acordo com os Critérios de Classificação Econômica no Brasil, adotado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABIPEME) e Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2008), que estima o poder de compra das pessoas e famílias de acordo com a posse de bens e grau de instrução do chefe da família, abandonando a pretensão de classificar as famílias em "classes sociais". A classificação é realizada em termos de "classes econômicas" sendo três categorias A+B, C e D+E. Para essa classificação foram utilizadas questões do questionário da puérpera Q1 (Quadro 1) (ABEP, 2008).

### Quadro 1 – Questões observadas para classificação em classes econômicas

Posse de itens (quantidades)
Televisão em cores (de 0 a 4 ou mais)
Rádio (de 0 a 4 ou mais)
Banheiro (de 0 a 4 ou mais)
Automóvel (de 0 a 4 ou mais)
Empregada mensalista (de 0 a 4 ou mais)
Máquina de lavar (de 0 a 4 ou mais)
Videocassete e/ou DVD (de 0 a 4 ou mais)
Geladeira (de 0 a 4 ou mais)
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) (de 0 a 4 ou mais)
Grau de instrução do chefe da família (de analfabeto até superior completo)

Fonte: ABEP (2008)

No nível intermediário, foram incluídas as variáveis que representaram as características do feto/recém-nato: peso ao nascimento para idade gestacional; apresentação fetal, e maternas: estado nutricional pré-gestacional e adequação do ganho de peso gestacional e paridade. As informações foram obtidas no Q2.

#### 5.7.2.1 Variáveis relativas ao feto/recém-nato

- **Peso ao nascimento para idade gestacional:** Para a classificação do peso ao nascer para a idade gestacional foram utilizadas as curvas da *International Fetal and New Born Growth Consortium for the 21st Century*(INTERGROWTH21st) que permitem a avaliação antropométrica no período fetal, neonatal e pós-natal de crianças, independentemente da idade gestacional ao nascimento (VILLAR et al., 2014). Os RN foram categorizados em pequeno para idade gestacional (PIG): abaixo do percentil 10); adequado para idade gestacional (AIG): (entre o percentil 10 e 90) e grande para idade gestacional (GIG): acima do percentil 90). A

informação do peso e da idade gestacional foi obtida no Q2 e/ou cartão do recém-nascido.

- **Apresentação fetal:** Foi categorizada em cefálica; pélvica. Tal informação foi obtida no Q2.

### 5.7.2.2 Variáveis maternas

- **Estado nutricional pré-gestacional:** Para classificação do estado nutricional pré-gestacional, foram utilizados os pontos de corte preconizados pelo *Institute of Medicine* (IOM) com base no IMC (Peso (kg) /altura (m<sup>2</sup>)) pré-gestacional. As puérperas foram classificadas com baixo peso (<18,5 kg/m<sup>2</sup>); eutróficas (≥18,5 a ≤24,9 kg/m<sup>2</sup>); sobrepeso (≥25 a ≤29,9 kg/m<sup>2</sup>) obesas (≥30 kg/m<sup>2</sup>) (IOM, 2009). (Quadro 2).

**Quadro 2 – Pontos de corte utilizados para classificação do estado nutricional pré-gestacional, ganho ponderal e taxa de ganho de peso no segundo e terceiro trimestre**

IMC Pré-Gestacional Kg/m <sup>2</sup>	Estado Nutricional Pré-Gestacional	Ganho de Peso Total (kg)	Taxa de ganho de peso semanal de peso no segundo e terceiro trimestre de gestação (g)
< 18,5	Baixo peso	12,5-18,0	0,51 (0,44–0,58)
18,5 – 24,9	Eutrófica	11,5-16,0	0,42 (0,35–0,50)
25,0 -29,9	Sobrepeso	7,0-11,5	0,28 (0,23–0,33)
≥ 30,0	Obesidade	5,0-9,0	0,22 (0,17–0,27)

Fonte: IOM (2009)

- **Adequação do ganho de peso gestacional:** O ganho de peso gestacional foi definido pela subtração do peso ao final da gestação em relação ao peso no início da gestação considerando a idade gestacional de cada mulher que foi estimada pela ultrassonografia precoce. O peso ao final da gestação foi referido pela gestante e, na ausência dessa informação foi utilizado o peso da última consulta contido no cartão de

pré-natal. Do mesmo modo, o peso pré-gestacional foi referido pela puérpera ou coletado no cartão de pré-natal até a 12<sup>a</sup> semana gestacional. A adequação do ganho de peso foi corrigida pela idade gestacional no nascimento.

- **Paridade:** Foi categorizada como primípara ou múltípara. Essa informação foi obtida no Q2.

No nível proximal foram consideradas as variáveis relacionadas à condução e intervenção da equipe obstétrica no trabalho de parto (indução no trabalho de parto; posição da mulher no parto; analgésicos/anestesia; manobra de Kristeller; parto instrumental). Todas as informações desse nível foram obtidas no Q2.

### **5.7.2.3 Variáveis da condução e intervenções da equipe obstétrica durante o trabalho de parto**

- **Indução do trabalho de parto:** Categorizada em não; sim.
- **Posição da parturiente adotada no período expulsivo:** Categorizada em verticalizada; horizontalizada.
- **Prescrição de analgésicos/anestésicos durante o trabalho de parto:** Categorizada em não; sim.
- **Manobra de Kristeller:** Categorizada em realizada; não realizada.
- **Parto instrumental:** Categorizado em sim (fórceps; vácuo-extrator); vaginal.

## 6 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Para a análise dos dados, inicialmente, foram estimadas as frequências absolutas e relativas das variáveis preditoras. A análise bivariada utilizou o teste qui-quadrado de Pearson, o oddsratio (OR) e intervalos de confiança (IC) a 95% para avaliar a associação das variáveis. Para a realização da análise multivariada foi utilizado o modelo de regressão logística para identificar as variáveis associadas à laceração perineal. As variáveis com p valor  $<0,20$  na análise bivariada serão selecionadas para análise multivariada. Apenas as variáveis com o valor  $<0,05$  no modelo multivariado foram mantidas no modelo final. As variáveis colineares com fator de inflação de variância  $<10$  foram excluídas do modelo.

## 7 QUESTÕES ÉTICAS

O Inquérito foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ (Parecer nº92/10; CAE: 0096.0.031.000-10) (ANEXO 1). Todas as mulheres participantes concederam suas entrevistas e cessão de suas informações por meio de um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). O projeto esteve de acordo aos princípios éticos de não maleficência, beneficência, justiça e autonomia contidas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996).

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ (Parecer 5.486.223; CAAE:57347922.2.0000.5269), cumprindo os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## 8 ARTIGO CIENTÍFICO

### FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À LACERAÇÃO PERINEAL: UMA ANÁLISE BASEADA NOS DADOS DO INQUÉRITO NASCER NO BRASIL

Luciana Mamede Gomes, Daniele Marano, Marcos Augusto Bastos Dias, Paulo Borges

#### RESUMO

**Introdução:** Diferentes fatores estão associados à laceração perineal, todavia os resultados dos estudos são divergentes e não representativos. **Objetivo:** Verificar a prevalência da laceração perineal e seus principais fatores de risco. **Métodos:** Estudo transversal de âmbito nacional e base hospitalar, realizado entre 2011 e 2012, com 23.894 puérperas. Foram excluídas as mulheres com gestação gemelar, que foram submetidas a cesariana e aquelas em que foi realizado episiotomia. A ocorrência da laceração perineal foi registrada com base na percepção da mulher, em entrevista após o parto, e as variáveis independentes foram organizadas em três níveis distal, intermediário e proximal. A avaliação foi realizada a partir dos resultados das análises bivariadas e de seus respectivos valores-p, com nível de significância  $< 0,20$ . Para a análise multivariada, foram inseridas as variáveis contidas no nível distal, conservadas no modelo quando significativas. **Resultados:** Das 5.397 puérperas avaliadas, 48% relataram ter tido laceração perineal. Os fatores associados ao desfecho no nível distal foram a idade materna entre 12 e 19 anos (OR= 1,37; IC 95%: 1,03-1,83) e a região de domicílio (Centro-Oeste (OR= 2,42; IC 95%: 1,49-3,94), Sudeste (OR= 2,31; IC 95%: 1,54-3,46), Sul (OR= 1,73; IC 95%: 1,12-2,68), Nordeste (OR= 1,55; IC 95%: 1,05-2,30). No nível intermediário, foi o peso ao nascimento referente ao recém-nascido pequeno para idade gestacional (OR= 0,53; IC 95%: 0,36-0,80) e a primiparidade (OR= 2,72; IC 95%: 1,99-3,70). No nível proximal, apenas a manobra de Kristeller foi associada ao desfecho (OR= 1,41; IC 95% 1,14-1,75). **Conclusão:** Os fatores sociodemográficos, relacionados ao recém-nato e às condutas e intervenções da equipe na assistência ao parto foram associados à laceração. Reitera-se a importância do pré-natal e a adoção das práticas de assistência ao parto vigentes como medida para aprimorar a qualidade de vida das mulheres brasileiras.

**Palavras-chave:** Laceração Perineal. Fatores de Risco. Parto Normal.

## ABSTRACT

**Introduction:** Different factors are associated with perineal laceration, however the results of the studies are divergent and not representative. **Objective:** To verify the prevalence of perineal laceration and its main risk factors. **Methods:** Cross-sectional nationwide, hospital-based study, conducted between 2011 and 2012, with 23,894 postpartum women. Women with twin pregnancies, who underwent cesarean section and who underwent episiotomy were excluded. The occurrence of perineal laceration was recorded based on the woman's perception, in an interview after childbirth, and the independent variables were organized into three distal, intermediate and proximal levels. The evaluation was carried out based on the results of the bivariate analyzes and their respective p-values, with a significance level  $< 0.20$ . For the multivariate analysis, the variables contained in the distal level were inserted, kept in the model when significant. **Results:** Of the 5,397 postpartum women evaluated, 48% reported having had a perineal laceration. The factors associated with the outcome at the distal level were maternal age between 12 and 19 years (OR= 1.37; 95% CI: 1.03-1.83) and region of domicile (Midwest (OR= 2, 42; 95% CI: 1.49-3.94), Southeast (OR= 2.31; 95% CI: 1.54-3.46), South (OR= 1.73; 95% CI: 1. 12-2.68), Northeast (OR= 1.55; 95% CI: 1.05-2.30). At the intermediate level, it was the birth weight for the small-for-gestational-age newborn (OR= 0 .53; 95% CI: 0.36-0.80) and primiparity (OR= 2.72; 95% CI: 1.99-3.70). At the proximal level, only the Kristeller maneuver was associated with outcome (OR= 1.41; 95% CI 1.14-1.75) **Conclusion:** Sociodemographic factors, factors related to the newborn and the conduct and interventions of the team in childbirth care were associated with laceration. It reiterates the importance of prenatal care and the adoption of current delivery care practices as a measure to improve the quality of life of Brazilian women.

**Keywords:** Perineal Laceration. Risk factors. Normal birth.

## Introdução

Em 2018, o documento *“Recomendações do cuidado intraparto para uma experiência positiva de nascimento”*, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), considerou incluir a proteção e a redução do trauma perineal como questão de saúde materna pertinente dentre as 56 recomendações relevantes para os cuidados durante o período intraparto (OMS, 2018).

O trauma perineal é caracterizado por algum dano ocorrido no períneo e que pode se estender para outras estruturas anatômicas que compõem o assoalho pélvico (SILVA et al., 2018). Esse desfecho materno pode ser produzido por uma laceração perineal de maneira espontânea e involuntária que ocorre durante o parto vaginal e/ou pela realização da episiotomia (CAMARGO et al., 2019).

As lacerações perineais são classificadas em graus I, II, III ou IV, sendo que as de grau III e IV, embora sejam menos prevalentes, podem causar maior comprometimento do plano tecidual afetando mais as estruturas anatômicas do assoalho pélvico e desencadear disfunções sexuais, ginecológicas, urinárias, coloproctológicas e de sustentação dos órgãos pélvicos. Além disso, podem acarretar repercussões crônicas, como quadro álgico, o que demanda intervenções terapêuticas (BO et al., 2021).

São multifatoriais os fatores de risco associados às lacerações perineais, tais como as características sociodemográficas, relativas às características do feto/recém-nato, maternas e também as condutas e intervenções da equipe obstétrica durante o trabalho de parto (OMS, 2018). De acordo com Tavares et al. (2022), os principais fatores de risco associados às lacerações perineais

foram a idade materna entre 27 e 30 anos, primiparidade, idade gestacional  $\geq$  42 semanas, perímetro cefálico fetal  $>$  35 cm, 2º estágio do trabalho de parto com duração maior que duas horas, parto vaginal operatório, uso de ocitocina e indução do parto. Já o Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) destacou como fatores de risco, especialmente para lacerações graus III e IV, o peso do recém-nascido acima de 4 kg, distócia de ombro, variedade de posição occipito posterior, etnia materna asiática, primiparidade, período expulsivo prolongado e parto instrumental com ou sem episiotomia (RCOG, 2015).

Apesar de inúmeros estudos já terem elucidado os principais fatores associados às lacerações perineais, nota-se que os resultados ainda são divergentes. Além disso, não foram encontrados artigos que analisaram os principais fatores de forma conjunta e com base em dados de âmbito nacional. Portanto, o presente estudo tem como objetivo avaliar a associação entre a laceração perineal e os fatores de risco sociodemográficos, características relacionadas ao feto/recém-nato, maternas e às condutas e intervenções da equipe obstétrica na assistência ao trabalho de parto.

## **Métodos**

Este estudo faz parte da pesquisa de âmbito nacional e de base hospitalar intitulada “*Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*” realizada entre 2011 e 2012.

A amostra compreendeu três estágios de seleção. No primeiro, hospitais com 500 ou mais nascimentos/ano em 2007 foram selecionados e

estratificados de acordo com as cinco macrorregiões do Brasil, a localização (capital ou interior) e o tipo de hospital (privado, público ou misto), definindo 30 estratos. No segundo estágio, foi calculado o número de dias necessários para alcançar a amostra fixada de 90 puérperas por hospital (mínimo de 7 dias em cada hospital). O tempo mínimo foi determinado na suposição que o atendimento se diferencia de acordo com os dias da semana. Finalmente, no terceiro estágio, foram selecionadas as puérperas até completar a amostra prevista para cada hospital. Os dados foram coletados dos prontuários das mulheres e dos recém-nascidos e, os cartões de pré-natal das gestantes foram fotografados (LEAL et al., 2012). O tamanho final da amostra foi de 23.894 puérperas. Demais detalhes em relação ao desenho amostral são encontrados no estudo de Vasconcellos et al. (2014) e sobre a coleta dos dados, em Leal et al. (2012).

Nesse estudo foram incluídas as mulheres que deram à luz a um recém-nascido vivo, independentemente do peso ou idade gestacional, ou natimorto com peso  $\geq 500$  g e/ou idade gestacional  $\geq 22$  semanas de gestação e, excluídas as com transtorno mental grave, surdas ou estrangeiras que não compreendiam a língua portuguesa (LEAL et al., 2012).

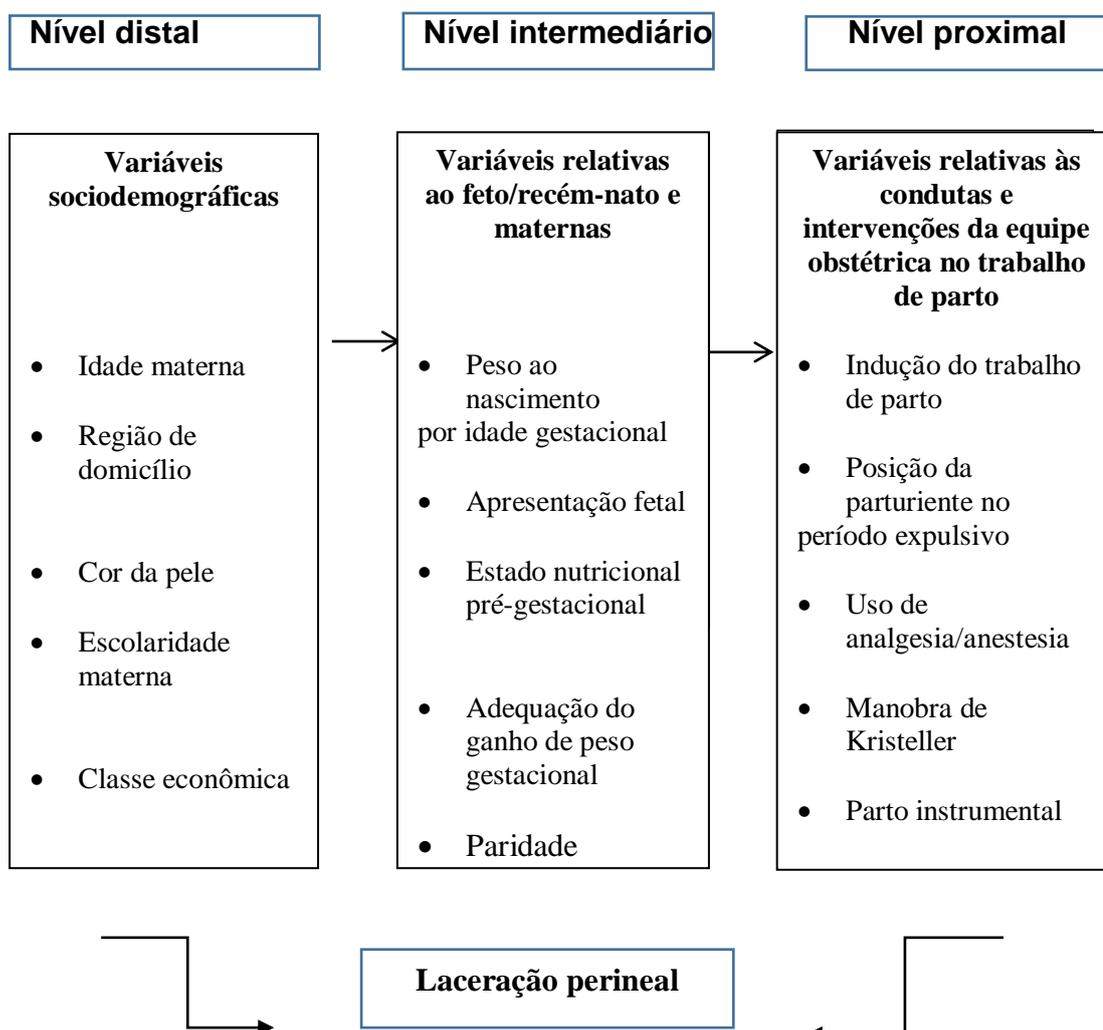
No presente estudo, foram avaliadas 5.397 puérperas dado que foram excluídas 43 mulheres com gestações gemelares, 12.409 com partos cesárea e 5.683 com relato de terem sofrido episiotomia.

A variável dependente do presente estudo foi a laceração perineal obtida no questionário da puérpera com base na percepção da mulher fundamentada em duas respostas (2 e 4) relativas à pergunta “Você sabe como ficou o seu períneo (vagina) depois do parto?": 1. Não rompeu, não cortou e não deu

pontos 2. Rompeu um pouco, mas não precisou dar pontos 3. Não levei pontos, mas não sei se rompeu 4. Rompeu e deram pontos 5. Cortaram e deram pontos 6. Levei pontos, mas não sei se rompeu ou se o médico cortou 9. Não soube informar. As mulheres que responderam positivamente as seguintes opções de resposta (1) Rompeu um pouco, mas não precisou dar pontos e (2) Rompeu e deram pontos foram classificadas com laceração perineal.

As variáveis independentes foram organizadas em um modelo teórico conceitual por nível de proximidade com o desfecho que incluiu fatores preditores da laceração perineal baseados na literatura.

**Figura 1– Modelo teórico conceitual dos fatores preditores da laceração perineal**



No nível distal foram incluídos os aspectos sociodemográficos: idade materna (12 a 19 anos,  $\geq 20$  a 34 anos,  $\geq 35$  anos); região de domicílio (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Sul); cor da pele (branca, não branca); escolaridade materna em anos completos (ensino fundamental incompleto e completo, ensino médio completo ou ensino superior completo) e classe econômica (A+B, C, D + E).

A cor da pele foi autorreferida conforme recomendação do Instituto Brasileiro de Geografia e Economia (IBGE). Optou-se por unir em uma única categoria denominada não brancas as mulheres pretas, pardas e amarelas, em razão do pequeno tamanho amostral referente as cores pardas e amarelas.

A classe econômica foi baseada no critério de classificação econômica adotado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABIPEME) e Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2008). Essa variável foi definida com base nos bens da família sendo ao final aplicado um escore para definir os grupos socioeconômicos em cinco categorias de A a E (ABEP, 2008).

No nível intermediário foram incluídas as variáveis referentes ao feto/recém-nato (peso ao nascer para idade gestacional (pequeno para idade gestacional (PIG), adequado para idade gestacional (AIG) e grande para idade gestacional (GIG)) e apresentação fetal (cefálica, pélvica, córmica e transversa)) e maternas (estado nutricional pré-gestacional, adequação do ganho de peso gestacional e paridade).

Para a classificação do peso ao nascer para a idade gestacional foram consideradas as curvas do *International Fetal and New Born Growth Consortium for the 21st Century* (INTERGROWTH21st) (DUTRA et al., 2021).

Dessa forma, recém-nascidos com peso ao nascer abaixo do percentil 10 foram categorizados em PIG; entre os percentis 10 e 90, AIG e acima do percentil 90, GIG.

Para classificação do estado nutricional pré-gestacional foram utilizados os pontos de corte preconizados pelo Institute of Medicine (IOM) com base no IMC (Peso (kg) /altura (m<sup>2</sup>)) pré-gestacional. As puérperas foram classificadas com baixo peso (<18,5 kg/m<sup>2</sup>); eutróficas (≥18,5 a ≤24,9 kg/m<sup>2</sup>); sobrepeso (≥25 a ≤29,9 kg/m<sup>2</sup>) obesas (≥30 kg/m<sup>2</sup>) (IOM, 2009). O ganho de peso gestacional foi definido pela subtração do peso ao final da gestação em relação ao peso no início da gestação considerando a idade gestacional de cada mulher que foi estimada pela ultrassonografia precoce. O peso ao final da gestação foi referido pela gestante e, na ausência dessa informação foi utilizado o peso da última consulta contido no cartão de pré-natal. Do mesmo modo, o peso pré-gestacional foi referido pela puérpera ou coletado no cartão de pré-natal até a 12<sup>a</sup> semana gestacional. A adequação do ganho de peso foi corrigida pela idade gestacional no nascimento.

No nível proximal foram consideradas as variáveis relacionadas à condução e intervenção da equipe obstétrica no trabalho de parto: indução trabalho de parto (não, sim); posição da parturiente no período expulsivo (vertical, horizontal); uso de analgesia/anestesia (não, sim); manobra de Kristeller (não, sim); parto instrumental (não, sim).

Para a análise dos dados, inicialmente, foram estimadas as frequências absolutas e relativas das variáveis preditoras. Na análise bivariada foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, o oddsratio (OR) e intervalo de confiança (IC) de 95%. Para a realização da análise multivariada foi utilizado o modelo de

regressão logística para identificar as variáveis associadas à laceração perineal.

As variáveis com p valor  $<0,20$  na análise bivariada foram selecionadas para análise multivariada. Apenas as variáveis com p valor  $<0,05$  no modelo multivariado foram mantidas no modelo final.

O estudo principal foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Parecer nº 92/10; CAE: 0096.0.031.000-10). A presente pesquisa foi submetida ao CEP do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira e aprovada pelo Parecer 5.486.223 CAAE: 57347922.2.0000.5269, cumprindo os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as mulheres participantes concederam suas entrevistas e informações por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido.

## **Resultados**

Com base nos critérios de elegibilidade empregados no presente estudo, foram avaliadas 5.397 puérperas sendo que 2.640 (48,9 %) relataram a ocorrência de laceração perineal no parto.

Dentre as puérperas avaliadas, 70,8% tinham entre 20 e 34 anos, 39,3% residiam no Sudeste, 75,2% eram pretas/pardas, 69% cursaram o ensino fundamental (incompleto ou completo) e 72% eram multíparas. Em relação as características do feto, 90% apresentaram posição cefálica e 79% foram classificados AIG. Quanto às condutas e intervenções da equipe obstétrica,

94% das puérperas não receberam analgesia/anestesia e 24% foram submetidas a realização da manobra de Kristeller (Tabela 1).

Nos resultados da análise bivariada para todas as variáveis independentes incluídas no modelo, verificou-se que, no nível distal, as seguintes variáveis foram associadas ao desfecho: idade materna entre 12 e 19 anos (OR= 1,78; IC 95% 1,30-2,44), região de domicílio Centro-Oeste (OR= 2,57; IC 95% 1,56-4,25), Sudeste (OR= 2,58; IC 95% 1,65-4,04), Sul (OR= 1,82; IC 95% 1,18-2,81), Nordeste (OR= 1,60; IC 95% 1,04-2,44: ), cor da pele preta (OR= 0,67; IC 95% 0,55-0,81), escolaridade ensino fundamental incompleto/completo (OR= 0,42; IC 95% 0,24-0,72), classe socioeconômica D e E (OR= 0,38; IC 95% 0,26-0,56). No nível intermediário, os fatores associados à laceração perineal foram ser PIG (OR= 0,57; IC 95% 0,39-0,85), ter tido ganho de peso gestacional insuficiente (OR=0,80; IC 95% 0,65-0,98) e ser primípara (OR= 3,21; IC 95% 2,40-4,30).

No nível proximal, apenas a manobra de Kristeller (OR= 1,51; IC 95% 1,20-1,90) e o parto instrumental uso de fórceps/vácuo extrator (OR = 3,15; IC 95% 1,36-7,30) foram associados à laceração.

A Tabela 2 contém os dados da análise multivariada. Verificou-se associação significativa entre a laceração perineal e as seguintes variáveis: idade materna entre 12 e 19 anos (OR= 1,37; IC 95% 1,03-1,83), região de domicílio Centro-Oeste (OR= 2,42; IC 95% 1,49-3,94), Sudeste (OR= 2,31; IC 95% 1,54-3,46), Sul (OR= 1,73; IC 95% 1,12-2,68), Nordeste (OR= 1,55; IC 95% 1,05-2,30), PIG (OR= 0,53; IC 95% 0,36-0,80), primiparidade (OR= 2,72; IC 95% 1,99-3,70) e manobra de Kristeller (OR= 1,41; IC 95% 1,14-1,75).

## Discussão

Embora inúmeros estudos já tenham sido realizados para avaliar a prevalência da laceração perineal e os seus principais fatores associados, ainda persistem lacunas no conhecimento (TAVARES et al., 2022). Diante das disparidades metodológicas entre os artigos no que tange a classificação das lacerações e os seus principais fatores de risco, existe a recomendação para a realização de novos estudos nessa temática (TAVARES et al., 2022).

O presente estudo verificou que a prevalência de laceração perineal entre as mulheres brasileiras foi de 48%, percentual divergente à inúmeros estudos (LINS et al., 2019, ABEDZADEH et al., 2019). De acordo com o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), a frequência inerente a algum grau de laceração perineal é considerada esperada entre 53% e 73% (ACOG, 2018). A coorte conduzida por Monteiro et al. (2016), com base nos dados contidos nos prontuários de 935 mulheres que não sofreram episiotomia, verificou que 78,2% das mulheres tiveram algum grau de laceração perineal. De forma semelhante, a coorte prospectiva, com 222 mulheres que tiveram parto vaginal e sem episiotomia, verificou que a incidência de laceração perineal foi de 79,7%.

De acordo com os autores, a incidência desse desfecho foi maior em relação as outras intuições com perfil semelhante e que o comportamento intervencionista por parte do profissional que assiste o parto pode ter persistido mesmo tendo sido avaliadas mulheres atendidas em unidade com proposta de atendimento humanizado (LINS et al., 2019). Já o estudo transversal realizado no Irã, em 2015, com 3.255 mulheres, verificou menor

percentual (16%) de laceração em relação aos estudos supracitados e a ACOG (2018).

Mesmo diante desse resultado com menor ocorrência de laceração perineal, os autores enfatizaram a importância na formação profissional como medida para melhorar a qualidade da assistência obstétrica e assim obter uma melhor de vida das mulheres (ABEDZADEH et al., 2019).

Em relação aos fatores associados à laceração perineal, o presente estudo observou que dentre as variáveis inseridas no nível distal (sociodemográficas), a idade materna e a região de domicílio foram associadas ao desfecho. Verificou-se que a chance de laceração perineal foi 37% maior entre as adolescentes (12 e 19 anos). Da mesma forma, Matei et al. (2021) observaram em um estudo retrospectivo observacional, realizado na Romênia, entre 2020 e 2021, com 1498 mulheres sendo 298 adolescentes, que a chance de laceração entre as adolescentes foi 89% superior em relação as adultas. Todavia, Lopes et al. (2019) verificaram que a idade materna acima de 35 anos aumentou a chance de laceração perineal, achado que não foi encontrado em nosso estudo.

De acordo com Gemma (2016), a primiparidade pode parcialmente explicar o fato de as adolescentes terem chance aumentada de laceração perineal devido a redução de distensibilidade da musculatura perineal que ocorre nesse grupo.

É relevante ressaltar que os desfechos de saúde também sofrem influência multifatorial e complexa advindas das desigualdades socioeconômicas (BRASIL, 2015) e na oferta dos serviços de saúde entre as regiões do país (SZWARCOWALD et al., 2021).

Por mais que ocorram disparidades no perfil de assistência obstétrica entre as regiões do país (perfil epidemiológico de saúde, demográfico dos usuários, quantitativo e especialidade dos profissionais da saúde, organização e oferta da rede, acesso geográfico, política vigente de saúde (BRASIL, 2008), observou-se neste estudo que em todas as regiões do país, com exceção da Norte, as parturientes obtiveram chance aumentada para laceração perineal sendo mais preponderante nas regiões Centro-Oeste e Sul.

Em relação ao resultado da região Norte, a frequência reduzida de laceração perineal não representa necessariamente a adoção de boas práticas no parto. Segundo a pesquisa conduzida por Leal et al. (2014), desfechos obstétricos das regiões Norte e Nordeste foram de maneira geral desfavoráveis em ambas as regiões (LEAL et al., 2014).

A implantação da Rede Cegonha em 2011 teve como objetivo garantir a assistência pré-natal de qualidade e parto seguro e humanizado para todas as mulheres. É importante destacar que no período da pesquisa maior, a região Centro-Oeste não havia implementado completamente essa estratégia (SANTOS et al., 2013) dado que a adesão foi iniciada apenas em 2012 com o menor índice (8,86%) de participação dos estabelecimentos de saúde que a colocou na última posição dentre as regiões do Brasil na adesão à estratégia (NUNES et al., 2017).

Ainda sobre a associação entre as regiões do país e a laceração perineal, é importante pontuar que embora a região Sul apresente os melhores indicadores sociais e econômicos e boas condições de cobertura de serviços de saúde nos três níveis de atenção (Brasil, 2010), a oferta de assistência humanizada no pré-natal, parto e puerpério ainda ocorre de maneira

heterogênea e frágil (PEREIRA et al., 2018), o que acarreta indicadores perinatais negativos (NUNES et al., 2017).

Outrossim, nas regiões supracitadas, o perfil do modelo de atenção ao parto é tecnocrático e centrado no médico (ROCHA e FERREIRA, 2020) em detrimento do modelo humanizado baseado na assistência praticada também pela enfermagem que é menos intervencionista (GAMA et al., 2021), o que favorece a manutenção da integridade perineal (GOMES et al., 2020). De acordo com o estudo realizado por Scheffer et al. em 2011 e repetido em 2013, mesmo período da pesquisa "*Nascer no Brasil*", a distribuição regional de médicos especialistas ginecologistas e obstetras foi maior nas regiões Sudeste (9.738) e Sul (4.124) em relação as demais (Nordeste (3.855), Centro-Oeste (2.187), Norte (896)). E nas áreas rurais das regiões Norte e Nordeste, verificou-se cenário com elevada assistência prestada por enfermeiras e parteiras (cerca de 40%), em consonância com a alta proporção de partos domiciliares destas regiões (BRASIL, 2010). Essa diferença no perfil dos profissionais que prestam assistência ao parto na região Norte pode explicar a menor prevalência de lacerações perineais nesta região.

Dentre as variáveis contidas no nível intermediário (características do feto/recém-nato e maternas), verificou-se, neste estudo, que o peso ao nascer de acordo com a idade gestacional e a paridade foram associadas à laceração perineal. De acordo com a literatura, a macrossomia (peso do recém-nascido  $\geq$  4000g) e a prematuridade elevam a probabilidade de partos distócicos que podem demandar a realização de parto instrumental (ACOG, 2000; CUNNINGHAM, 2011; REZENDE e MONTENEGRO, 2017). No presente estudo, o nascimento de recém-nascido PIG foi protetivo para a laceração

perineal. Em concordância, Vieira et al. (2019), em estudo de coorte com 212.101 recém-nascidos, verificaram menor chance de lacerações graves entre os 12.152 recém-nascido classificados como FIG. De acordo com os autores, esse resultado pode ser parcialmente explicado pelas reduzidas características biométricas (peso, comprimento) que reduzem os desafios mecânicos no trajeto de canal de parto e períneo. (BARACHO, 2018)

Ainda no nível intermediário, o presente estudo observou maior chance para a ocorrência de laceração perineal entre as primíparas. De forma semelhante, Wilson e Homer (2020) conduziram uma metanálise com 12 estudos publicados entre 2013 e 2018 com amostra de 515.161 mulheres, e observaram que a chance de ocorrência de lacerações graus III e IV foi 3,24 vezes maior entre as primíparas. O estudo transversal conduzido por Souza et al. (2021), com base nas informações de 421 prontuários de puérperas que tiveram parto vaginal entre 2016 e 2018, também verificou que o percentual de lacerações entre as primíparas (53,4%) foi superior em relação às múltíparas (46,6%). De acordo com Baracho (2018), essa associação pode ocorrer pelo desconhecimento da parturiente sobre a funcionalidade e autocontrole dos músculos perivaginais no momento do parto e presença do ciclo de medo-ansiedade-dor que podem acarretar a ativação excessiva na musculatura que não havia experienciado em partos anteriores prova de elasticidade e distensibilidade. É importante apontar que além das questões citadas, determinadas condutas e intervenções por parte da equipe de saúde, como a restrição de mobilidade e manutenção da parturiente no leito em posição de litotomia, também podem favorecer a ocorrência de lacerações perineais em primíparas (MOREIRA et al., 2021).

Quanto às condutas e intervenções da equipe durante a assistência ao trabalho de parto, a manobra de Kristeller foi a única variável do nível proximal que aumentou a chance de laceração perineal entre as puérperas avaliadas. O estudo conduzido por Becerra-Chauca (2019) e por Moyete (2014) também encontraram resultados semelhantes. Salienta-se que no período da coleta de dados do estudo *“Nascer no Brasil”* entre 2011 e 2012, era mais restrita a política de diretrizes da OMS voltada à melhores experiências de parto e nascimento, com as orientações de proteção à saúde materna e à proteção à integridade perineal. Tais diretrizes foram estabelecidas em 2016 pela OMS e adotadas pelo MS em 2017 (BRASIL, 2017). Em 2018, a OMS publicou as *“Recomendações do cuidado intraparto para uma experiência positiva de nascimento”* para divulgar as recomendações de proteção e redução do trauma perineal. Nesse documento, a manobra de fundo de útero Kristeller consta como não recomendada em razão da intensa pressão exercida e com possível uso de fórceps/vácuo extrator. É necessário apontar que tal conduta pode acarretar danos ao feto (fraturas, lesões cranianas e no sistema nervoso central) e a parturiente (dor, dificuldade respiratória, fraturas de costelas, hematoma abdominal, hipotensão, lacerações perineais) (OMS, 2018).

Pontua-se que o presente estudo realizou ampla busca bibliográfica para identificar os principais fatores de risco associados ao desfecho. Contudo, alguns fatores de risco não foram contemplados na análise estatística (distócia, perímetro cefálico).

Também é importante salientar que algumas decisões metodológicas foram tomadas pelos autores no que tange a exclusão das mulheres que sofreram

episiotomia que se deu pelo objetivo de avaliar apenas a laceração perineal e não o trauma perineal.

Outra decisão metodológica para avaliar a laceração perineal foi considerar dados baseados na percepção da mulher, informação coletada 24 após o parto, em razão da expressiva incompletude dos dados do desfecho no prontuário médico, com registro de 2.181 (40,4%) lacerações perineais. Por conta dessa questão, também não foi possível avaliar o desfecho considerando os diferentes graus dado que do total de registro de laceração advinda do prontuário cerca 740 (34%) não tinham especificação do grau de laceração.

Segundo Correa et al. (2014), os dados advindos de registros nos prontuários devem apresentar completude, qualidade da informação, confiabilidade, pois se tais premissas não forem cumpridas o conhecimento gerado pode não representar adequadamente a realidade estudada e inviabilizar o planejamento do cuidado com a saúde.

Ademais, a incompletude de dados compromete a integração com estratégias e políticas de promoção e proteção à saúde materna, conforme compromisso assumido pelo Brasil no cumprimento das metas de melhorias de saúde materna contidas nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (CORREA et al., 2014; BRASIL, 2015)

Além disso, é importante destacar que a maioria dos artigos não avaliam o ponto de vista das mulheres sobre as intervenções que ocorrem no parto. De acordo com a revisão Cochrane, realizada em 2016, apenas um artigo dos 20 selecionados avaliou a percepção das mulheres sobre suas experiências nas intervenções ocorridas no parto (AASHEIM et al., 2017). Szwarcwald et al. (2021) expressaram que a percepção do usuário é uma estratégia que permite

avaliar as políticas públicas de saúde e fornecer subsídios para o seu aprimoramento.

Em suma, ser adolescente, morar em qualquer região do país, com exceção da Norte, ser primípara e ter sofrido a manobra de Kristeller no parto são fatores que aumentaram a chance de ocorrência de laceração perineal entre as puérperas. Ratifica-se a necessidade de adesão às recomendações em relação as medidas de proteção do períneo pelas equipes profissionais.

## **Conclusão**

A presente pesquisa se destaca por ter se detido apenas nos casos de laceração perineal e por ter avaliado parturientes da rede pública e privada com representatividade do território nacional.

A principal limitação do presente estudo se deteve no delineamento empregado dado que estudos transversais impossibilitam o estabelecimento das relações causais por não provarem a existência de uma sequência temporal entre exposição ao factor e o subsequente desenvolvimento do desfecho.

Mesmo diante da limitação supracitada, o presente estudo elucidou os principais fatores associados à laceração perineal com base em uma amostra representativa. É de extrema importância apontar que é relevante maior completitude nos registros de dados nos prontuários médicos, com o propósito de contribuir para planejamento epidemiológico e de políticas públicas para assistência materna.

Ratifica-se a necessidade dos profissionais de saúde adotarem em suas rotinas de trabalho as recomendações vigentes quanto às medidas de proteção do períneo, e a possibilidade de reflexão sobre as adequações nas formações, comportamentos e condutas das equipes profissionais, além do trabalho interdisciplinar na assistência durante o ciclo gravídico-puerperal.

## Referências

AASHEIM, V; NILSEN, A.B.V; REINAR, L.M; LUKASSE, M. **Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma**. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28608597/>>. Acesso em: 20 out. 2022.

ABEDZADEH-KALAHROUDI M; TALEBIAN A; SADAT Z; MESDAGHINIA E. **Perineal trauma: incidence and its risk factors**. J Obstet Gynaecol. 2019 Feb;39(2):206-211. Epub 2018 Sep 6. PMID: 30187786. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30187786/>>. Acesso em: 20 set. 2022.

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists. **Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery**. Practice Bulletin No. 198. Obstet Gynecol. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30134424/>>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**, 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

BECERRA-CHAUCA, N.; FAILLOC-ROJAS, V. E. Maniobra Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas. **Revista Cubana de Obstetricia Ginecología**, v. 45, n. 2, p. 13, 2019. Disponível em: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2019000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200004)>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BØ, K'; SIGURDARDOTTIR, T.; STEINGRIMSDOTTIR, T.; HALLDORSSON, T.I.; ASPELUND, T.; GEIRSSON, R.T. Cross-sectional study of early postpartum pelvic floor dysfunction and related bother in primiparous women 6-10 weeks postpartum. **Int Urogynecol J**. 2021 Jul;32(7):1847-1855. Epub 2021 May 3. PMID: 33938963. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33938963/>>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. **Asis - Análise de Situação de Saúde**. Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás. Brasília. Ministério da Saúde, 2015. 3v. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis\\_analise\\_situacao\\_saude\\_volume\\_1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf)>. Acesso em: 20 out 2022.

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), 2008.

BRASIL. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais** [recurso eletrônico]: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 90 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto\\_nascimento\\_domiciliar\\_parteiras.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf)>. Acesso em: 21 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

CAMARGO, J. DA C. S. DE.; VARELA, V.; MARÇAL, F.; CHOFAKIAN, C.B.N.; OSAVA, R.H.; ARAÚJO, N.M.; NARCHI, N.; SANTOS, M.E.; NENÉ, M.; GRANDE, C. Perineal outcomes and its associated variables of waterbirths versus non-waterbirths: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 4, p. 777–786, 2019.

CORREIA, L.O.S.; PADILHA, B.M.; VASCONCELOS, S.M.L. Methods for assessing the completeness of data in health information systems in Brazil: a systematic review. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, 2014. Disponível em: <[https://www.scielo.br/j/csc/a/HGyrfBHWLXMd3mz74HCcvpy/?lang=pt#:~:text=A%20completitude%20%C3%A9%20a%20segunda,10\)%3A2095%2D2109](https://www.scielo.br/j/csc/a/HGyrfBHWLXMd3mz74HCcvpy/?lang=pt#:~:text=A%20completitude%20%C3%A9%20a%20segunda,10)%3A2095%2D2109)>. Acesso em: 01 set. 2022.

CUNNINGHAM, F.G.; LEVENO, K.J.; BLOOM, S.L.; HAUTH, J.C.; ROUSE, D.J.; SPONG, C.Y. **Wilians obstetrícia**. 23 ed. México. Mc Graw Hill, 2014.

DUTRA, T.A.; TENÓRIO, M.C.S.; LIMA, A.A.; MONTEIRO, J.R.S.; MELLO, C.S.; OLIVEIRA, A.C.M. Impact of maternal nutritional status on the birth weight of preterm. **BRASPEN J**, 36 (2): 165-72. 2021. Disponível em: <<https://wdcom.s3.sa-east-1.amazonaws.com/hosting/braspen/journal/2021/journal/abr-jun-2021/artigos/05-Impacto-do-estado-nutricional.pdf>>. Acesso em: 7 jul. 2021.

GAMA, S.G.N; VIELLAS, E.F; MEDINA, E.T; ANGULO-TUESTA, A; SILVA, C.K.R.T; SILVA, S.D; SANTOS, Y.R.P; PEREIRA, A.P.E. Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil - 2017. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2021, v. 26, n. 3, pp. 919-929. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.28482020>>. Acesso em: 2 out. 2022.

GEMMA, M. **Fatores associados a integridade perineal no parto vaginal**: estudo transversal. Universidade de São Paulo. São Paulo; s.n; 2016. 116 p. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-871031>>. Acesso em: 10 out. 2022.

GOMES, F.E.S; CARNEIRO, E.C; FERRAZ, I.C; CAVALCANTE, I.S; BARBOSA, G.S.L; ATTEM, M.S; VEIGA, A.V.M.; MENDES, I.P.G; SILVA, L.N.P; OKASAKI, N.A.B.M. Impacto da implantação dos centros de parto normal na qualidade de assistência obstétrica. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, 2020. ISSN 2525-3409. Disponível em: <<https://rsdjournal.org>>. Acesso em: 2 out. 2022.

KARACA. S.Y, ADIYEKE. M.; İLERI, A.; VURAL, T.; ŞENKAYA, A.R.; İLERI, H.; ÖZEREN, M. Obstetric Perineal Tears in Pregnant Adolescents and the Influencing Factors. **J Pediatr Adolesc Gynecol**. 2022 Jun;35(3):323-328. doi: 10.1016/j.jpjag.2021.10.017.

LEAL, M.; SILVA, A. A.M.; DIAS, M.A.B.; GAMA, S.G.N.; RATTNER, D.; MOREIRA, M.E. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive Health**, v. 9, p. 15, 22 ago. 2012.

LINS VML, KATZ L, VASCONCELOS FBL, COUTINHO I, AMORIM MM. Factors associated with spontaneous perineal lacerations in deliveries without episiotomy in a university maternity hospital in the city of Recife, Brazil: a cohort study. **J Matern Fetal Neonatal Med**. 2019 Sep; 32(18):3062-3067. Epub 2018 Apr 18. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29577777/>>. Acesso em: 19 set. 2022.

LOPES, G. A., LEISTER, N. & RIESCO, M. L. G.; Desfechos e cuidados perineais em centro de parto normal. **Texto Contexto Enferm.**, 2019. 28 (20), 1-12. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1043468>>. Acesso em: 2 set. 2022.

MATEI, A.; POENARU, E.; DIMITRIU, M.C.T.; ZAHARIA, C.; IONESCU, C.A.; NAVOLAN, D.; FURĂU, C.G. Obstetrical Soft Tissue Trauma during Spontaneous Vaginal Birth in the Romanian Adolescent Population—Multicentric Comparative Study with Adult Population. **Int. J. Environ. Res. Public Health**. 2021, 18, 11491. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/21/11491>>. Acesso em: 2 set. 2022.

MONTEIRO, M.V.C; PEREIRA, G.M; AGUIAR, R.A; AZEVEDO, R.L; CORREIA-JUNIOR, M.D; REIS, Z.S. Risk factors for severe obstetric perineal lacerations. **Int Urogynecol J**. 2016 Jan; 27(1):61-7. doi: 10.1007/s00192-015-2795-5. Epub 2015 Jul 30. PMID: 26224381. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26224381/>>. Acesso em: 30 ago. 2022.

MOREIRA, M. DA C.; MARCELINO, M. O.; RABELO, É. M. Lacerações e desfechos perineais imediatos de partos assistidos na banqueta de parto e posição semi-sentada / Lacerations and immediate perineal

outcomes of assisted births on the stool and semi-sitting position. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 1736–1747, 2021.

MOIETY, F.M.S.; AZZAM, A.Z. Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis. **J. Obstet. Gynaecol. Res.** Vol. 40, n. 4: 946–953, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24428496/>>. Acesso em: 10 jul 2022.

NICE. **Intrapartum care for healthy women and babies**: Clinical guideline. London. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2014. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk>>. Acesso em: 7 jul. 2021.

NUNES, A. D. da S.; AMADOR, A. E.; DANTAS, A. P. de Q. M.; AZEVEDO, U. N. de; BARBOSA, I. R. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 30, n. 3, 2017. Disponível em: <<https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/6158>>. Acesso em: 8 set. 2022.

PEREIRA, R.M; FONSECA, G.O; PEREIRA, A.C.C; GONÇALVES, G.A; MAFRA, R.A. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2018, v. 23, n. 11. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.07832016>>. Acesso em: 12 out. 2022.

RCOG. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. **The management of third- and fourth-degree perineal tears. Green-top Guideline, n. 29**. London, UK: RCOG Press, 2015. Disponível em: <<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

REZENDE FILHO, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Rezende obstetrícia**. 13ed. Guanabara Koogan. 2017.

ROCHA, N. F. F.; FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate [online]**. 2020, v. 44, n. 125, pp. 556-568. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>>. Acesso em: 1 dez. 2022.

SANTOS, G. L. **Implantação da rede cegonha nos estados brasileiros**: um olhar para o componente do parto. Rio de Janeiro; s.n; 2013. 60 p. ENSP, FIOCRUZ. Disponível em: <<bvsalud.org>>. Acesso em: 01 set. 2022.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A.; CASSENOTE, A. (coordenadores). **A Demografia Médica no Brasil**: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São

Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011. 117p. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2022.

SCHEFFER, M.; (coordenador); BIANCARELLI, A.; CASSENOTE, A. **Demografia Médica no Brasil**. v. 2. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013. 256 p. Disponível em: <<https://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>>. Acesso em: 1 set. 2022.

SILVA, A. M. N. Characterization of pain resulting from perineal trauma in women with vaginal delivery. **Brazilian Journal of Pain**, v. 1, n. 2, 2018.

SOUSA, L. S.; SOUTO, R. E. M.; FERNANDES, B. K. C.; ESTECHE, C. M. G. da C. E.; DAMASCENO, A. K. de C.; DE MELO, L. P. T. INDICADORES MATERNOS DOS PARTOS ASSISTIDOS EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL INTRA-HOSPITALAR. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 95, n. 34, p. e-021068, 2021. DOI: 10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.1067. Disponível em: <<https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1067>>. Acesso em: 8 ago. 2022.

SZWARCWALD, C.L.; STOPA, S.R.; DAMACENA, G.N.; ALMEIDA, W.S.; JÚNIOR, P.B.S.; VIEIRA, M.L.F.P.; PEREIRA, C.A.; SARDINHA, L.M.V.; MACÁRIO, E.M. Mudanças no padrão de utilização de serviços de saúde no Brasil entre 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2021, v. 26, suppl 1. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/qbkh5mGhJNb6hvrygNkPBGz/#>>. Acesso em: 20 out. 2022.

TAVARES, N.V.S.; DANTAS, P.M.D.; CARDOSO, A.C.G.; SANCHES, M.E.T.L.; ARAÚJO, S.T.; MOURA, R.S.; MENDONÇA, T.R.M.; SOUSA, M.L.C. Fatores que influenciam a ocorrência de laceração perineal no parto. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, e33111425245, 2022. Disponível em: <<https://rsdjournal.org>>. Acesso em: 10 ago. 2022.

VIEIRA, M.C.; RELPH, S.; PERSSON, M.; SEMENTE, P.T.; DHARMINTRA, P. Determinação dos limiares percentuais de peso ao nascer associados a resultados perinatais adversos usando gráficos populacionais, personalizados e de intercrescimento: um estudo de coorte de base populacional sueco. **Journal Pmed**, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002902>>. Acesso em: 2 out. 2022.

WHO. **Recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em:

<<https://www.who.int/entity/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/index.html>>. Acesso em: 7 jul. 2021.

WHO. **Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.** 2016. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf>>. Acesso em: 7 jul. 2021.

WILSON, A.N.; HOMER, C.S.E. Third- and fourth-degree tears: A review of the current evidence for prevention and management. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**, 2020; 1–8. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32065386/>>. Acesso em: 10 set. 2021.

**Tabela 1– Análise bivariada dos fatores sociodemográficos, relativos ao feto/recém-nascido, maternas e às condutas e intervenções da equipe obstétrica no trabalho de parto. Brasil 2011-2012**

<b>Variáveis independentes</b>	<b>n (%)</b>	<b>OR</b>	<b>IC (95%)</b>
<b>Nível distal</b>			
<b>Idade materna</b>			
12 a 19	1022 (18,9)	1,78	(1,30-2,44)
20 a 34	3824 (70,8)	1,00	-----
35 ou mais	509 (9,4)	0,79	(0,58-1,06)
<b>Região de domicílio</b>			
Norte	692 (12,8)	1,00	-----
Centro-Oeste	242 (4,48)	2,57	(1,56-4,25)
Sudeste	2124 (39,3)	2,58	(1,65-4,04)
Sul	523 (9,6)	1,82	(1,18-2,81)
Nordeste	1777 (32,9)	1,60	(1,04-2,44)
<b>Cor da pele</b>			
Branca	1297 (24,0)	1,00	-----
Preta/parda	4060 (75,2)	0,67	(0,55-0,81)
<b>Escolaridade materna</b>			
Ensino fundamental incompleto/completo	3728 (69,0)	0,42	(0,24-0,72)
Ensino médio completo	1525 (28,2)	0,86	(0,47-1,54)
Ensino superior completo	104 (1,92)	1,00	-----
<b>Classe econômica</b>			
A e B	675 (12,5)	1,00	-----
C	2734 (50,6)	0,66	(0,44-1,00)
D e E	189 (3,5)	0,38	(0,26-0,56)
<b>Nível intermediário</b>			
<b>Peso ao nascer por idade gestacional</b>			
Pequeno para idade gestacional	418 (7,74)	0,57	(0,39-0,85)
Adequado para idade gestacional	4272 (79,1)	1,00	-----
Grande para idade gestacional	657 (12,1)	0,99	(0,73-1,34)
<b>Apresentação fetal</b>			
Cefálica	4839 (49,8)	1,00	-----
Pélvica	52 (19,8)	0,31	(0,09-1,01)
<b>Ganho de peso gestacional</b>			
Insuficiente	1741 (32,2)	0,80	(0,65-0,98)
Adequado	1757 (32,5)	1,00	-----
Excessivo	1869 (34,4)	1,20	(0,93-1,53)
<b>Paridade</b>			
Primiparidade	1453 (26,9)	3,21	(2,40-4,30)
Multiparidade	3905 (72,3)	1,00	-----
<b>Nível proximal</b>			
<b>Indução do trabalho de parto</b>			
Não	4576 (48,4)	1,00	-----
Sim	781 (54,5)	1,19	(0,94-1,51)

<b>Variáveis independentes</b>	n (%)	OR	IC (95%)
<b>Nível proximal</b>			
<b>Posição da parturiente no período expulsivo</b>			
Litotomia	4782 (88,6)	-----	-----
Verticalizada	575 (1,00)	1,10	(0,71-1,71)
<b>Uso de analgesia / anestesia</b>			
Não	5098 (48,9)	1,00	-----
Sim	194 (62,9)	1,68	(1,00-2,81)
<b>Manobra de Kristeller</b>			
Realizada	1298 (24)	1,51	(1,20-1,90)
Não realizada	4059 (75,2)	1,00	-----
<b>Parto instrumental</b>			
Fórceps/ Vácuo extrator	54 (1,00)	3,15	(1,36-7,30)
Vaginal	5304 (98,2)	1,00	-----

Fonte: Brasil (2011-2012)

**Tabela 2– Regressão logística multivariada dos fatores sociodemográficos, relativas ao feto/recém-nascido, maternas e às condutas e intervenções da equipe obstétrica no trabalho de parto. Brasil 2011-2012**

<b>Variáveis independentes</b>	<b>n (%)</b>	<b>OR</b>	<b>IC (95%)</b>
<b>Nível Distal</b>			
<b>Idade materna</b>			
12 a 19	1022 (18,9)	1,37	(1,03-1,83)
20 a 34	3824 (70,8)	1,00	-----
35 ou mais	509 (9,4)	0,90	(0,67-1,20)
<b>Região de domicílio</b>			
Norte	692 (12,8)	1,00	-----
Centro-Oeste	242 (4,48)	2,42	(1,49-3,94)
Sudeste	2124 (39,3)	2,31	(1,54-3,46)
Sul	523 (9,6)	1,73	(1,12-2,68)
Nordeste	1777 (32,9)	1,55	(1,05-2,30)
<b>Nível intermediário</b>			
<b>Peso ao nascer por idade gestacional</b>			
Pequeno para idade gestacional	418 (7,74)	0,53	(0,36-0,80)
Adequado para idade gestacional	4272 (79,1)	1,00	-----
Grande para idade gestacional	657 (12,1)	1,23	(0,87-1,73)
<b>Paridade</b>			
Primiparidade	1453 (26,9)	2,72	(1,99-3,70)
Multiparidade	3905 (72,3)	1,00	-----
<b>Nível proximal</b>			
<b>Manobra de Kristeller</b>			
Realizada	1298 (24)	1,41	(1,14-1,75)
Não realizada	4059 (75,2)	1,00	-----

Fonte: Brasil (2011-2012)

## REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N. Uma nova revolução sexual. **Einstein**: São Paulo, v. 12, n. 2, p. 11–12, 2014.

ABRAMS, B.; SELVIN, STEVE. Padrão de ganho de peso materno e peso ao nascer. **Obstetrícia & ginecologia**. v. 86, p. 163-169. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002978449500118B>>.

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists. **Fetal Macrosomia**. Washington, DC: ACOG, c2000. Disponível em: <<https://www.acog.org>>. Acesso em: 30 out. 2022.

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists. **Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery**. Practice Bulletin No. 198. Obstet Gynecol. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30134424>>. Acesso em: 10 jun. 2022.

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists. **Parto vaginal operatório. Resumo do Boletim Prático ACOG, número 219**. Washington, DC: ACOG, c2020. Disponível em: <<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/04/operative-vaginal-birth>>.

AGUIAR, B. M.; SILVA, T. P. R. S.; PEREIRA, S. L.; SOUSA, A. M. M. S.; GUERRA, R. B.; SOUZA, K. V.; MATOZINHOS, F. P. Factors associated with the performance of episiotomy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. suppl 4, p. e20190899, 2020.

AGUIAR, S.V.; GONÇALVES, E.R.; BEZERRA, L.R.P.S. Análise da incidência e prevalência de laceração perineal de causa obstétrica em maternidade terciária de Fortaleza/CE. **Revista de Medicina da UFC**, v. 59, n. 1, 2019. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/revistademedicinadaufc/article/view/30980>>. Acesso em: 01 fev. de 2022.

ALMEIDA, A. D. A.O.; SANTOS, J.S.; REIS, A.J.A.; OLIVEIRA, A.C. Dispareunia em mulheres pós-parto normal. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 33, n. 3, p. 80–86, 2020.

ALMEIDA, B.B.P.; MORALES, L.D.C.; LUIZ, G.S.; RISSARDO, L.K.; PELLOSO, S.M.; ANTUNES, M.B. Idade materna e resultados perinatais nas gestações de alto risco. **Revista Nursing**, 21, 247, 2017.

ALVES, M. T. S. S. DE B. E. Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 837–846, 2021.

ANDRADE, P.O.N; SILVA, J.Q.P ; DINIZ, C.M.M; CAMINHA, F.C. Factors associated with obstetric abuse in vaginal birth care at a high-complexity maternity unit in Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** 16, 2016.

ARULKUMARAN, S.; LEDGER, W.; DENNY, L.; DOUMOCHTIS, S. **Oxford Textbook of Obstetrics and Gynaecology**. Oxford, 2020.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**, 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

BARROS, F.C.; DRIUSSO, P.; ROBERTO, F.; BATISTÃO, M.V.; CORRÊA, M.; OLIVEIRA, T. Ativação do assoalho pélvico, musculatura lombar e abdominal durante uma tarefa simulada de manuseio de material: um estudo transversal. **Fisioter. Pesqui.**, 2020.

BECERRA-CHAUCA, N.; FAILLOC-ROJAS, V. E. Maniobra Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas. **Revista Cubana de ObstetriciaGinecología**, v. 45, n. 2, p. 13, 2019.

BELEZA, A.C.S.; FERREIRA, C.H.J.; SOUSA, L.; NAKANO, A.M.S. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. **Rev Bras. Enferm.** Brasília: 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/3RP53q6RCZjBgjrR3r8vz9k/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BLONDEL, B.; ALEXANDER S, BJARNADÓTTIR RI, GISSLER M, LANGHOFF-ROOS J, NOVAK-ANTOLIČ Ž, PRUNET C, ZHANG WH, HINDORI-MOHANGOO AD, ZEITLIN J; Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. **Acta Obstetrica et GynecologicaScandinavica**, v. 95, n. 7, p. 746–754, 2016.

BØ, K.; SIGURDARDOTTIR, T.; STEINGRIMSDOTTIR, T.; HALLDORSSON, T.; ASPELUND, T.; GEIRSSON, R.T. Cross-sectional study of early postpartum pelvic floor dysfunction and related discomfort in primiparous women 6-10 weeks postpartum. **Int Urogynecol J.** 32 (7). 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33938963/>>. Acesso em: 7 out. 2021.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde: 2019** ciclos de vida. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro. IBGE, 2021. 139 p. Disponível em: <[ibge.gov.br](http://ibge.gov.br)>. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://conitec.gov.br>>. Acesso em: 21 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Saúde Reprodutiva e da Família. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Materna e Neonatal. **Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-9570>>. Acesso em: 29 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual AIDPI neonatal (Série A. Normas e manuais técnicos)**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_aidpi\\_neonatal\\_3ed\\_2012.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_aidpi_neonatal_3ed_2012.pdf)>. Acesso em: 1 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 715, de 4 de abril de 2022**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/rami>>. Acesso em: jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 1 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2018 – Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2018\\_analise\\_situa](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situa)

cao\_saude\_doencas\_agrivos\_cronicos\_desafios\_perspectivas.pdf>. Acesso em: 7 out. 2021.

BROWN. H.W.; DYER, K.Y.; ROGERS. R.G. Management of Fecal Incontinence. **Obstet Gynecol**. 2020 Oct;136(4):811-822. Acesso em: ago. 2021.

BUMP, R.C.; MATTIASSON, A.; BØ, K.; BRUBAKER, L.P.; DELANCEY, J.O.; KLARSKOV, P. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. **Am J ObstetGynecol**, 1996. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8694033>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

CAMARGO, J. DA C. S. DE.; VARELA, V.; MARÇAL, F.; CHOFAKIAN, C.B.N.; OSAVA, R.H.; ARAÚJO,N.M.; NARCHI, N.; SANTOS, M.E.; NENÉ, M.; GRANDE, C. Perineal outcomes and its associated variables of water births versus non-water births: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 4, p. 777–786, 2019.

CARLHÄLL, S; KÄLLÉN, K; BLOMBERG, M. Maternal body mass index and duration of labor. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**. 2013 Nov; 171(1):49-53. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.08.021. Epub 2013 Aug 29. PMID: 24041847.

CARVALHO, V. F. DE.; KERBER, N.P.C.; BUSANELLO, J.; GONÇALVES, B.G.; RODRIGUES, E. F.; AZAMBUJA, E. P. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 30–37, 2012.

ÇETIN, B.; BAHAT,P.Y.; KÖROĞLU, N.; KONAL,M.; AKÇA,A.Comparison of Maternal and Neonatal Outcomes of Operative Vaginal Deliveries: Vacuum vs. Forceps. **Istanbul Medical Journal**, v. 18, n. 4, p. 196–199, 21, 2017.

COLLA, C. Disfunções do assoalho pélvico no pós-parto imediato, um mês e três meses após o parto vaginal e cesárea. **Lume repositório digital. Ciências da saúde ginecologia e obstetrícia**. 2017. UFRGS. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/179760>>. Acesso em: 02 jul. 2021.

CRUZ, Z. V. Labor and memory importance to recover the knowledge of traditional birth attendants. **International Journal of Development Research**, v. 10, p. 4, 2020.

CUNNINGHAM, F.G.; LEVENO, K.J.; BLOOM, S.L.; HAUTH, J.C.; ROUSE, D.J.; SPONG, C.Y. **Wiliansobstetrícia**. 23 ed. México. Mc Graw Hill, 2014.

DE OLIVEIRA, S. M.; CAROCI, A.S.; MENDES, E.P.B.; OLIVEIRA, S.G.; SILVA, F.P. Disfunções do assoalho pélvico em primíparas após o parto. **Enfermería Global**, v. 17, n. 3, p. 26, 2018. Acesso em: ago. 2021.

DOS SANTOS, P. S. O.; NERY, L. A. S. **Fatores associados à laceração perineal durante o parto normal**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina). Universidade do Sul de Santa Catarina, Santa Catarina, 2018.

DOS SANTOS, T. A. V.; SANTOS, J. S.; RODRIGUES, A. C.; et al. Estratégias utilizadas para prevenção de lacerações perineais após parto vaginal: um enfoque no período expulsivo. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 26, n. 1, p. 76–90, 2019.

FERREIRA, E. R. X.; CERQUEIRA, E.A.C.; NUNES, I.M.; et al. Association between region of perineal trauma, local problems, and impaired habitual activities and physiological needs. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, 2018.

FERREIRA, H. M.; SALES, M. D. C. Saúde da mulher enquanto Políticas Públicas. *Revista Salus. Journal of health sciences.* **Salus J Health Sci**, v. 3, n. 2, p. 58-65, 2017.

FISCHBEIN, S. J.; FREEZE, R. Breech birth at home: outcomes of 60 breech and 109 cephalic planned home and birth center births. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 18, n. 1, p. 397, 2018.

FLORÊNCIO, V.; SOUZA, W.; LIMA, A.; WISLEY, V. Subsecretaria de Saúde. Gerência de Informações Estratégicas em Saúde CONECTA-SUS. **Fatores associados a taxa de mortalidade infantil**. Disponível em: <<https://www.saude.go.gov.br/files//conecta-sus/produtos-tecnicos/l%20-%202021/Mortalidade%20-%20Fatores%20Associados%20a%20Taxa%20de%20Mortalidade%20Infantil.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2021.

FODSTAD K.; STAFF, A.C.; LAINE, K. Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma. **Int Urogynecol J.** 2016 Oct; 27(10):1513-23. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27185318/>>.

FRITSCH, H; LIENEMANN, A; BRENNER, E; LUDWIKOWSKI, B. **Advances in anatomy, embryology, and cell biology**. New York: Editora Springer, v. 175, 2016. (eBook). Disponível em: <[www.springer.com](http://www.springer.com)>.

GUPTA, J. K.; SOOD A, HOFMEYR GJ, VOGEL JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 5, p. CD002006, 25 maio 2017.

HANDA, V.L.; BLOMQUIST, J.L.; MCDERMOTT, K.C.; FRIEDMAN, S.; MUÑOZ, A. Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. **Obstet Gynecol**, 2012.

HIRAYAMA, F.; KOYANAGI,A.; MORI, R.; ZHANG, J.; SOUZA, J. P.; GÜLMEZOGLU, A. M. Prevalence and risk factors for third- and fourth-degree perineal lacerations during vaginal delivery: a multi-country study. **BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology**, v. 119, n. 3, p. 340–347, 2012.

HOFMEYR, G. J.; SINGATA, M.; LAWRIE, T.; VOGEL, J.P.; LANDOULSI, S., SEUC, A.H.; GÜLMEZOGLU, A.M. A multicentre randomized controlled trial of gentle assisted pushing in the upright posture (GAP) or upright posture alone compared with routine practice to reduce prolonged second stage of labour (the Gentle Assisted Pushing study): study protocol. **Reproductive Health**, v. 12, p. 114, 2015.

HOFMEYR, G. J.; VOGEL, J.P.; CUTHBERT, A.; SINGATA, M. Fundal pressure during the second stage of labour. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 3, p. CD006067, 2017.

HUANG, J; ZANG, Y; REN, L; LI, F; LU, H. A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. **International Journal of Nursing Sciences**. v 6, Issue 4, 2019.

INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY (ICS). **Relatório da Sociedade Internacional de Continência sobre a terminologia para Disfunção Neurogênica do Trato Urinário Inferior em Adultos (DNTUIA)**. Tokyo, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/Relat%C3%83%C2%B3rio\_da\_Sociedade\_Internacional\_de\_Contin%C3%83%C2%A4ncia\_sobre\_a\_terminologia\_para\_Disfun%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o\_Neurog%C3%83%C2%AAnica\_do\_Trato\_Urin%C3%83%C2%A1rio\_Inferior\_em\_Adultos\_DNTUIA%20(1).pdf>. Acesso em: 16 de abril 2022.

KONNO, SC; BENICIO, MH; BARROS, AJ. Fatores associados à evolução ponderal de gestantes: uma análise multinível. **Rev. Saúde Pública**, p. 995-1002, 2007.

LACROSS A.; GROFF, M.; SMALDONE, A. Obstetric anal sphincter injury and anal incontinence following vaginal birth: a systematic review and meta-

analysis. **J Midwifery Womens Health**, p. 37-47, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25712278/>>.

LATORRE, G.F.S.; MOURA, T.R.; NUNES, E.F.C.; VARGAS, M.M. Dispareunia relacionada à via de parto: uma revisão integrativa. *Rev. Ciênc. Med.*, p. 157-165, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v27n3a4283>>.

LEAL, M.; SILVA, A. A.M.; DIAS, M.A.B.; GAMA, S.G.N.; RATTNER, D.; MOREIRA, M.E. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive Health**, v. 9, p. 15, 2012.

LEAL, M. DO C.; PEREIRA, A.P.E.; MADEIRA, R.M.S.; et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 17-32, 2014.

LEAL, M. DO C.; GAMA, S.G.N.; PEREIRA, A.P.E.; et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, 2017.

LEAL, M. DO C.; BITTENCOURT, S.A.; PEREIRA, A.P.E.; et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 7, 2019.

LEAL, M. DO C.; GAMA, S. G. N. DA; CUNHA, C. B. DA. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 100–107, jan. 2005.

LEAL, M DO C.; PEREIRA, A. P. E.; VIELLAS, E.F.; et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista Saúde Pública**, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rsp/2020.v54/08/pt>>. Acesso em: 18 de abril 2022.

LETA, J. Mulheres na Ciência Brasileira: desempenho inferior? **Revista Feminismos**, v. 2, n. 3, 2 dez. 2014.

LIMA, K. D.; PIMENTEL, C., LYRA, T. M. Disparidades raciais: Uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, out. 2019. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/disparidades-raciais-uma-analise-da-violencia-obstetrica-em-mulheres-negras/17356?id=17356>>. Acesso em: 30 set. 2022.

MATHIAS, A. E. R. DE A. PITANGUI, A.C.R.; VASCONCELOS, A.M.A.; SILVA, S.S.; RODRIGUES, P.S.; DIAS, T.G. Perineal pain measurement in the immediate vaginal postpartum period. **Revista Dor**, v. 16, n. 4, 2015.

MENEZES, P.F.A.; DUTRA CABRAL PORTELLA, S.D.C.; BISPO, T.C.F. A situação do parto domiciliar no Brasil. Salvador: **Revista Enfermagem Contemporânea**, p. 3-43, 2012. Disponível em: <<http://www.bahiana.edu.br/revistas>>. Acesso em: jul. 2021.

MERIWETHER, K.V.; ROGERS, R.G.; DUNIVAN, G. C; ALLDREDGE, J.K.; QUALLS, C. Perineal body stretch during labor does not predict perineal laceration, postpartum incontinence, or postpartum sexual function: a cohort study. **International Urogynecology Journal**, v. 27, n. 8, p. 1193–1200, 2016.

MISAL, A.; GAVALI, U.; AHER, G.S. Maternal and Neonatal Outcome in Pregnancy beyond 41 Weeks of Gestation: An Observational Study. **Health Science Journal**, v. 8 - Issue 2, p. 53-57, 2021.

MONTEIRO, V. C.; PEREIRA, G.M.; AGUIAR, R.A.; AZEVEDO, R.L.; CORREIA-JUNIOR, M.D.; REIS, Z.S. Risk factors for severe obstetric perineal lacerations. **Int Urogynecol J**; 27, p. 61-67. 2016. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-015-2795-5#citeas>>.

MOREIRA, M. DA C.; MARCELINO, M. O.; RABELO, É. M. Lacerações e desfechos perineais imediatos de partos assistidos na banqueta de parto e posição semi-sentada / Lacerations and immediate perineal outcomes of assisted births on the stool and semi-sitting position. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 1736–1747, 2021.

NUNES, F. B. B. F.; PRUDÊNCIO, P. S.; CARNEIRO, I. C. C. *et al.* Evolução de indicadores maternos a partir do sistema de informação sobre nascidos vivos. Recife: **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 10, Supl. 2, p. 771-779, 2016.

OLIVEIRA, C.F.; RIBEIRO, A. A. V.; JR, C. L.; BORTOLITEREZA, M. C.; TOMA, T.S.; CHAPMAN, E. M. G.; BARRETO, J. O. M. Barriers to implementing guideline recommendations to improve childbirth care: a rapid review of evidence. Pan American Health Organization. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online]. v. 45, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.7>>. Acesso em: 16 de abril 2022.

OLIVEIRA, L. S.; BRITO, L.G.O.; QUINTANA, S.M.; DUARTE, G.; MARCOLIN, A.C. Perineal trauma after vaginal delivery in healthy pregnant women. **São Paulo Medical Journal** [online]. 2014, v. 132, n. 04. p. 231-238. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1516-3180.2014.1324710>>. Acesso em: 25 mar. 2022.

OLIVEIRA, P. H. F. D. **Institucionalização do alienismo nos períodos médicos (Rio de Janeiro, 1832-1852)**. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS; 1996

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). PROQUALIS. **Lista de referência global de 100 indicadores de saúde fundamentais**. Fiocruz, 2015. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Lista-de-referencia-global.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: <[https://apps.who.int/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](https://apps.who.int/WHO_RHR_14.23_por.pdf)>. Acesso em: jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. Acesso em julho.2021

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **WHO recommendations: induction of labour at or beyond term**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277233/9789241550413-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 20 set. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **“Transformando nosso mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”**. Nações Unidas, 2015. Disponível em: <<https://sdgs.un.org/>>. Acesso em: 2 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Indicadores de saúde. Elementos conceituais e práticos**. Washington, D.C.: OPAS; 2018. Disponível em: <[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49057/9789275720059\\_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49057/9789275720059_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y)>. Acesso em: 2 abr. 2020.

PENUELA, I.; ISASI-NEBREDA, P.; ALMEIDA, H.; LÓPEZ, M.; GOMEZ-SANCHEZ, E.; TAMAYO, E. Epidural analgesia and its implications in the maternal health in a lowparitycommunity. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 19, n. 1, p. 52, 2019.

PEREIRA, R.M.; FONSECA, G.O.; PEREIRA, A. C.C.C.; GONÇALVES, G. A.; MAFRA, R.A. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a

humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, p. 3517-3524, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/zFnLqbKLF75JphwHJqRdhCd/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 16 de abril 2022.

PILLAI, S.; CHEYNEY, M.; EVERSON, C.L.; BOVBJERG, M.L. Fetal macrosomia in home and birth center births in the United States: Maternal, fetal, and newborn outcomes. **Birth in perinatal care Wiley Periodicals**, p. 1-9, 2020. Disponível em: <[wileyonlinelibrary.com/journal/birt](http://wileyonlinelibrary.com/journal/birt)>.

RACINET C. Positions maternelles pour l'accouchement. **Gynecol Obstet Fertil**. 2005;33:533-38. DOI: 10.1016/S1297-9589(05)00190-6. 2005.

RIDHA, F.; HOUSSEM, R.; LATIFA, M.; INES, M.; SABRA, H. Facteurs de risque et pronostic materno-foetal de lamacrosomiefoetale: étudecomparative a propos de 820 cas Risk factorsand materno-fetal prognosisoffoetalmacrosomia: comparativestudyof820 cases. **The Pan African Medical Journal**, v. 28, p. 126, 2017.

RCOG. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. **RCOG evidence-based clinical guideline No. 9**. Induction of labour. London, UK: RCOG Press, 2001.

RCOG. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The management of third- and fourth-degree perineal tears. **Green-top Guideline, n. 29**. London, UK: RCOG Press, 2015. Disponível em: <<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

REIS, L.G.C. Maternidade segura. In: SOUSA, P., MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde** [online]. 2 ed. rev. updt. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Editora Fiocruz, p. 391-415, 2019. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/tzvzr/pdf/sousa-9788575416419-19.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2021.

REZENDE FILHO, J.; MONTENEGRO.; C.A.B. **Rezende obstetrícia**. 13ed. Guanabara Koogan, 2017.

RIVA, D.; MININI, G. **Childbirth-Related Pelvic Floor Dysfunction Risk Factors, Prevention, Evaluation, and Treatment**. Library of Congress Control Number: 2015949393. New York: Editora Springer, 2016. Disponível em: <[www.springer.com](http://www.springer.com)>. Acesso em: 23 jun. 2021.

ROCHA, B. D. DA; ZAMBERLAND, C. Prevenção de lacerações perineais e episiotomia: evidências para a prática clínica. **Revista de EnfermagemUFPE on line**, p. 489-498, 2018.

ROCHA, B. D.; ZAMBERLAN, C.; PIVETTA, H.M.F.; SANTOS, B.Z.; ANTUNES, B.S. Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. v. 54, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610>>. Acesso em: ago. 2021.

ROCHA, J. A.; NOVAES, P. B. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **Femina**, v. 38, n. 3, p. 120-126, 2010.

PIVETTA, H.M.F.; SANTOS, B.Z.; ANTUNES, B.S. Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], v. 54. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610>>.

RODRIGUES, S.; SILVA, P. AGIUS, A.; ROCHA, F.; CASTANHEIRA, R. GROSS, M.; CALLEJA-AGIUS, J. Intact Perineum: What are the Predictive Factors in Spontaneous Vaginal Birth? **Materia Socio-Medica**, v. 31, n. 1, p. 25-30, 2019.

SANTOS, P.S.O; NERY, L.A.S; REINER, G.L. Fatores associados à laceração perineal durante o parto normal. 2018. Disponível em: <<https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/9334>>. Acesso em: jul. 2021.

SCHEFFER, M.; CASSENOTE, A.; GUERRA, A.; et al. Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo, SP: **FMUSP, CFM**, 312 p. 2020.

SCHMITZ, T.; ALBERTI, C.; ANDRISS, B.; MOUTAFOFF, C.; OURY, JF.; SIBONY, O. Identification of women at high risk for severe perineal lacerations. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25218546/>>. Acesso em: 1 fev. 2022.

SILVA, A. M. N. Characterization of pain resulting from perineal trauma in women with vaginal delivery. **Brazilian Journal of Pain**, v. 1, n. 2, 2018.

SILVA, C. P. DA. Incontinência urinária: uma breve revisão da literatura. **Acta méd.** Porto Alegre, v. 38, n. 7, 2017.

SIMIC, M., CNATTINGIUS, S., PETERSSON, G. Duration of second stage of labor and instrumental delivery as risk factors for severe perineal lacerations: population-based study. **BMC Pregnancy Childbirth** 17, 72, 2017.

SOUSA, L. S. DE. Indicadores maternos dos partos assistidos em um centro de parto normal intra-hospitalar. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 34, p. e-021068, 15 maio 2021.

SOUSA, J. V.; OLIVEIRA, M. S.; ENCARNAÇÃO, S. C. Influência da escolha do parto pelas gestantes. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**, Salvador, v. 2, n. 2, jul./dez. 2015.

SOUZA, M. R. T. DE *et al.* Factors related to perineal outcome after vaginal delivery in primiparas: a cross-sectional study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

TAVARES, N.V.S.; DANTAS, P.M.D.; CARDOSO, A.C.G.; *et al.* Fatores que influenciam a ocorrência de laceração perineal no parto. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, 2022. Disponível em <<https://rsdjournal.org>>. Acesso em: 10 ago. 2022.

TORTATO, C. DE S. B; BUENO, J. F. DA S. L. Das parteiras à medicina obstétrica: uma breve reflexão sobre o processo de cientifização do parto no Brasil do século XIX. **Cadernos de Gênero e Tecnologia**, v. 12, n. 40, p. 265-277, 2019.

TURKMEN, S.; SIMONA JOHANSSON, S.; DAHMOUN, M. Foetal Macrosomia and Foetal-Maternal Outcomes at Birth. **Journal of Pregnancy**, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1155/2018/4790136>>. Acesso em: jul. 2021.

VASCONCELLOS, M. T. L. DE. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. 49-58, 2014.

WEINTRAUB, A. Y.; GLINTER, H.; MARCUS-BRAUN, N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. **International Braz J Urol: Official Journal of the Brazilian Society of Urology**, v. 46, n. 1, p. 5-14, 2020.

WHO; UNICEF; UNFPA; WORD BANK GROUP; UNITED NATIONS POPULATION DIVISION. **Maternal mortality: Levels and trends 2000 to 2017**. 2019. Disponível em: [www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/). Acesso em: 14 abr. 2021.

WILSON, A.; HOMER, C.S.E. Third- and fourth-degree tears: A review of the current evidence for prevention and management. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**, p. 1-8, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32065386/>>. Acesso em: ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global reference list of 100 core health indicators**. Geneva: World Health Organization; 2015. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173589/WHO\\_HIS\\_HSI\\_2015.3\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173589/WHO_HIS_HSI_2015.3_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 21 out. 2021.

ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R. P. V. **Zugaib Obstetrícia**. 3. ed. São Paulo: Editora Manole, 2016.

## ANEXO 1 – Comitê de Ética e Pesquisa – ENSP/Fiocruz



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 10 de junho de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

**PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 92/10**  
**CAAE: 0096.0.031.000-10**

**Título do Projeto:** "Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento (título inicial: Inquérito epidemiológico sobre as consequências da cesariana desnecessária no Brasil)"

**Classificação no Fluxograma:** Grupo III

**Pesquisadora Responsável:** Maria do Carmo Leal

**Instituição onde se realizará:** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz

**Data de recebimento no CEP-ENSP:** 26 / 04 / 2010

**Data de apreciação:** 11 / 05 / 2010

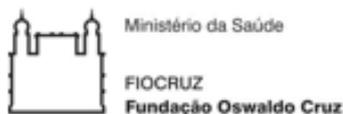
**Parecer do CEP/ENSP:** Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d, da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

  
**PROF. SERGIO REGO**  
 Coordenador do Comitê de  
 Ética em Pesquisa  
 CEP/ENSP

## ANEXO 2 – Termo de autorização para uso de banco de dados da Pesquisa Nascer no Brasil



Rio de Janeiro, 23/fevereiro/ 2019.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública

### AUTORIZAÇÃO PARA USO DE BANCO DE DADOS|

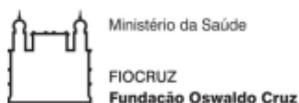
Eu, Maria do Carmo Leal, coordenadora da pesquisa “*Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*” autorizo a aluna **Luciana Mamede Gomes** a utilizar o banco de dados da pesquisa “*Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*” para a sua dissertação de mestrado intitulada: “*Fatores de risco associados às lacerações perineais: uma análise baseada nos dados do inquérito Nascer no Brasil*”, orientada pela professora Daniele Marano e coorientada pelo professor Marcos Dias.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Maria do Carmo Leal'.

Maria do Carmo Leal

### ANEXO 3 – Comitê de Ética e Pesquisa IFF/Fiocruz



Rio de Janeiro, 12 de março de 2022.

#### REGISTRO DE PROJETO

Declaro que as exigências feitas para liberação da pesquisa "*FATORES DE RISCO ASSOCIADOS ÀS LACERAÇÕES PERINEAIS: UMA ANÁLISE BASEADA NOS DADOS DO INQUÉRITO NASCER NO BRASIL*" desenvolvido por *Luciana Mamede Gomes* sob a orientação de *Daniele Marano Rocha Araújo*, protocolado neste departamento sob o nº 2660/VDP/2022, foram todas realizadas. Portanto, projeto está **Aprovado**.

Informamos que o projeto de pesquisa só poderá ser desenvolvido após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente – Fernandes Figueira.

Saint Clair Gomes Junior  
Vice-diretor de Pesquisa

## ANEXO 4 – Parecer do Comitê de Ética de Pesquisa – Plataforma Brasil

INSTITUTO FERNANDES  
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/  
MS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À LACERAÇÃO PERINEAL: UMA ANÁLISE BASEADA NOS DADOS DO INQUÉRITO NASCER NO BRASIL

**Pesquisador:** Daniele Marano Rocha Araujo

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 57347922.2.0000.5269

**Instituição Proponente:** Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.486.223

#### Apresentação do Projeto:

As informações à , "FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À LACERAÇÃO PERINEAL: UMA ANÁLISE BASEADA NOS DADOS DO INQUÉRITO NASCER NO BRASIL" elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (:PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1913431.pdf, de 27/05/2022).

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À LACERAÇÃO PERINEAL: UMA ANÁLISE BASEADA NOS DADOS DO INQUÉRITO NASCER NO BRASIL de um estudo transversal baseado nos dados do Inquérito "Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento".

#### Objetivo da Pesquisa:

As informações à , "FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À LACERAÇÃO PERINEAL: UMA ANÁLISE BASEADA NOS DADOS DO INQUÉRITO NASCER NO BRASIL" elencadas nos campos "Objetivo da Pesquisa" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (:PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1913431.pdf, de 27/05/2022).

Objetivo Primário:

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: RUI BARBOSA, 716 - Flamengo (Prédio da Genética - Térreo, sala 1)  
Bairro: FLAMENGO CEP: 22.250-020  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)2552-8491 E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br

Página 04 de 05

INSTITUTO FERNANDES  
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/  
MS



Continuação do Parecer: 5.486.223

RIO DE JANEIRO, 23 de Junho de 2022

*Maria de Fátima Junqueira Marinho*

Assinado por:  
MARIA DE FÁTIMA JUNQUEIRA MARINHO  
(Coordenador(a))

**ANEXO 5 – Questionário Hospitalar – Puérpera (Q1)**

**“Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”**

**Questionário Hospitalar – Puérpera**

**2011**

Estado| \_\_\_|\_\_\_|

- 11 Rondônia
- 14 Roraima
- 16 Amapá
- 12 Acre
- 13 Amazonas
- 15 Pará
- 17 Tocantins
- 21 Maranhão
- 22 Piauí
- 23 Ceará
- 24 Rio Grande Norte
- 25 Paraíba
- 26 Pernambuco
- 27 Alagoas
- 28 Sergipe
- 29 Bahia
- 31 Minas Gerais
- 35 São Paulo
- 32 Espírito Santo
- 33 Rio de Janeiro
- 51 Mato Grosso
- 50 Mato Grosso Sul
- 52 Goiás
- 53 Distrito Federal
- 41 Paraná
- 42 Santa Catarina
- 43 Rio Grande do Sul

Cidade: \_\_\_\_\_

Nome do hospital: \_\_\_\_\_

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_

Tipo de questionário:                                     Puérpera                                     Prontuário

Número da Mãe (entrevistada):

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada \_\_\_\_\_,

você está sendo convidada a participar da pesquisa “**Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento**”, de responsabilidade de pesquisadores

da Fundação Oswaldo Cruz e outras instituições de pesquisa. O estudo pretende identificar os tipos de parto realizados, os motivos para realização de cada um e avaliar o atendimento à mulher durante o pré-natal e o parto e aos recém-nascidos. A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido. Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê e de como foi sua assistência desde o pré-natal além de consultar algumas informações em seu prontuário. Esta entrevista terá uma duração em torno de 30 minutos e as respostas serão registradas em um formulário eletrônico. Daqui a 45 a 60 dias entraremos em contato com você por telefone para saber como você e seu bebê estão ou visitá-

la em seu domicílio, caso necessário. Tudo que você falar ficará em segredo e o seu nome não será divulgado.

Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação com os serviços de saúde.

Declarou ter sido informada e concordou em participar, como voluntária, desta pesquisa (*passar para o Bloco I da entrevista*).

Não aceitou participar da pesquisa (*solicitar autorização para preenchimento do quadro “Informações adicionais no caso de recusa a não participar da pesquisa”*).

Coordenação geral: Dra. Maria do Carmo Leal

Para esclarecimentos, entrem em contato com Dra. Silvana Granada ou Dra. Mariza Theme.

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - sala 808 – Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210

Tel: (21) 2598-2621. Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública: Rua

Leopoldo Bulhões, 1.480 - sala 314, Manguinhos – Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210.

Telefax: (21) 2598-2863 - e-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br) - <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Horário de atendimento ao público do CEP/ENSP é de 14:00 às 17:00 horas.

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_

Nome e telefone do coordenador estadual: \_\_\_\_\_

**Informações adicionais no caso de recusa da mãe em participar da pesquisa:**

1. Motivo da recusa:

---

---

2. Idade da entrevistada (mãe): \_\_\_\_\_ anos (preencher com 99 caso ela não queira responder)

3. Escolaridade da mãe: Série do Ensino

1. Fundamental 2. Médio 3. Superior 9. Não quis dar a informação |\_\_\_\_|

4. Raça ou cor (opinião do entrevistador):

1. Branca 2. Preta 3. Parda (morena/mulata) 4. Amarela 5. Indígena |\_\_\_\_|

5. O seu parto foi pago pelo:

1. SUS 2. Plano de saúde |\_\_|

6. Nome completo da entrevistada (mãe): \_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO HOSPITALAR – PUÉRPERA

QUESTIONÁRIO | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Para todo questionário, preencher com dígitos 8 para  
não se aplica e com dígitos 9 para não sabe informar.

### I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1. Horário de início da entrevista:   _   _   :   _   _
2. Data da entrevista   _   _   /   _   _   /   _   _     _   _
3. Data do parto   _   _   /   _   _   /   _   _     _   _
4. Do prontuário da mãe   _   _     _   _     _   _     _   _     _   _     _   _
5. Tipo de gestação 1. Única 2. Gemelar (dois) 3. Gemelar (três) 4. Gemelar (quatro)   _
6. 1º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito neonatal 9. Não soube informar   _
7. Nome do 1º Recém-nascido _____
8. 2º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito neonatal 9. Não soube informar   _
9. Nome do 2º Recém-nascido _____
10. 3º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito neonatal 9. Não soube informar   _
11. Nome do 3º Recém-nascido _____
12. 4º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito neonatal 9. Não soube informar   _
13. Nome do 4º Recém-nascido _____

## II. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

“Vou fazer algumas perguntas sobre você.”

14. Qual é o seu nome completo (mãe)? _____
15. Qual é o nome completo da sua mãe? _____
16. Qual é a data do seu nascimento?  __ _ _ / __ _ _ / __ _ _
17. Qual a sua idade?  __ _ _
18. A sua cor da pele é... <b>(ler as alternativas)</b> 1. Branca 2. Preta 3. Parda/morena/mulata 4. Amarela/oriental 5. Indígena  __
19. <b>Entrevistador:</b> Sob o seu ponto de vista qual a cor da pele, raça ou etnia da puérpera? 1. Branca 2. Preta 3. Parda/morena/mulata 4. Amarela/oriental 5. Indígena  __
20. Qual o seu endereço (rua, bairro, município): _____ _____
21. Ponto de referência:
22. Telefones para contato (com DDD):
23. Residencial:  __  __  __  __  __  __  __  __
24. Celular:  __  __  __  __  __  __  __  __
25. Telefone de familiar ou companheiro:  __  __    __  __  __  __  __  __  __  __
26. Nome do familiar ou companheiro: _____
27. Telefone de outro parente ou vizinho:  __  __    __  __  __  __  __  __  __  __
28. Nome de outro parente ou vizinho: _____
29. Telefone de trabalho da entrevistada ou de companheiro:  __  __    __  __  __  __  __  __  __  __

## III. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

“Agora vou lhe fazer perguntas para saber se você já esteve grávida ou outras vezes antes da gravidez do (nome do bebê) e o que aconteceu em cada uma delas.”

30. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), quantas vezes você ficou grávida, contando com algum aborto ou perda que você tenha tido? (Se 00, vá para 55)  __  __
---

31. Antes da gravidez do(a) <b>(nome do bebê)</b> , você teve algum aborto ou perda com menos de 5 meses de gravidez? 0. Não (vá para a 34) 1. Sim  ___
32. Quantos?  ___
33. E quantos desses abortos foram espontâneos?  ___  ___
34. Antes da gravidez do(a) <b>(nome do bebê)</b> , quantos partos você já teve? <b>(Se 00, vá para 55)</b>  ___
35. E quantos desses partos foram normais <b>(incluindo partos à fórceps e vácuo)</b> ?  ___
36. E quantos desses partos foram cesarianas?  ___
37. Qual foi a data do seu último parto cesariano, antes do nascimento do(a) <b>(nome do bebê)</b> ?  ___  ___ / ___  ___ / ___  ___  ___  ___
38. Qual foi o motivo dessa última cesariana que você teve antes do nascimento do(a) <b>(nome do bebê)</b> ? <b>(Não ler as opções)</b> 1. Quer alisar a trompa  ___  2. Já tinha cesárea anterior  ___  3. Não queria sentir dor do parto normal  ___  4. Medo de falta de vagar para internação  ___  5. Medo de violência na cidade  ___  6. Bebê estava enrolado no cordão  ___  7. Bebê estava sentado/atravessado  ___  8. Bebê era grande/não tinha passagem/não teve dilatação/bebê não desceu/não encaixou  ___  9. Bebê passou do tempo  ___  10. Sofrimento do bebê  ___  11. Pouco líquido na bolsa (amniótico)  ___  12. Placenta baixa  ___  13. Problema de pressão alta  ___  14. Problema de diabetes  ___  15. Infecção pelo HIV/AIDS  ___  16. Verruga genital/condiloma ou problema no preventivo do colo do útero  ___  17. Exame de cultura para streptococo na vaginae/ou ânus positivo  ___  18. Descolamento prematuro da placenta  ___  19. Sangramento  ___

20. Outra razão não citada ( <b>responda a 39</b> )   ____
39. Que razão? _____
40. Antes da gravidez do(a) ( <b>nome do bebê</b> ), quantos filhos nasceram vivos? (inclua aqueles que faleceram logo após o nascimento) (Se 00, passar para a questão 43)   ____
41. Antes da gravidez do(a) ( <b>nome do bebê</b> ), algum filho nasceu vivo e morreu no primeiro mês de vida? 0. Não ( <b>vá para 43</b> ) 1. Sim   ____
42. Quantos?
43. Antes da gravidez do(a) ( <b>nome do bebê</b> ), algum filho nasceu morto com 5 meses ou mais de gestação ou pesando mais de meio quilo? 0. Não ( <b>vá para 45</b> ) 1. Sim   ____
44. Quantos?
45. Antes da gravidez do(a) ( <b>nome do bebê</b> ), algum filho nasceu com peso menor que dois quilos e meio? 0. Não ( <b>vá para 47</b> ) 1. Sim   ____
46. Quantos?
47. Antes da gravidez do(a) ( <b>nome do bebê</b> ), algum filho nasceu prematuro (antes do tempo)? 0. Não ( <b>vá para 49</b> ) 1. Sim   ____
48. Quantos?
49. Nas outras vezes em que ficou grávida você teve: ( <b>ler as opções</b> ) (preencher 9 para “não sabe se teve este problema/não soube informar)
50. Cerclagem/costurou o colo do útero para segurar o bebê? 0. Não 1. Sim   ____
51. Eclâmpsia/convulsão? 0. Não 1. Sim   ____
52. Problema de pressão alta que precisou fazer o parto antes do tempo? 0. Não 1. Sim   ____
53. Ruptura Uterina/Útero rompeu? 0. Não 1. Sim   ____
54. Diabetes/acúcar alto no sangue? 0. Não 1. Sim   ____
55. Você já fez alguma cirurgia no útero (por exemplo, para retirar mioma, micro cesárea para interromper gravidez, para corrigir infertilidade, para tratar perfuração pós-

aborto,ouporoutracausa?) 0. Não 1. Sim |\_\_\_|

#### IV. PRÉ-NATAL

*“Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a gravidez do (nome do bebê).”*

56. Quando ficou grávida, você: **(ler as opções)**

1. Queria engravidar naquele momento 2. Queria esperar mais tempo 3. Não queria engravidar |\_\_\_|

57. Como você se sentiu quando soube que está grávida do(a) **(nome do bebê)? (ler as opções)**

1. Satisfeita 2. Mais ou Menos Satisfeita 3. Insatisfeita |\_\_\_|

58. Você tentou interromper esta gravidez usando alguma medicação ou algum outro método?

0. Não (**vá para 60**) 1. Sim|\_\_\_|

59. Emquemêsdigestaçãovocêestava?

60. Qual a data da sua última menstruação (antes do parto)? **(Se não souber informar dia,mês ouano, passar para a questão62. Quando não souber informar odia,colocar 99).** |\_\_\_||\_\_\_|/|\_\_\_||\_\_\_|/|\_\_\_||\_\_\_||\_\_\_||\_\_\_|

61. Você tem certeza da data?

0. Não 1. Sim |\_\_\_|

62. Você fez pré-natal na gravidez do (a) **(nome do bebê)?**

0. Não 1. Sim (**vá para 65**) |\_\_\_|

63. Por que você não fez o pré-natal? (Não ler as opções)

1. Não sabia que estava grávida |\_\_\_|

2. Não queria essa gravidez |\_\_\_|

3. Não achou importante |\_\_\_|

4. Não sabia que precisava |\_\_\_|

5. Não tinha dinheiro |\_\_\_|

6. Não tinha quem a acompanhasse |\_\_\_|

7. O local de atendimento era distante ou de difícil acesso |\_\_\_|

8. Não conseguiu consulta |\_\_\_|

9. O atendimento era demorado |\_\_\_|

10. Não podia ir nos horários de atendimento |\_\_\_|

11. O profissional era homem |\_\_\_|

12. Não gostava dos profissionais do serviço  ___
13. Dificuldade de transporte  ___
14. Outro motivo  ___  ( <b>responda a 64</b> ) ( <b>Ao final dessa questão vá para a 84</b> )
64. Que outro motivo? _____ ( <b>vá para 84</b> )
65. Com quantas semanas ou meses de gravidez você começou o pré-natal? ( <b>Se souber informar semanas, não registrar meses. Se início do pré-natal até 4 meses ou 16 semanas vá para 70</b> ).
66.  ___  ___  semanas
67.  ___  meses
68. Por que não começou o pré-natal mais cedo? ( <b>Não ler as opções</b> ) 1. Dificuldade de acesso (tentou, mas não conseguiu consulta antes) 2. Dificuldades familiares (não tinha com quem deixar os filhos, não tinha quem a acompanhasse) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para o transporte) 4. Questões pessoais (não tinha certeza se queria manter esta gravidez, não acha importante iniciar o pré-natal cedo) 5. Dificuldades relacionadas ao trabalho/escola (falta de tempo para ir às consultas) 6. Não sabia que estava grávida 7. Outro ( <b>responda 69</b> )
69. Outro? Defina o porquê! _____
70. Quantas consultas de pré-natal com médico, enfermeira ou parteira você fez durante a gravidez do(a) ( <b>nome do bebê</b> )? ( <i>caso o gestante tenha mudado de unidade ou tenha frequentado o pré-natal em Mais de um serviço, considerar o total de consultas</i> )
71. Na gravidez do (a) ( <b>nome do bebê</b> ) você recebeu um cartão de pré-natal/cartão de gestante? 0. Não 1. Sim  ___
72. Onde foi realizada a maioria das consultas do pré-natal da gravidez do(a) ( <b>nome do bebê</b> )? ( <b>Ler as opções. Só colocar dois serviços se o número de consultas for igual nos dois</b> ) 1. No serviço público 2. No serviço particular ou de plano de saúde (vá para 74) 3. Nos dois  ___

<p>73. Em que tipo de serviço foram feitas essas consultas?</p> <p>1. PSF/Posto PSF 2. Posto de Saúde/Policlínica/Ambulatório 3. Ambulatório do hospital  ___ </p>
<p>74. Qual profissional de saúde atendeu você durante a maior parte das consultas do pré-natal da gravidez do(a) <b>(nome do bebê)</b>?</p> <p>0. Não 1. Sim, a maior parte do tempo 2. Sim, o tempo todo  ___ </p>
<p>75. Você foi acompanhada, durante o pré-natal da gravidez do(a) <b>(nome do bebê)</b> pelo mesmo profissional? <b>(ler as opções)</b></p> <p>0. Não 1. Sim, a maior parte do tempo 2. Sim, o tempo todo  ___ </p>
<p>76. Você fez algum exame de ultrassonografia nesta gravidez?</p> <p>0. Não <b>(vá para 78)</b> 1. Sim  ___ </p>
<p>77. Quantas ultrassonografias (USG) você realizou durante a gravidez?</p>
<p>78. Durante o pré-natal do(a) <b>(nome do bebê)</b>, você foi informada sobre: <b>(ler as opções)</b></p>
<p>79. Como começa o trabalho de parto?</p> <p>0. Não 1. Sim  ___ </p>
<p>80. Sinais de risco na gravidez que deve fazer você procurar um serviço de saúde?</p> <p>0. Não 1. Sim  ___ </p>
<p>81. Sobre coisas que você poderia fazer durante o trabalho de parto para facilitar o nascimento do bebê (ex: andar, tomar banho, posições para o parto, formas de diminuir a dor, etc)?</p> <p>0. Não 1. Sim  ___ </p>
<p>82. Amamentar na primeira hora de vida?</p> <p>0. Não 1. Sim  ___ </p>
<p>83. Pelo o que você entendeu no pré-natal, você diria que, para uma gestação sem complicações: <b>(ler as opções)</b></p> <p>1. O parto normal é mais seguro para a mãe  ___ </p> <p>2. A cesárea é mais segura para a mãe  ___ </p> <p>3. Tanto o parto normal quanto a cesárea são seguros para a mãe  ___ </p> <p>4. Não ficou esclarecida  ___ </p>
<p>84. Durante a gravidez do(a) <b>(nome do bebê)</b>, algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos seguintes problemas: <b>(ler as opções)</b></p>
<p>85. O colo do útero não segurava o bebê</p> <p>0. Não 1. Sim  ___ </p>

86. Problemas no crescimento do bebê na sua barriga 0. Não 1. Sim  ___
87. Pouco líquido amniótico 0. Não 1. Sim ( <b>vá para 89</b> ) ___
88. Muito líquido amniótico 0. Não 1. Sim  ___
89. Problema de sangue Rh negativo 0. Não 1. Sim  ___
90. Placenta baixa/prévia 0. Não 1. Sim  ___
91. Perda de líquido amniótico porque bolsa rompeu antes da hora 0. Não 1. Sim  ___
92. Perda de líquido amniótico porque bolsa rompeu antes da hora 0. Não 1. Sim  ___
93. Diabetes/açúcar alto no sangue por causa da gravidez 0. Não 1. Sim  ___
94. Pressão alta por causa da gravidez 0. Não 1. Sim  ___
95. Eclâmpsia/Convulsões 0. Não 1. Sim  ___
96. Ameaça de parto prematuro 0. Não 1. Sim  ___
97. Sinais de sofrimento no bebê 0. Não 1. Sim  ___
98. Sífilis 0. Não 1. Sim  ___
99. Infecção urinária/cistite 0. Não 1. Sim  ___
100. Infecção pelo HIV/AIDS 0. Não 1. Sim  ___
101. Toxoplasmose (que precisou tratar) 0. Não 1. Sim  ___
102. Exame de cultura positivo para streptococo na vagina

0. Não 1. Sim  ___
103. Outras doenças infecciosas 0. Não ( <b>vá para 105</b> ) 1. Sim  ___
104. Outras doenças infecciosas? Quais? _____
105. Outros problemas? 0. Não ( <b>vá para 107</b> ) 1. Sim  ___
106. Outros problemas? Quais _____ <b>(caso tenha respondido “não” para todas as opções acima, vá para 110)</b>
107. Você foi considerada gestante de risco? 0. Não ( <b>vá para 110</b> ) 1. Sim  ___
108. Você foi encaminhada para outro serviço por ter uma gravidez de risco? 0. Não ( <b>vá para 110</b> ) 1. Sim  ___
109. Você conseguiu ser atendida neste serviço? ( <b>ler as opções</b> ) 0. Não 1. Sim, com dificuldade 2. Sim, sem dificuldade  ___
110. Durante a gravidez do(a) ( <b>nome do bebê</b> ) você foi internada algumavez? 0. Não ( <b>vá para 113</b> ) 1. Sim  ___
111. Por qual motivo? ( <b>não ler as opções</b> ) 1. Hipertensão/pré-eclâmpsia ___  2. Sangramento ___  3. Ameaça de parto prematuro ___  4. Vômito excessivos ___  5. Diabetes ___  6. Perda de líquido ___  7. Infecção urinária ___  8. Pouco líquido/muito líquido ___  9. Outros  ___ ( <b>responda a 112</b> )
112. Outro? Qual motivo? _____
113. Durante a gestação do (a) ( <b>nome do bebê</b> ), você foi orientada sobre qual hospital/maternidade/casade partoprocurarparateroparto? 0. Não ( <b>vá para o Bloco V</b> ) 1. Sim  ___
114. Você fez o parto no serviço de saúde que foi indicado? 0. Não 1. Sim ( <b>vá para o Bloco V</b> ) ___
115. Por que não?

1. Não tinha vaga 2. Era longe ou de difícil acesso 3. Não gosto do serviço 4. Outros  
(responda a 116)

116. Defina o porquê

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## V. DECISÃO SOBRE O TIPO DE PARTO

117. No começo da gravidez do(a) (**nome do bebê**), que tipo de parto você queria ter?

1. Parto normal 2. Parto cesárea 3. Não tinha preferência alguma (**vá para 120**)|\_\_\_|

118. O que você acha que pode ter influenciado a sua preferência, no começo da gravidez, em relação ao tipo de parto? (**Não ler as opções**)

1. Histórias de parto de sua família e/ou de suas amigas |\_\_\_|

2. A preferência de seu marido pelo tipo de parto |\_\_\_|

3. O medo da dor do parto normal |\_\_\_|

4. O medo do parto normal alterar sua vagina |\_\_\_|

5. Queria ligar as trompas |\_\_\_|

6. O medo da cesariana |\_\_\_|

7. O medo da anestesia |\_\_\_|

8. Para agendar a data do parto |\_\_\_|

9. Ter um profissional conhecido na hora do parto |\_\_\_|

10. Experiência anterior positiva com parto normal |\_\_\_|

11. Experiência anterior negativa com parto normal |\_\_\_|

12. Experiência anterior positiva com cesariana |\_\_\_|

13. Experiência anterior negativa com cesariana |\_\_\_|

14. Informação na internet |\_\_\_|

15. Informação em jornal e revista |\_\_\_|

16. Informação na televisão |\_\_\_|

17. Informação em grupos de gestante |\_\_\_|

18. Parto normal é melhor que cesariana |\_\_\_|

19. Melhor recuperação no parto normal |\_\_\_|

20. Outros |\_\_\_| (**responda a 119**)

119. Outros – quais? \_\_\_\_\_

120. No final da gravidez do(a) <b>(nome do bebê)</b> , próximo da data do parto, já havia decisão sobre o tipo de parto realizado? 0. Não ( <b>vá para o Bloco VI</b> ) 1. Sim, parto normal 2. Sim, parto cesárea  ___
121. De quem foi esta decisão? ( <b>ler as opções</b> ) 1. Sua 2. Do médico 3. Conjunta 4. Outra pessoa ( <b>responda a 122</b> )
122. Outra pessoa? Quem? _____

## VI. ADMISSÃO NA MATERNIDADE

*“Agora, vou lhe perguntar sobre o que aconteceu desde que chegou ao primeiro serviço que procurou ser internada. Vamos chamar esta fase de ‘admissão’”.*

123. O que fez você achar que estava na hora de procurar atendimento para o parto do(a) <b>(nome do bebê)</b> ? ( <b>Não ler as opções</b> ) ( <i>Caso a mulher informe que foi à consulta ou telefonou para o médico e ele mandou ela vir para a maternidade, perguntar qual foi a razão e assinalar abaixo</i> ) 1. Porque entrou em trabalho de parto  ___  2. A bolsa rompeu  ___  3. Teve o sinal/perda de tampão mucoso  ___  4. Estava com dores/contrações  ___  5. A data para fazer minha cesariana estava marcada  ___  6. Fui encaminhada pelo pré-natal ou PSF  ___  7. A indução do parto em casa não funcionou  ___  8. Estava passando mal (pressão alta, sangramento, etc...)  ___  9. O bebê estava passando do tempo  ___  10. O bebê não estava mexendo  ___  11. O bebê estava em sofrimento  ___  12. Outra  ___  ( <b>responda a 124</b> )
124. Outra? Qual? _____
125. Antes de ser internada neste hospital/maternidade você procurou atendimento em outro hospital/maternidade? 0. Não ( <b>vá para 129</b> ) 1. Sim  ___
126. Se sim, quantos?  ___
127. Por que não foi internada no outro hospital/maternidade? 1. Não havia vaga  ___

<p>2. Não estava em trabalho de parto  ___ </p> <p>3. Foi referenciada para outro hospital por situação de risco  ___ </p> <p>4. Hospital sem médico plantonista/hospital sem condição de atender  ___ </p> <p>5. Não foi informada  ___ </p> <p>6. Outro?  ___  (<b>responda a 128</b>)</p>
<p>128. Outro? Descreve o motivo _____</p>
<p>129. Como você veio para esta maternidade? (<b>ler as opções</b>)</p> <p>1. A pé  ___ </p> <p>2. Carro particular  ___ </p> <p>3. Ônibus/Trem/Van  ___ </p> <p>4. Táxi  ___ </p> <p>5. Ambulância  ___ </p> <p>6. Outros  ___  (<b>responda a 130</b>)</p>
<p>130. Outros? Defina como veio! _____</p>
<p>131. Quanto tempo se passou desde que você saiu de casa até chegar neste hospital/maternidade/casa de parto onde fez o parto?  ___  horas  ___  minutos (se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas. Preencher com 00 para as que já estavam internadas)</p>
<p>132. Depois que chegou nesse hospital/maternidade/casa de parto, quanto tempo demorou para ser atendida?  ___  horas  ___  minutos</p>
<p>133. Fizeram exame de toque vaginal quando você foi internada?</p> <p>0. Não (<b>vá para 135</b>) 1. Sim  ___ </p>
<p>134. Quantos centímetros de dilatação você tinha na hora da internação?  ___  ___ , ___  cm 000. Não tinha dilatação</p>
<p>135. Ouviram o coração do bebê na hora da admissão?</p> <p>0. Não 1. Sim  ___ </p>

## VII. TRABALHO DE PARTO

(Leia a explicação abaixo caso a resposta da mãe na questão 136 seja diferente de

**NÃO)**

“Agora vou lhe fazer algumas perguntas referentes ao período desde que você internou até a hora do parto. Vamos chamar esta fase de ‘trabalho de parto no hospital’.”

<p>136. Você entrou em trabalho de parto?</p> <p>0. Não (<b>vá para 151</b>) 1. Sim (espontâneo ou induzido) 3. Não, apesar de ter sido induzido  ___ </p>
<p>137. Foram oferecidos líquidos, água, sucos e/ou sopas/alimentos durante o trabalho de parto?</p> <p>0. Não 1. Sim  ___ </p>
<p>138. Você solicitou algum líquido ou alimento durante seu trabalho de parto?</p> <p>0. Não (<b>vá para 140</b>) 1. Sim  ___ </p>
<p>139. Seu pedido foi atendido?</p> <p>0. Não 1. Sim  ___ </p>
<p>140. Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado soro na veia?</p> <p>0. Não (<b>vá para 143</b>) 1. Sim  ___ </p>
<p>141. Foi posto no soro um medicamento para aumentar as contrações (ocitocina)?</p> <p>0. Não (<b>vá para 143</b>) 1. Sim 9. Não soube informar (<b>vá para 143</b>)  ___ </p>
<p>142. Depois que colocaram a medicação no soro as contrações (dores) aumentaram?</p> <p>1. Não percebeu diferença 2. As dores aumentaram um pouco 3. As dores aumentaram muito  ___ </p>
<p>143. Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado algum remédio em sua vagina para induzir/acelerar o parto?</p> <p>0. Não (<b>vá para 145</b>) 1. Sim 9. Não soube informar (<b>vá para 145</b>)  ___ </p>
<p>144. Depois que colocaram remédio, as contrações (dores) aumentaram?</p> <p>1. Não percebeu diferença 2. As dores aumentaram um pouco 3. As dores aumentaram muito  ___ </p>
<p>145. Romperam a bolsa depois que você chegou aqui no hospital? (<b>ler as opções</b>)</p> <p>1. Não, rompeu antes da internação 2. Não, rompeu sozinha durante a internação 3. Sim  ___ </p>
<p>146. Qual era a cor do líquido?</p> <p>1. Claro 2. Esverdeado/amarronzado 3. Com sangue 4. Amarelo/purulento 9. Não soube informar  ___ </p>
<p>147. Você pôde ficar fora da cama e andar durante o trabalho de parto? (<b>ler as</b></p>

<p><b>opções)</b></p> <p>0. Não era permitido 1. Não, porque não quis 2. Sim  ___ </p>
<p>148. Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? <b>(ler as opções)</b></p> <p>0. Não  ___ </p> <p>1. Banheira  ___ </p> <p>2. Chuveiro  ___ </p> <p>3. Bola  ___ </p> <p>4. Massagem  ___ </p> <p>5. Banquinho para posição de cócoras  ___ </p> <p>6. Cavalinho  ___ </p> <p>7. Outro  ___  <b>(responda a 149)</b></p>
<p>149. Qual? _____</p>
<p>150. Depois que você chegou nesta maternidade, fizeram um exame chamado de cardiocografia (exame feito através de duas fitas que ficam em volta da sua barriga para ver a contração e o batimento do coração do seu bebê)?</p> <p>0. Não 1. Sim, na hora que internei 2. Sim, em alguns momentos do trabalho de parto 3. Sim, durante todo o trabalho de parto 9. Não soube informar  ___ </p>
<p>151. Você teve acompanhante durante sua internação?</p> <p>0. Não 1. Sim <b>(vá para 154)</b></p> <p>152. Se não, por quê? <b>(Não ler as opções)</b></p> <p>1. A maternidade não permitia qualquer acompanhante  ___ </p> <p>2. Não permitia homens  ___ </p> <p>3. Só permitia para adolescente  ___ </p> <p>4. Só permitia acompanhante maior de idade  ___ </p> <p>5. Eu não sabia que podia  ___ </p> <p>6. Eu não queria  ___ </p> <p>7. Não tinha quem ficasse comigo  ___ </p> <p>8. Tinha que pagar para ficar com acompanhante  ___ </p> <p>9. Só podia acompanhante na sala de parto  ___ </p> <p>10. Outros  ___  <b>(responda a 153)</b></p> <p><b>(Ao final dessa questão, vá para o bloco VIII)</b></p>
<p>153. Outros? Defina! _____</p> <p><b>(vá para o bloco VIII)</b></p>
<p>154. Seu acompanhante ficou com você: <b>(ler as opções)</b></p>

<p>155. Durante o atendimento na admissão (antes de internar)?</p> <p>0. Não 1. Sim 2. Não entrei em trabalho de parto  ___ </p>
<p>156. Todo o tempo do trabalho de parto (antes de nascer) no hospital?</p> <p>0. Não 1. Sim 2. Não entrei em trabalho de parto  ___ </p>
<p>157. Durante o parto (na hora de nascer mesmo)?</p> <p>0. Não 1. Sim  ___ </p>
<p>158. No pós-parto imediato (no centro obstétrico/recuperação)?</p> <p>0. Não 1. Sim  ___ </p>
<p>159. Durante a internação após o parto (ficou junto no quarto/enfermaria)?</p> <p>0. Não 1. Sim  ___ </p>
<p>160. Quem foi seu acompanhante? (<i>marque mais de um se for o caso</i>)</p> <p>1. Companheiro ou pai da criança</p> <p>2. Amiga  ___ </p> <p>3. Mãe  ___ </p> <p>4. Irmã  ___ </p> <p>5. Doula  ___ </p> <p>6. Outra pessoa?  ___  (<b>responda a 161</b>)</p>
<p>161. Quem? _____</p>
<p>162. Esse acompanhante era a pessoa que você havia escolhido para ficar com você?</p> <p>0. Não 1. Sim  ___ </p>
<p>163. Como foi a experiência de ter um acompanhante no trabalho de parto aqui no hospital? (<b>ler as opções</b>)</p> <p>1. Ajuda muito a mulher a ficar mais tranquila e ter um parto melhor</p> <p>2. Ajuda um pouco a mulher a ficar mais tranquila e ter um parto melhor</p> <p>3. Nem ajuda nem atrapalha a ter um parto melhor</p> <p>4. Deixa a mulher mais nervosa, não ajuda a ter um parto melhor  ___ </p>

### VIII. PARTO

*“Agora vou lhe fazer algumas perguntas referentes ao parto (hora do nascimento mesmo).”*

164. Com quantas semanas/meses de gestação o (a) (**nome do bebê**) nasceu?  
**(Se souber informar semanas, não marcar meses. Se maior que 37 semanas ou 9 meses passar para a questão 171)**

165.  __   __  semanas
166.  __  meses
167. Durante a gravidez do (a) <b>(nome do bebê)</b> você tomou alguma injeção para amadurecer o pulmão do bebê? 0. Não <b>(vá para 171)</b>  __  1. Sim, durante o pré-natal  __  2. Sim, na maternidade durante internação anterior  __  3. Sim, na maternidade nesta internação  __
168. Você se lembra com quantas semanas/meses de gravidez tomou esta injeção? <b>(se souber informar em semanas, não marcar em meses)</b>
169.  __   __  semanas
170.  __  meses
171. O profissional de saúde que atendeu o parto do (a) <b>(nome do bebê)</b> foi o mesmo que acompanhou o pré-natal? 0. Não 1. Sim
172. Qual foi o tipo de parto que você teve? <b>(leia as opções)</b> 1. Parto normal 2. Parto a fórceps 3. Parto cesáreo <b>(vá para 181)</b> <b>(se gemelar, marcar o tipo de parto de todos os bebês)</b> 1º  __  2º  __  3º  __  4º  __
173. Quem fez seu parto? 1. Médico(a) 2. Enfermeiro(a) 3. Parteira 4. Estudante 5. O profissional de saúde não se apresentou 6. Pariu sozinha 7. Outro? <b>(responda a 174)</b>  __
174. Outro? Quem? _____
175. Você foi para outra sala na hora de ter o bebê? 0. Não 1. Sim
176. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê? 1. Deitada de costas com as pernas levantadas 2. Deitada de lado 3. Sentada/reclinada 4. Na banheira 5. De quatro apoios 6. De cócoras 7. De pé

<input type="checkbox"/>
177. Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saídadobebê?(manobradeKristeller). 0. Não 1. Sim
178. Você sabe como ficou o seu períneo (vagina) depois do parto? <b>(ler as opções)</b> 1. Não rompeu, não cortou e não deu pontos 2. Rompeu um pouco, mas não precisou dar pontos 3. Não levei pontos, mas não sei se rompeu 4. Rompeu e deram pontos 5. Cortaram e deram pontos 6. Levei pontos, mas não sei se rompeu ou se o médico cortou <input type="checkbox"/> <b>(Se resposta 1, 2 ou 3, vá para 180)</b>
179. Foi feita anestesia local antes do corte ou antes dos pontos? 0. Não 1. Sim, antes do corte 2. Sim, antes dos pontos 9. Não soube informar <input type="checkbox"/>
180. Foi aplicada anestesia nas costas em algum momento do trabalho de parto ou parto? 0. Não 1. Sim, no trabalho de parto 2. Sim, no parto 9. Não soube informar
181. Na hora do parto qual a posição do(a) <b>(nome do bebê)</b> na sua barriga? 1. De cabeça para baixo 2. Sentado 3. Outra posição 1º <input type="checkbox"/> <b>(Se gemelar, marcar a posição de todos os bebês)</b>
182. 2º <input type="checkbox"/>
183. 3º <input type="checkbox"/>
184. 4º <input type="checkbox"/>

## XVII. DADOS FAMILIARES

*“Vou fazer algumas perguntas sobre o seu nível educacional e sua família.”*

316. Você sabe ler e escrever? 0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
317. Qual o último grau que você cursou? 0. Nenhum ( <b>vá para 319</b> ) 1. Ensino Fundamental (1º grau) 2. Ensino Médio (2º grau) 3. Ensino Superior (3º grau) <input type="checkbox"/>
318. Última série/ano que você concluiu com aprovação na escola? <input type="checkbox"/>

<p>319. Qual é o seu estado civil? (ler as opções)</p> <p>1. Solteira 2. Casada no papel 3. União estável/vive com companheiro 4. Separada 5. Viúva  ___ </p>
<p>320. Você tem algum trabalho que ganhe dinheiro?</p> <p>0. Não (vá para 323) 1. Sim  ___ </p>
<p>321. Em relação a sua situação de trabalho, você: (ler as opções)</p> <p>1. Trabalha com carteira assinada</p> <p>2. Trabalha sem carteira assinada</p> <p>3. Servidora pública (municipal, estadual, federal ou militar)</p> <p>4. Empregadora</p> <p>5. Autônoma</p> <p>6. Cooperativada</p> <p>7. Outro (<b>responda a 322</b>)</p> <p> ___ </p>
<p>322. Outro? Qual? _____</p>
<p>323. Quem é o(a) chefe da família?</p> <p>1. Você (a própria mulher) (<b>vá para o bloco XVIII</b>)</p> <p>2. O companheiro</p> <p>3. Mãe</p> <p>4. Pai</p> <p>5. Outra pessoa da família (<b>responda a 324</b>)</p> <p>6. Outra pessoa que não reside na casa (<b>responda a 324</b>)</p> <p> ___ </p>
<p>324. Que pessoa? _____</p>
<p>325. Qual foi o último grau de escolaridade que o(a) chefe da família cursou?</p> <p>0. Nenhum (<b>vá para 329</b>) 1. Ensino Fundamental (1º grau) (<b>vá para 326</b>) 2. Ensino Médio (2º grau) (<b>vá para 327</b>) 3. Ensino Superior (3º grau) (<b>vá para 328</b>) 9. Não soube informar  ___ </p>
<p>326. Última série do ensino fundamental que o(a) chefe da família concluiu na escola?  ___ </p>
<p>327. Última série do ensino médio que o(a) chefe da família concluiu na escola?  ___ </p>
<p>328. Último ano do ensino superior que o(a) chefe da família concluiu?  ___ </p>

### **XVIII. IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO**

“Agora, vou lhe fazer algumas perguntas sobre a sua casa.”

329. Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo você?( <b>não contar RN</b> )  ___
330. Quantos quartos ela tem na sua casa?  ___
331. Você tem banheiro em casa de uso exclusivo da sua família? 0. Não ( <b>vá para a 333</b> ) 1. Sim  ___
332. Quantos banheiros da sua casa( <b>dentro ou fora</b> ) têm vasos sanitário?  ___
333. Agora, você quer fazer algumas perguntas sobre coisas que você pode ter ou não em sua casa.
334. Na sua casa tem rádio? 0. Não (vá para 336) 1. Sim  ___
335. Quantos? 1. Um 2. Dois 3. Três 4. Mais de três  ___
336. Na sua casa tem geladeira? 0. Não 1. Sim  ___
337. Na sua casa tem freezer (aparelho independente ou parte de geladeira duplex)? 0. Não 1. Sim  ___
338. Na sua casa tem DVD ou vídeo cassete? 0. Não 1. Sim  ___
339. Na sua casa tem máquina de lavar roupa?( <b>não incluir tanquinho</b> ) 0. Não 1. Sim  ___
340. Na sua casa tem televisão em cores? 0. Não ( <b>vá para 342</b> ) 1. Sim  ___
341. Quantos? 1. Um 2. Dois 3. Três 4. Mais de três  ___
342. Na sua casa tem moto? 0. Não 1. Sim  ___
343. Na sua casa tem carro particular? 0. Não ( <b>vá para 345</b> ) 1. Sim  ___
344. Quantos? 1. Um 2. Dois 3. Três 4. Mais de três  ___
345. Na sua casa tem empregada mensalista?( <b>5 dias ou mais por semana</b> ) 0. Não ( <b>vá para 347</b> ) 1. Sim  ___
346. Quantas?

1. Uma 2. Mais de uma  __
---------------------------

## XXII. INFORMAÇÕES BIOMÉTRICAS

*“Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu peso e altura.”*

388. Qual era o seu peso antes de ficar grávida? ( <b>anotarem Kg</b> )  __  __ , __  Kg
--

389. Qual foi seu peso na última consulta de pré-natal? ( <b>anotarem Kg</b> )
--

__  __ , __  Kg
-----------------

390. Em que data foi pesada pela última vez no pré-natal?
---

__  __ / __  __ / __  __  __  __
----------------------------------

391. Qual é a sua altura? ( <b>anotar em cm</b> ) __  __  cm
--

## ANEXO 6 – Instrumento de coleta de dados do prontuário (Q2)



## INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO

<b>1. Dados Gerais da coleta de dados</b>	
1. Data da coleta de dados	__  __  / __  __  / __  __
2. Horário de início da coleta de dados	__  __  : __  __
3. Nome da mãe:	_____
4. N° do prontuário da mãe:	__  __  __  __  __  __  __  __  __  __  __
5. Tipo de gestação:	
1. Única 2. Gemelar (dois) 3. Gemelar (três) 4. Gemelar (quatro)	__
6. 1° Recém-nascido	
1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal	__
7. 2° Recém-nascido	
1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal	__
8. 3° Recém-nascido	
1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal	__
9. 4° Recém-nascido	
1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal	__
<b>2. Dados da Internação</b>	
10. Data da internação:	__  __  / __  __  / __  __
11. Hora da internação:	__  __  : __  __
12. Setor para onde foi encaminhada no momento da admissão/internação:	
1. Enfermaria/quarto 2. Pré-parto 3. PPP 4. Sala de parto 5. Centro cirúrgico obstétrico 6. UTI 9. Sem informação	__
13. Tipo de saída do hospital onde foi realizado o parto:	
1. Alta	
2. Transferida no pós-parto ( <b>vá para questão 15</b> )	
3. Saída à revelia	
4. Óbito	

5. Permanece internada após 42 dias da data do parto ( <b>vá para 17</b> )  __
14. Data da saída do hospital onde foi realizado o parto:  __  __ / __  __ / __  __  (Se alta ou saída à revelia, <b>vá para a questão 17</b> e óbito, <b>vá para a 16</b> )
15. Hospital para onde foi transferida após o parto (nome, cidade e estado) _____
15.1 Motivo da transferência: _____
15.2 Tipo de saída do hospital para onde foi transferida: 1. Alta 2. Saída à revelia 3. Óbito ( <b>vá para questão 16</b> ) 4. Permanece internada após 42 dias da data do parto ( <b>vá para 17</b> )  __
15.3 Data da saída do hospital para onde foi transferida  __  __ / __  __ / __  __
16. Número da Declaração de Óbito:  __  __  __  __  __  __  __  __  __  __
<b>3. Antecedentes clínico-obstétricos</b>
17. Número de gestações anteriores:  __  __  (se primeira gestação, preencha com 00 e vá para questão 21)
18. Número de abortos anteriores:  __  __
19. Número total de partos anteriores:  __  __  (se 00, vá para questão 21)
20. Destes quantos foram cesáreas:  __  __
<b>21. Antecedentes pessoais de risco:</b>
22. Doença cardíaca 0. Não 1. Sim  __
23. Hipertensão arterial com tratamento continuado 0. Não 1. Sim  __
24. Anemia grave ou outra hemoglobinopatia 0. Não 1. Sim  __
25. Asma 0. Não 1. Sim  __
26. Lúpus ou esclerodermia

0. Não 1. Sim  ___
27. Hipertireoidismo 0. Não 1. Sim  ___
28. Diabetes não gestacional 0. Não 1. Sim  ___
29. Doença renal crônica 0. Não 1. Sim  ___
30. Convulsões/epilepsia 0. Não 1. Sim  ___
31. Acidente Vascular Cerebral (AVC) 0. Não 1. Sim  ___
32. Doença hepática crônica 0. Não 1. Sim  ___
33. Doença psiquiátrica 0. Não 1. Sim  ___
34. Outros 0. Não (vá para 36) 1. Sim  ___
35. Quais? _____
<b>36. Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação):</b>
37. Incompetência istmo-cervical (IIC) 0. Não 1. Sim  ___
38. Crescimento Intra Uterino Restrito (CIUR) 0. Não 1. Sim  ___
39. Oligodramnia 0. Não 1. Sim  ___
40. Polidramnia 0. Não 1. Sim  ___
41. Isoimunização RH 0. Não 1. Sim  ___
42. Placenta prévia 0. Não 1. Sim  ___
43. Descolamento prematuro de placenta (DPP) 0. Não 1. Sim  ___

44. Amniorrexe prematura 0. Não 1. Sim  ___
45. Diabetes gestacional 0. Não 1. Sim  ___
46. Síndromes hipertensivas (HÁ crônica, pré-eclampsia, síndrome HELLP) 0. Não 1. Sim  ___
47. Eclampsia/Convulsões 0. Não 1. Sim  ___
48. Ameaça de parto prematuro 0. Não 1. Sim  ___
49. Sofrimento fetal 0. Não 1. Sim  ___
50. Sífilis 0. Não 1. Sim  ___
51. Infecção urinária 0. Não 1. Sim  ___
52. Infecção pelo HIV 0. Não 1. Sim  ___
53. Toxoplasmose (que precisou tratar) 0. Não 1. Sim  ___
54. Exame de cultura para streptococo navaginae/ou ânus positivo 0. Não 1. Sim  ___
55. Malformação congênita 0. Não (vá para 57) 1. Sim  ___
56. Qual? _____
57. Outros problemas 0. Não (vá para 59) 1. Sim  ___
58. Qual? _____
59. Cirurgia uterina anterior (miomectomia, microcesárea, outras cirurgias do corpo uterino) 0. Não 1. Sim  ___
<b>4. Dados da Internação</b>
60. Data da última menstruação (DUM):  ___  ___ / ___  ___ / ___  ___
61. Idade gestacional na admissão calculada pela DUM:  ___  ___  semanas

62. Idade gestacional na admissão calculada por USG:  __   __  semanas
63. Idade gestacional na admissão sem referência a método de cálculo:  __   __  semanas
<b>64. Apresentação do bebê:</b>
65. Primeiro bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação  __
66. Segundo bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação  __
67. Terceiro bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação  __
68. Quarto bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação  __
69. Nível de consciência da mulher na admissão: 1. Lúcida 2. Torporosa (confusão mental) 3. Em coma 9. Sem informação  __
70. Ocorrência de convulsões antes da internação: 0. Não 1. Sim  __
71. Há registro de pressão arterial na admissão 0. Não ( <b>vá para 74</b> ) 1. Sim  __
72. Primeira verificação: sist (em mmHg) sist  __   __   __  mmHg
73. Primeira verificação: diast (em mmHg) diast  __   __   __  mmHg
74. Há registro de temperatura axilar na admissão: 0. Não ( <b>vá para 76</b> ) 1. Sim  __
75. Valor em °C  __   __ ,  __  °C
76. Sangramento vaginal após internação e antes do parto: 1. Sim, pequeno 2. Sim, moderado 3. Sim, intenso 4. Sim, sem especificação  __
77. Perda de líquido amniótico (ruptura da bolsa) antes da internação: 1. Não 2. Sim, líquido claro sem grumos

<p>3. Sim, líquido claro com grumos</p> <p>4. Sim, líquido com mecônio</p> <p>5. Sim, líquido sanguinolento</p> <p>6. Sim, líquido purulento/fétido</p> <p>7. Sim, sem especificação</p> <p> __ </p>
<p>78.</p> <p>Dilatação do colo do útero no momento da admissão: <b>(consultar instrutivo) em centímetros</b></p> <p> __  __ , __  cm</p>
<p>79. Número de contrações em 10 minutos no momento da admissão:  __  __  contrações</p>
<p>80. Batimento Cardíaco Fetal (BCF) na admissão (ou primeiro exame)</p> <p>Batimento Cardíaco Fetal (BCF) na admissão (ou primeiro exame):</p> <p>0. Ausente (<b>vá para 82</b>) 1. Presente  __ </p>
<p>81. Qual a frequência?  __  __  __  bpm</p>
<p>82. Realizada cardiocografia (CTG): <i>(Permite mais de 1 opção)</i></p> <p>0. Não (<b>vá para 84</b>)  __ </p> <p>1. Sim, antes de vir para maternidade  __ </p> <p>2. Sim, na admissão/internação  __ </p> <p>3. Sim, no trabalho de parto  __ </p>
<p>83. Algum resultado da CTG alterado:</p> <p>0. Não 1. Sim 9. Sem informação  __ </p>
<p>84. Realizado Doppler fluxometria Fetal: <i>(Permite mais de 1 opção)</i></p> <p>0. Não (vá para 86)  __ </p> <p>1. Sim, antes de vir para maternidade  __ </p> <p>2. Sim, na admissão/internação  __ </p>
<p>85. Algum Doppler alterado:</p> <p>0. Não 1. Sim 9. Sem informação  __ </p>
<p>86. Prescrição de corticoide antes do parto: <i>(Permite mais de 1 opção)</i></p> <p>0. Não  __ </p> <p>1. Sim, antes da internação  __ </p> <p>2. Sim, na admissão/internação  __ </p>
<p>87. Motivo da internação:</p> <p>1. Internação por trabalho de parto</p>

<p>2. Internação para indução do trabalho de parto</p> <p>3. Internação para cesárea eletiva sem trabalho de parto (<b>responda 88 e vá para 130</b>)</p> <p>4. Internação como gestante, por complicação clínico-obstétrica</p> <p>5. Outro motivo</p> <p>_____</p>
<p>88. Diagnóstico na internação: (<i>Permite mais de 1 opção</i>)</p> <p>1. Trabalho de parto  ____ </p> <p>2. Trabalho de parto prematuro/ameaça de trabalho de parto  ____ </p> <p>3. Amniorrexe prematura (Ruptura das membranas ovulares/Bolsa rota)  ____ </p> <p>4. Gestação múltipla (2 ou + fetos)  ____ </p> <p>5. Gestação prolongada/pós-maturidade  ____ </p> <p>6. Sofrimento fetal (agudo/crônico)-Crescimento restrito (CIUR)  ____ </p> <p>7. Polidramnia/Oligodramnia  ____ </p> <p>8. Descolamento prematuro da placenta/ DPP  ____ </p> <p>9. Hemorragia vaginal  ____ </p> <p>10. Eclampsia / convulsão  ____ </p> <p>11. Hipertensão na gestação (qualquer tipo)  ____ </p> <p>12. Apresentação pélvica ou outra apresentação anômala (córmica/transversa)  ____ </p> <p>13. Iteratividade (cesáreas anteriores)  ____ </p> <p>14. Diabetes gestacional  ____ </p> <p>15. Infecção pelo HIV  ____ </p> <p>16. Óbito fetal  ____ </p> <p>17. Sem diagnóstico clínico-obstétrico informado  ____ </p> <p>18. Outro diagnóstico (<b>responda a 89</b>)  ____ </p> <p>19. Intercorrência clínica (<b>vá para 90</b>)  ____ </p>
<p>89. Outro diagnóstico. Qual? _____</p>
<p>90. Intercorrência clínica. Qual?</p> <p>_____</p>
<p>91. Houve indicação de parto cesáreo no momento da admissão/internação:</p> <p>0. Não 1. Sim (<b>vá para 130</b>)  ____ </p>
<p><b>5. Assistência ao trabalho de parto</b></p>
<p>92. Data da admissão/internação no pré-parto:  ____  ____ / ____  ____ / ____  ____ </p>
<p>93. Hora da admissão/internação no pré-parto (senão houver registro, marcar 00h00min):</p>

<p>____ ____ h  ____ ____ min</p>
<p>94. Trabalho de Parto:</p> <p>1. Espontâneo (<b>vá para 96</b>)</p> <p>2. Induzido sem sucesso (<b>responda a questão 95 e depois vá para 130</b>)</p> <p>3. Induzido com sucesso</p> <p>4. Não entrou em trabalho de parto (<b>vá para 130</b>)</p>
<p>95. Medicamentos/métodos utilizados para indução do parto: (<b>ver folha de prescrição</b>)</p> <p>1. Ocitocina 2. Misoprostol 3. Outras  ____ </p>
<p>96. O acompanhante estava presente:</p> <p><b>0. Não 1. Sim 9. Sem informação</b>  ____ </p>
<p>97. Prescrição de dieta no trabalho de parto:</p> <p>0. Dieta zero 1. Dieta líquida 2. Outro tipo de dieta 9. Sem informação  ____ </p>
<p>98. Prescrição de repouso no leito no trabalho de parto:</p> <p>0. Não 1. Sim  ____ </p>
<p>99. Prescrição de hidratação venosa no trabalho de parto:</p> <p>0. Não 1. Sim (<b>vá para 101</b>)  ____ </p>
<p>100. Colocação de acesso venoso no trabalho de parto:</p> <p>0. Não 1. Sim  ____ </p>
<p>101. Prescrição de antibióticos no trabalho de parto:</p> <p>0. Não 1. Sim  ____ </p>
<p>102. Realização de tricotomia (raspagem dos pelos) na maternidade:</p> <p>0. Não 1. Sim  ____ </p>
<p>103. Enteroclise/enema (lavagem intestinal) antes do parto:</p> <p>0. Não 1. Sim  ____ </p>
<p>104. Profissional que acompanhou o trabalho de parto: (<i>Permite mais de 1 opção</i>)</p> <p>1. Médico(a)  ____ </p> <p>2. Enfermeiro(a) obstetra/obstetriz  ____ </p> <p>3. Enfermeiro(a)  ____ </p> <p>4. Parteira tradicional  ____ </p> <p>5. Auxiliar/técnico de enfermagem  ____ </p> <p>6. Estudante  ____ </p> <p>7. Outro  ____ </p> <p>9. Sem informação  ____ </p>

105. Presença departogramano prontuário: 0. Não ( <b>vá para 110</b> ) 1. Sim  ___
106. Registro de dilatação do colo do útero no início do parto: 0. Não ( <b>vá para 108</b> ) 1. Sim  ___
107. Quantos? (centímetros)  ___  ___  cm
108. Registro do número de toques no parto: 0. Não ( <b>vá para 110</b> ) 1. Sim  ___
109. Quantos?  ___  ___
110. Prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto: 0. Não ( <b>vá para 116</b> ) 1. Sim  ___
<b>111. Prescrição da ocitocina (anotar primeira prescrição antes do parto):</b>
112. Número de ampolas de 5UI/500 ml soro  ___  ___
113. Nº de gotas/mim  ___  ___
114. Velocidade de infusão ml/hora  ___  ___
115. Dilatação do colo do útero no início da administração da ocitocina:  ___  ___  cm
116. Prescrição de analgésicos durante o trabalho de parto: ( <i>Permite mais de 1 opção</i> ) 1. Não  ___  2. Sim, opióides ( <b>dolantina, meperidina ou petidina</b> )  ___  3. Sim, outras ( <b>buscopam, dipirona, hioscina, outros</b> )  ___
<b>117. Usou métodos não farmacológicos para aliviar a dor:</b>
118. Banho de chuveiro 0. Não 1. Sim  ___
119. Banho de banheira 0. Não 1. Sim  ___
120. Massagem 0. Não 1. Sim  ___
121. Bola 0. Não 1. Sim  ___
121.1. Banquinho 0. Não 1. Sim  ___
122. Cavalinho 0. Não 1. Sim  ___
123. Outros

0. Não ( <b>vá para 125</b> ) 1. Sim <input type="checkbox"/>
124. Qual: _____
125. Utilização de analgesia durante o trabalho de parto: 0. Não 1. Peridural 2. Raqui 3. Peri+Raqui (combinado) 4. Geral <input type="checkbox"/>
126. Ruptura de membranas durante o trabalho de parto/parto: 0. Não, ruptura antes da internação ( <b>vá para 129</b> ) 1. Sim, ruptura espontânea 2. Sim, ruptura artificial (feita pelos profissionais) 3. Sim, sem informação do tipo de ruptura <input type="checkbox"/>
127. Características do líquido: 1. Líquido claro sem grumos 2. Líquido claro com grumos 3. Líquido com mecônio 4. Líquido sanguinolento 5. Líquido purulento/fétido 6. Líquido sem especificação <input type="checkbox"/>
128. Dilatação do colo do útero no momento da ruptura de membranas no partograma/prontuário: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm
129. Há registro no prontuário de: ( <i>Permite mais de 1 opção</i> ): 1. Sofrimento fetal durante o TP <input type="checkbox"/> 2. Eliminação de mecônio espesso <input type="checkbox"/> 3. Bradicardia fetal (BCF < 110) <input type="checkbox"/> 4. Taquicardia fetal (BCF > 160) <input type="checkbox"/> 5. Presença de DIP2 (desaceleração na cardiotocografia) <input type="checkbox"/> 6. Sem registro de alguma das alterações acima <input type="checkbox"/>
<b>6. Dados da Assistência ao Parto</b>
130. Dia do parto: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
131. Hora do parto: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> min
132. O acompanhante estava presente no parto: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação <input type="checkbox"/>
133. Tipo de parto

1. Vaginal (incluindo fórceps) 2. Cesáreo ( <b>vápara 146</b> )  ___  <b>(Em caso de gemelar, com parto normal e cesárea, preencher as questões relativas aos dois tipos de parto)</b>
134. Uso de fórceps/vácuoextrator: 0. Não 1. Fórceps 2. Vácuo-extrator  ___
135. Qual profissional assistiu o parto: 1. Médico (a) 2. Enfermeiro (a) obstetra/obstetiz 3. Enfermeiro(a) 4. Parteira tradicional 5. Auxiliar/técnico de enfermagem 6. Estudante 7. Outro 9. Sem informação  ___
136. Posição da mulher no parto: 1. Litotomia ( <b>deitada de costas</b> ) 2. Deitada de lado 3. Sentada/reclinada 4. Na banheira 5. De quatro 6. De cócoras 7. De pé 9. Sem informação  ___
137. Horário do registro de dilatação total: ( <b>partograma ou prontuário</b> )  ___  ___  h  ___  ___  min
138. Duração do período expulsivo registrado no prontuário:  ___  ___  h  ___  ___  min
139. Realização de episiotomia: 0. Não 1. Sim  ___
140. Ocorrência de laceração vaginal/perineal 0. Não 1. 1º grau 2. 2º grau 3. 3º grau 4. 4º grau 5. Sim, sem especificação  ___
141. Registro de sutura vaginal/perineal ou episiorrafia ou cicatriz de episiotomia: 0. Não 1. Sim  ___
142. Realização de manobra de Kristeller: 0. Não 1. Sim  ___
143. Alguma complicação no parto e/ou pós-parto imediato: ( <i>Permite mais de 1 opção</i> ) 0. Não  ___  1. Distócia de ombro  ___  2. Prolapso de cordão  ___  3. Ruptura uterina  ___  4. Período expulsivo prolongado  ___  5. Atonia uterina  ___  6. Placenta retida  ___  7. Outros ( <b>responda a 144</b> )  ___

144. Qual? \_\_\_\_\_

145. Utilização de anestesia:

0. Não

1. Peridural

2. Raquidiana

3. Peri+Raqui (combinado)

4. Geral

5. Local

6. Locoregional/nervo pudendo

9. Sem informação

|\_\_\_\_|

**(Se parto vaginal não preencher o bloco 7 - vá para o bloco “Dados sobre Near MissMaterno”, questão 156)**