



FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA LTDA.  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RENATO JOSÉ SANTOS

**VARIÁVEIS ASSOCIADAS À LACERAÇÃO PERINEAL DURANTE A  
ASSISTÊNCIA AO PARTO**

JOÃO PESSOA-PB

2021

RENATO JOSÉ SANTOS

**VARIÁVEIS ASSOCIADAS À LACERAÇÃO PERINEAL DURANTE A  
ASSISTÊNCIA AO PARTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, como requisito à obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

**Área de concentração:** A organização do trabalho e do cuidado em saúde da família.

**Linha de Pesquisa:** Atenção e Gestão de Cuidado em Saúde.

**ORIENTADOR:** Prof. Dra. Yana Balduino de Araújo.

JOÃO PESSOA-PB  
2021

S238v

Santos, Renato José

Variáveis associadas à laceração perineal durante a assistência ao parto / Renato José Santos. – João Pessoa, 2021.

45f.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Yana Balduino de Araujo.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

1. Parto Normal. 2. Períneo. 3. Lesões Perineais. 4. Posições de Parto. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDU: 614:618.2

RENATO JOSÉ SANTOS

**VARIÁVEIS ASSOCIADAS À LACERAÇÃO PERINEAL DURANTE A  
ASSISTÊNCIA AO PARTO**

Dissertação apresentada pelo aluno Renato José Santos do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, tendo obtido o conceito de Aprovado, conforme apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado (a) em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**



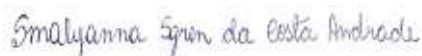
---

Prof. Dr<sup>a</sup> – Yana Balduino de Araújo  
Orientadora  
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança)



---

Prof. Dr<sup>a</sup> – Gilka Paiva Oliveira Costa  
Membro Externo  
(Centro de Ciências Médicas da UFPB)



---

Prof. Dr<sup>a</sup> Smalyanna Sgren da Costa Andrade  
Membro Interno  
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança)

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Vagna Cristina Leite da Silva Pereira  
Membro Suplente  
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança)

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a Deus e aos benfeitores do universo pela permissão de chegar até esse momento com vida e saúde; pela oportunidade de cursar do ensino fundamental até o superior, glória máxima atingida por uma pessoa de família humilde; pelas conquistas pós faculdade, especialização, pós-graduação, todas as aprovações em concursos, principalmente a de ser oficial de carreira da Escola de Saúde do Exército, onde cumpri minha missão de médico e militar.

Aos meus pais, que me proporcionaram estudos e me orientaram na formação como ser humano, contribuindo para formar meu caráter, honra, determinação e senso de amor ao próximo.

À minha amada esposa por todos esses anos de convivência em que esteve ao meu lado, por diversos rincões deste país, sempre dedicada, compreensiva, amorosa, leal e por vezes abdicando das suas próprias convicções pessoais e profissionais para me apoiar, incentivando-me a galgar novos horizontes e vitórias.

Às minhas amadas filhas que, por vezes, tiveram que conviver com minhas ausências devido à profissão, que escolhi para ajudar a quem precisa, no cumprimento das minhas funções de médico e militar: meu muito obrigado pelo apoio e carinho.

Aos meus mestres que sempre me orientaram e nunca se furtaram em dividir seus conhecimentos, estes que a cada dia me tornaram um profissional melhor. Agradeço à Doutora Yana Balduino de Araújo, minha orientadora, pelo incentivo e apoio durante toda a construção desta dissertação, me ajudando a atingir o objetivo deste trabalho para a conclusão do curso de Mestrado. Meus agradecimentos se estendem à banca examinadora e a todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para o êxito desta conquista.

## RESUMO

A gestação e evolução do parto normal fazem parte de um processo fisiológico e apresentam vantagens em relação ao parto operatório, sendo o parto vaginal o mais seguro para o binômio mãe-filho, quando atendido em condições adequadas e seguindo os protocolos científicos e governamentais. Mesmo com todas as condições de segurança, eventos inesperados, a exemplo do trauma perineal, podem acometer a mulher no intercurso do trabalho de parto. Este estudo objetivou a identificação das variáveis associadas à laceração perineal durante a assistência ao parto. Trata-se de um estudo descritivo-retrospectivo, documental e analítico com abordagem quantitativa, realizado com 2.217 registros de mulheres atendidas em maternidade pública de um município nordestino. Os dados de caracterização da mulher e os aspectos obstétricos foram analisados com auxílio do *Statistical Package for Social Sciences* (versão 20), com uso de estatística descritiva e inferencial com teste *T-student*, *Qui-quadrado*, *Odds ratio* e Coeficiente *Phi*. A pesquisa foi aprovada conforme número de protocolo nº 243/2020 e CAAE:33836920.50000.5179. A razão de prevalência mostrou que a realização de cesárea anterior, uso de ocitocina e misoprostol aumentam o risco de laceração. O teste *T-student* mostrou que existem diferenças entre as médias do grupo em que houve laceração com relação às variáveis “peso do RN” e “maior idade gestacional”, quando comparados ao grupo em que não houve laceração. As variáveis “uso de ocitocina” e “posição vertical” mostraram maior chance de laceração com base no cálculo de *Odds ratio*. Diante dos achados, esse estudo identificou as possíveis variáveis associadas à laceração perineal durante a assistência ao parto, como “maior peso do RN”, “maior idade gestacional”, “uso da ocitocina” e “adoção das posições verticais”. Cabem aos profissionais que prestam assistência à mulher durante a gestação, parto e nascimento utilizarem estratégias viáveis para a redução dos índices de laceração perineal.

**Descritores:** Parto Normal; Péríneo; Lesões Perineais; Posições de Parto.

## ABSTRACT

Pregnancy and the evolution of normal birth are part of a physiological process and have benefits in relation to operative delivery, with vaginal birth being the safest for the mother-child binomial, when attended to under adequate conditions, which are following scientific and governmental protocols. Even with all safety conditions, there are unexpected events, such as perineal trauma, which can affect women during labor. Therefore, this study aimed to identify the variables associated with perineal laceration during childbirth care. This is a descriptive-retrospective, documental and analytical study with a quantitative approach, carried out with 2,217 records of women attended at a public maternity hospital in a northeastern municipality in Brazil. The women's characterization data and obstetric aspects were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences version 20, using descriptive and inferential statistics with Student's T-test, Chi-square, Odds ratio and Phi Coefficient. The research was approved according to protocol number 243/2020 and CAAE: 33836920.50000.5179. The prevalence ratio showed that previous cesarean section, use of oxytocin and misoprostol increase the risk of laceration. The T-student test showed that there are differences between the group average in which there was laceration in relation to the variables "newborn weight" and "greater gestational age" when compared to the group in which there was no laceration. The variables "use of oxytocin" and "vertical position" showed a greater chance of laceration based on the Odds ratio calculation. In view of the findings, this study identified the possible variables associated with perineal laceration during childbirth care, such as "greater weight of the newborn", "greater gestational age", "use of oxytocin" and "adoption of vertical positions". It is up to professionals who assist women during pregnancy, childbirth and birth to use viable strategies in order to reduce perineal laceration.

**Descriptors:** Natural Childbirth; Perineum; Perineal Injuries; Birthing Positions.

## RESUMEN

La gestación y evolución del parto normal hacen parte de un proceso fisiológico, presentando ventajas con relación al parto operatorio; siendo el parto vaginal más seguro para el binomio madre-hijo, siempre que sea atendido en condiciones adecuadas, o sea, siguiendo los protocolos científicos y gubernamentales. A pesar de todas las condiciones de seguridad existen eventos inesperados, como el trauma perineal, que puede afectar la mujer en el transcurrir del trabajo de parto. Por tal motivo, este estudio objetivó la identificación de las variables asociadas a la laceración perineal durante la asistencia al parto. Se trata de un estudio descriptivo-retrospectivo, documental y analítico con abordaje cuantitativa; realizado con 2.217 registros de mujeres atendidas en maternidad pública de un municipio del nordeste brasileño. Los datos de caracterización de la mujer y los aspectos obstétricos fueron analizados con auxilio del *Statistical Package for Social Sciences* versión 20, con uso de estadística descriptiva e inferencial con test *T-student*, Chi-cuadrado, *Odds ratio* y Coeficiente *Phi*. La investigación fue aprobada de acuerdo con los protocolos nº 243/2020 y CAAE nº 33836920.50000.5179. La razón de prevalencia demostró que la realización de cesarea anterior, uso de oxitocina y misoprostol aumentan el riesgo de laceración. El test *T-student* demostró que existen diferencias entre los promedios del grupo en que hubo laceración con relación a las variables "peso del RN" y "mayor edad gestacional", cuando fueron comparados con el grupo en que no hubo laceración. Las variables "uso de oxitocina" y "posición vertical" mostraron mayor probabilidad de laceración con base en el cálculo de *Odds ratio*. Ante los hallazgos, este estudio identificó las posibles variables asociadas a la laceración perineal durante la asistencia al parto como "mayor peso del RN", "mayor edad gestacional", "uso de oxitocina" y "adopción de las posiciones verticales". Cabe a los profesionales que prestan asistencia a las mujeres durante la gestación, parto y nacimiento; utilizar estrategias viables buscando reducir la laceración perineal.

**Descriptores:** Parto Normal; Perineo; Lesiones Perineales; Posiciones de Parto.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis numéricas .....	24
Tabela 2 – Frequências das variáveis categóricas .....	25
Tabela 3 – Teste t de amostras independentes.....	26
Tabela 4 – Análise estatística das variáveis categóricas Odds ratio, teste Qui-quadrado e Phi...	27

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAMENE	Faculdade de Medicina Nova Esperança
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
HPMER	Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho
IU	Incontinência Urinária
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
Ph	Potencial Hidrogeniônico
PHPN	Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
RN	Recém-nascido
RP	Razão de Prevalência
RS	Rio Grande do Sul
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIM	Unidade de Terapia Intermediária

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO .....	11
1.2 OBJETIVOS .....	13
1.1.1 Objetivo Geral .....	13
1.1.2 Objetivos Específicos.....	13
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
2.1 PERSPECTIVAS ANÁTOMO FISIOLÓGICAS DO PARTO .....	14
2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL COM ÊNFASE NO PRÉ-NATAL, PARTO E NASCIMENTO. ....	17
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>21</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA .....	21
3.2 LOCAL DA PESQUISA .....	21
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	21
3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA, TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS...	22
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	23
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>24</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>28</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>35</b>
<b>APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>39</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR.....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA PARA USO DE DADOS .....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO IES .....</b>	<b>45</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO

A gestação e evolução do parto normal são processos fisiológicos cobertos de muita segurança na espécie humana e apresentam vantagens em relação ao parto operatório. Estas evidências são embasadas em diversos estudos científicos, nos quais são citados os seguintes benefícios: segurança ao binômio mãe-filho; rapidez no aleitamento materno; escolha da posição de parir, com liberdade de movimentação; ausência de restrições alimentares e diminuição tanto de partos prematuros quanto de complicações respiratórias (ZUGAIB, 2015).

Segundo Fonseca (2013), o parto vaginal é mais seguro para a mãe e o filho quando realizado em condições adequadas, isto é, seguindo os protocolos estabelecidos por órgãos oficiais como o Ministério da Saúde, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia.

Em contrapartida, alguns eventos adversos podem ocorrer durante o parto por via vaginal, tais como hemorragia pós-parto, retenção placentária, distocias, situação fetal não tranquilizadora e lacerações de trajeto (CONITEC, 2016). De acordo com Baracho *et al.*, (2009), aproximadamente 85% das mulheres que realizam parto vaginal sofrem algum tipo de trauma perineal, podendo este ser do tipo espontâneo ou provocado. As lesões podem levar, em curto prazo, ao aumento da perda sanguínea, à necessidade de sutura e à dor perineal no pós-parto.

As lacerações espontâneas podem ser classificadas em diversos graus, de acordo com sua profundidade: quando afetam pele e mucosa são ditas de primeiro grau; de segundo grau quando se estendem até os músculos perineais; de terceiro grau quando atingem o músculo esfíncter do ânus e, por fim, as lesões de quarto grau, ocorrendo quando a lesão do períneo envolve o conjunto do esfíncter e exposição do epitélio anal. No caso da episiotomia, além da pele e da mucosa, são habitualmente seccionados os músculos transversos superficiais do períneo e bulbo cavernoso (SANTOS *et al.*, 2008).

A prática do profissional de saúde envolvido na assistência inclui ações de prevenção, identificação e reparo adequado de uma laceração perineal, tendo impacto direto nas principais morbidades decorrentes, especialmente o sangramento, dor, infecção, deiscência, dispareunia, incontinência urinária e anal (SANTOS; RIESCO, 2017).

Neste sentido, faz-se necessário que as evidências impactantes na ocorrência de laceração perineal estejam bem estabelecidas, para que sua prevenção seja adequada nos

diversos cenários da assistência ao parto. Para tanto, a mulher deve ser orientada a adotar posições em que ela se sinta confortável, como cócoras, lateral e quatro apoios, não permanecendo em decúbito dorsal por longo tempo – principalmente no 2º período de parto, de acordo com as orientações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC, 2016).

Tanto as práticas curativas quanto as preventivas são fundamentais e visam propiciar uma terapêutica adequada. Durante a assistência pré-natal, realizada na atenção básica, e ou outro serviço, somado às orientações sobre os processos fisiológicos e modificações no organismo materno, existe o norteamo a respeito dos hábitos saudáveis, sendo um deles a prática de atividade física. Esta, por sua vez, aprimora o sistema cardiovascular e, conseqüentemente, a oxigenação do binômio mãe-feto. Os exercícios físicos moderados, como as massagens perineais durante o pré-natal, fortalecem os tónus da musculatura abdominal, assim como o da região perineal, diminuindo a incidência de traumatismos nessa região (FERREIRA-COUTO; FERNANDES-CARNEIRO, 2017).

Como hipótese para este estudo, acredita-se que há variáveis que influenciam a ocorrência de laceração durante o parto. Com isso, estabelecemos a seguinte questão como norteadora: quais são as variáveis que influenciam a ocorrência da laceração durante o parto?

Este estudo justifica-se tendo em vista que na assistência ao parto há, especificamente no 2º período, a ampla utilização de manobras que costumam causar mais malefícios às parturientes do que benefícios. A ação deliberada de episiotomia e os toques vaginais repetidos na fase de expulsão fetal, por exemplo, devem ser revistos e dar lugar a práticas obstétricas baseadas em evidências científicas quanto à posição de parir, à proteção perineal e demais vantagens no transcurso do parto vaginal e puerpério.

A partir do conhecimento das variáveis relacionadas à laceração é possível desenvolver estratégias para reduzi-la ou eliminá-la e, assim, prestar uma melhor assistência à gestante, diminuindo esses fatores deletérios na anatomia genital feminina. É essencial qualificar a assistência integral à gestante durante o pré-natal, o parto e o período puerperal realizado na rede de atenção à saúde.

Espera-se que, a partir desta pesquisa, seja possível aperfeiçoamento da assistência pré-natal, com orientações à equipe multidisciplinar acerca dos fatores envolvidos na laceração perineal. Na atenção hospitalar, espera-se, como benefício imediato, que haja uma melhor resolução do parto e redução das lacerações e traumas perineais e, conseqüentemente, como benefício posterior, um período puerperal mais satisfatório para a mulher.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Identificar as variáveis associadas à laceração perineal durante a assistência ao parto.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Analisar estatisticamente quais são as variáveis associadas à laceração perineal durante a assistência ao parto;
- Discutir os achados à luz da literatura disponível.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 PERSPECTIVAS ANÁTOMO-FISIOLÓGICAS DO PARTO

O trabalho de parto é um processo fisiológico que tem por objetivo expulsar, através do canal de parto, o feto com idade gestacional igual ou superior a 20 semanas e seus anexos. De acordo com Zugaib (2015), pode ser classificado como pré-termo, se o parto for iniciado de 20 a 36 semanas e seis dias; a termo, se a gestação vai de 37 a 41 semanas e seis dias; e pós-termo nas gestantes com idade gestacional igual ou superior a 42 semanas.

Ainda segundo Zugaib (2015), o diagnóstico de trabalho de parto é estabelecido quando são observados alguns critérios no exame físico, como contrações rítmicas dolorosas (no mínimo, 2-3 contrações em 10 minutos), dilatação cervical em torno de quatro centímetros (primíparas) e cinco centímetros (multíparas).

O trabalho de parto pode ser dividido em quatro períodos ou fases clínicas: o primeiro período (fase de dilatação) inicia com as primeiras contrações uterinas que modificam a *cérvix* e termina com a dilatação completa; o segundo período (fase de expulsão) inicia com a dilatação completa e finda com a saída do feto; o terceiro período (fase de dequitação) inicia após o nascimento e termina com a expulsão completa da placenta e o quarto período compreende a primeira hora após parto, também chamado de período de *Greenberg* (CONITEC, 2016).

Côrtes e colaboradores, no artigo *Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal* (2018), demonstram que, no ocidente, as gestantes adotam principalmente a posição de Laborié-Duncan com decúbito dorsal na mesa de parto e, mais recentemente, os autores orientam ainda que a verticalização deve estar disponível na mesa de parto horizontal na maior parte do trabalho de parto. Deve-se evitar a posição de litotomia ou ginecológica clássica ou posições horizontais, pois nesta posição ocorre uma diminuição da efetividade das contrações uterinas pela compressão de vasos sanguíneos pélvicos (artéria aorta e veia cava) pelo útero, além do fator gravidade observado nas posições verticais que contribuem para uma boa evolução do trabalho de parto.

As seguintes posições verticalizadas devem ser a escolha para a condução do período expulsivo: semissentada, sentada, cócoras, quatro apoios e de lado. Desta forma, evita-se um trabalho de parto mais demorado no qual a gestante fica mais susceptível a sofrer intervenções, conforme recomendação da CONITEC (2016).

Os benefícios do parto via vaginal estão relacionados a fatores que contribuem para um desfecho favorável, dentre eles: contrações uterinas efetivas (força muscular) e a pelve (o

trajeto, mole e duro). A avaliação da progressão do trabalho de parto é realizada pela avaliação das contrações uterinas, dilatação cervical, bacia obstétrica, descida da apresentação fetal e avaliação da frequência cardíaca fetal. Essas avaliações, em geral, são anotadas no partograma.

Zugaib (2015) afirma que, durante a assistência, a fase de expulsão (ou segundo período de parto), na qual as contrações uterinas tornam-se mais efetivas (cinco em dez minutos) e com maior intensidade de duração (50 a 60 segundos), impulsionam a apresentação fetal para o desfiladeiro pélvico com movimentos de rotação interna, com objetivo de manter uma linha de orientação em relação ao maior diâmetro do estreito inferior da bacia. Estando em apresentação cefálica fletida, o feto faz uma rotação anterior e pode, em casos mais raros, ocorrer uma rotação posterior ou sacra; esta rotação vai depender da variedade de posição (occipito esquerda ou direita anterior), transversa (esquerda ou direita) e posterior (esquerda ou direita).

De acordo com Phillips e Monga (2005), várias são as consequências do parto no assoalho pélvico, desde alterações nos mecanismos de continência urinária e períneo, que afetam de 20 a 30% das mulheres, até prolapsos geniturinários, que afetam em média 15% das mulheres. No parto podem ocorrer alterações nos mecanismos de suporte para os órgãos pélvicos, deservação e defeitos na fáscia endopélvica, afetando diretamente componentes musculares como o músculo elevador do ânus e do esfíncter uretral.

O trauma perineal pode afetar até 85% das mulheres após o parto normal. Nuliparidade, uso de *fórceps*, posição occipito-posterior e macrossomia foram os principais causadores de alterações perineais, conforme a pesquisa. Há relatos de dor perineal e dispareunia com duração de até 12 meses após o parto. A episiotomia mediolateral seletiva, assim como métodos de reparo perineal, ainda são discutidos (PHILLIPS; MONGA, 2005).

As *Diretrizes Brasileiras de Assistência ao Parto Normal* (CONITEC, 2016) aludem aos cuidados com o períneo, de acordo com cada fase do trabalho de parto. No segundo período do parto não é recomendada a massagem perineal (pois pode causar edema, principalmente na mucosa vaginal), e nem o uso de *spray* de lidocaína para alívio da dor. Deve-se considerar o uso de compressas mornas, não fazer episiotomia de rotina e, quando fizer, utilizar a técnica médio-lateral, com origem na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito, com ângulo vertical entre 45 e 60 graus, devendo ser assegurada a analgesia antes do procedimento. A proteção perineal e o controle do desprendimento permitem o avanço da apresentação, mantendo a sua flexão até que a circunferência suboccipitobregmática tenha ultrapassado o anel vulvar distendido. É preciso orientar a mãe para que ela não realize puxos nesse momento.

Com base no documento *Atendimento multidisciplinar à gestante em trabalho de parto* (SES-MG), duas técnicas podem ser executadas para facilitar a conclusão do parto espontâneo,



são elas: a técnica “mãos sobre”, que visa proteger o períneo e flexionar a cabeça fetal, com o objetivo de controlar a deflexão da cabeça. Nela, o profissional assistente orienta a paciente a não fazer força neste momento. A outra técnica é a de “mãos prontas”, com as mãos sem tocar o períneo e a cabeça fetal, mas preparadas para tal. Caso ocorram lacerações perineais, *a priori*, estas devem ser classificadas corretamente quanto a seu grau de extensão e o profissional assistente deve explicar à paciente o ocorrido e informá-la a respeito das condutas a serem realizadas no reparo das lesões, a depender do grau de comprometimento.

A ocitocina é amplamente utilizada na obstetrícia para a indução do parto, a fim de aumentar a dinâmica uterina da parturiente, principalmente em trabalhos de parto demorados, porém, é necessário ter cautela no seu uso. Estudos demonstraram que altas doses desse medicamento estão associadas à taquissístolia e a alterações na frequência cardíaca fetal, hipoxemia e acidemia fetal. Todavia, foram constatadas também a redução no número de cesarianas e a diminuição do tempo de trabalho de parto, laceração de terceiro e quarto grau, sem aumentar os resultados adversos maternos ou perinatais (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRÍGUEZ-BORREGO, 2016).

A episiotomia é uma técnica cirúrgica utilizada sob anestesia locorreional ou local, e esse procedimento é utilizado em alguns casos para minorizar os traumas e lesões do períneo e musculatura do assoalho pélvico. De modo geral, a médio lateral é a mais utilizada, porém a nova recomendação do CONITEC (2016) afirma que a sua indicação deve ser justificada e, quando realizada, direcionada para o lado direito, devendo ser realizada após o consentimento esclarecido da paciente.

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2018) orientou, através das *Diretrizes de Assistência ao Parto Normal*, que as evidências da utilização da episiotomia rotineira não demonstram benefícios consistentes, podendo provocar danos à paciente. Quando realizada de forma seletiva e sendo justificada, por exemplo, em partos instrumentalizados (fórcipe ou vácuo extrator), distocia de ombro, variedade de posição occipito posterior e período expulsivo prolongado, pode proteger contra lacerações de 3º e 4º graus, de acordo com o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG).

Outra situação em que pode haver laceração perineal é a de macrosomia fetal, termo para designar os recém-nascidos com peso superior a 4000g. Dentre as causas, diabetes gestacional, ganho ponderal durante a gestação, peso pré-gestacional e multiparidade são apontados como fatores de risco capazes de ser avaliados durante o pré-natal. Autores estimam que a incidência gira em torno de 20%, dependendo da população, mas sua ocorrência se dá, principalmente, nos países nórdicos.

A macrossomia aumenta os riscos para a mãe e o feto e é responsável por casos de desproporção céfalo-pélvica, maior número de cesarianas, lacerações perineais, principalmente de 3º e 4º graus, aumento no tempo de internação hospitalar pós-parto, além de distocias de ombro, fratura de clavícula e lesão de plexo braquial. Também foram relacionados baixos Índices de Apgar no primeiro e quinto minuto, hipoglicemia e síndrome da aspiração meconial em fetos macrossômicos (RIBEIRO; COSTA; DIAS, 2017).

A prática de exercícios físicos durante a gestação resulta em vários benefícios, dentre eles, o fortalecimento do assoalho pélvico, fator determinante para um trabalho de parto satisfatório. Ferreira-Couto e Fernandes-Carneiro (2017) observaram períodos expulsivos menos prolongados, diminuição da necessidade de episiotomia, além de parto instrumental e cesariano. Vale salientar que essa prática deve ser orientada e de intensidade moderada de acordo com o perfil de cada gestante. Desta forma, os profissionais de saúde devem seguir as práticas baseadas em evidências científicas e prestar uma assistência humanizada ao parto e ao nascimento, tornando possível a diminuição dos agravos relacionados às lacerações e aos traumas perineais e reduzindo a morbimortalidade materna e infantil.

## 2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL COM ÊNFASE NO PRÉ-NATAL, PARTO E NASCIMENTO

As políticas de humanização no ciclo gravídico-puerperal, que compreendem o pré-natal, parto e nascimento, no Sistema Único de Saúde (SUS), visam criar um atendimento adequado e fundamentado nas evidências científicas. Assim, a partir do diálogo com a paciente, podem-se evitar procedimentos desnecessários e dar a essas mulheres a autonomia, privacidade e compartilhamento de condutas, seguindo os preceitos éticos e sociais que norteiam a atuação destes profissionais no SUS.

Para atingir esse objetivo, o Governo Federal, através do Ministério da Saúde, criou em 1984 o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), visando a diminuição da morbimortalidade materna e perinatal, cuja proposta baseava-se na descentralização, hierarquização e regionalização de serviços, integralidade e equidade na atenção à mulher (BRASIL, 2004).

Em 2000, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), através da Portaria Nº 569, assim como a norma de criação do método Canguru, com finalidade de dar uma atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Nesse contexto, o Projeto Maternidade Segura foi criado visando uma melhor qualidade ao atendimento à saúde

materno-infantil e redução da mortalidade, credenciando instituições que prestam assistência integral à mulher (BRASIL, 2000). O PHPN tem como objetivo principal oferecer um atendimento digno e de qualidade durante o ciclo gravídico-puerperal; já em 2004, foram instituídos o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher.

O Governo Federal, através da Portaria nº 2351, em 05 de outubro de 2011, lançou o programa Rede Cegonha, uma estratégia que visa estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil, cujo texto indica direitos reprodutivos e atenção humanizada durante todo o ciclo gravídico-puerperal para a mulher, bem como o direito das crianças a um nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis. O programa visa a redução das taxas de mortalidade materno-infantil e está presente em 5.488 municípios de todo território nacional, sendo os componentes que compõem esta rede o pré-natal, parto e nascimento, puerpério, atenção integral à saúde da criança e sistema logístico de transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011).

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal relata que ocorrem no Brasil, por ano, aproximadamente 3 milhões de partos, sendo 98% em ambientes hospitalares. Com os avanços tecnológicos e de procedimentos, o parto normal tornou-se mais seguro para a mulher e para o filho, ajudando a melhorar os indicadores de mortalidade materna e perinatal. Por outro lado, o conceito que considera a gravidez e o parto como doenças, e não como algo fisiológico, contribuiu para um aumento no número de intervenções (como episiotomia, que deve ser seletiva; o uso de ocitocina e a cesariana, que deveriam ser utilizadas com cautela e apenas em situações especiais como a distocia de ombro, hipossistolia e nas apresentações transversa, face e oblíqua (CONITEC, 2016).

Com o surgimento de novas evidências científicas, a obstetrícia tem apresentado mudanças significativas nas últimas décadas, dando uma maior importância às características naturais e fisiológicas do parto e nascimento. Ao identificar que algumas práticas trazem mais danos do que benefícios à mulher, os ambientes para o parto tornaram-se mais humanizados tanto para a parturiente, quanto para seus familiares, abrindo espaço para que todos possam participar, expressar e tirar suas dúvidas no decorrer do processo, com a participação de doulas, enfermeiras obstetrizes, fisioterapeutas, psicólogos e médicos (HERCULANO *et al.*, 2018).

O Ministério da Saúde, em 2012, apresentou o caderno de atenção Básica nº 32, no qual regula as diretrizes de apoio e orientação às Equipes de Atenção Básica em relação ao acompanhamento pré-natal. A realização do pré-natal garante um bom desenvolvimento da gestação, de forma que o parto possa transcorrer de forma saudável e sem impacto negativo

para o binômio mãe-filho, além de abordar aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas envolvendo orientações desde o período pré-natal até o parto e puerpério (BRASIL, 2012).

Essas ações devem ser desenvolvidas em consultas subsequentes, cujo número ideal não é definido, ainda que os órgãos superiores recomendem uma frequência igual ou superior a seis, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde. Em casos de pacientes de risco habitual; as consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36ª e semanais até o termo (BRASIL, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve ser a porta de entrada preferencial das gestantes no SUS, caracterizando-se como o marco inicial do acompanhamento, para melhor acolher suas necessidades, fazer orientações, tirar dúvidas e acalmar seus anseios. Um dos principais princípios da ESF é a integralidade das ações ofertadas e a atuação multiprofissional entre a equipe, intencionando a melhoria de suas ações, a promoção da recuperação da saúde e o tratamento dos agravos à população atendida (BRASIL, 2012).

O acolhimento, segundo a Política Nacional de Humanização, favorece uma relação de confiança entre a gestante e a equipe de assistência, deste modo, facilitando o vínculo e identificando as vulnerabilidades de acordo com o contexto social e demais cuidados, proporcionando uma atenção resolutiva e a articulação com os serviços especializados (secundário e terciário), que possibilitam dar seguimento à assistência (BRASIL, 2012).

Como condição básica à assistência pré-natal, o serviço prestado deverá atender às necessidades da população local mediante uso de conhecimentos técnico-científicos e recursos tecnológicos disponíveis, tais como: exames laboratoriais, exames de imagem e agendamento de consultas para que se possa classificar o risco gestacional e, conseqüentemente, o encaminhamento no momento oportuno das pacientes classificadas como alto risco (diabetes gestacional, síndromes hipertensivas, histórico de gestações mal sucedidas, doenças autoimunes e outras causas identificadas); estas deverão ser encaminhadas para o pré-natal de alto risco ou para serviços de urgência/emergência obstétricas (BRASIL, 2012).

Durante o pré-natal, as gestantes deverão ser orientadas em relação às modificações do organismo materno, incentivadas ao parto normal, ao aleitamento materno e a adoção de hábitos saudáveis de vida. Os profissionais de saúde realizarão palestras de orientação e devem incentivar atividades físicas, com orientação profissional. Tais práticas devem estar em consonância com os resultados dos exames laboratoriais e de imagens preconizados, prevenção do câncer de colo uterino e mamas, acompanhamento nutricional e psicológico. Todas as

orientações devem ser registradas no prontuário da paciente e no cartão do pré-natal (BRASIL, 2012).

Portanto, a atuação dos profissionais das ESF é de extrema importância na promoção da saúde, identificação dos agravos (através da escuta qualificada, uma boa anamnese e exame físico), ofertando um atendimento humanizado e facilitando as ações em nível de atenção básica (BRASIL, 2012).

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa foi desenvolvida através de um estudo do tipo documental retrospectivo analítico, de abordagem quantitativa. O estudo é considerado retrospectivo quando o pesquisador analisa os pacientes após determinados os resultados; já o estudo analítico é utilizado para avaliar a relação entre a exposição, doença ou afecção relacionada à saúde. O pesquisador, na abordagem quantitativa, expõe um problema delimitado e concreto, considerando o que foi pesquisado anteriormente, e constrói a teoria de seu estudo a partir de uma ou mais hipóteses (SAMPIERE; COLLADO; LUCIO, 2013).

#### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo de campo utilizou como fonte de dados os registros da maternidade de um serviço público de saúde de João Pessoa, o Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho (HPMER), fundado em 1956 e que oferece atualmente atendimentos ambulatoriais, clínicos e cirúrgicos, além da maternidade e de serviços de exames laboratoriais e de imagem.

A maternidade tem, em sua constituição física, 38 leitos de pós-parto, 07 leitos de pré-parto, UTI neonatal com 10 leitos, e UTIM com 05 leitos, 01 sala de parto e 02 salas de cirurgias, onde são realizados por mês 120 partos (cirúrgicos e normais), em média, além dos demais procedimentos em obstetrícia.

#### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por registros do livro de partos de mulheres que se internaram no hospital no período de agosto de 2018 a agosto de 2020. Foram excluídas da seleção todas as mulheres que realizaram cesarianas e as que possuíam comorbidades que qualificassem a gravidez como de alto risco, para que fosse reduzida a chance de viés de lacerações resultantes da situação da gravidez, como a macrossomia fetal, apresentações de face (defletidas de 2° e 3° graus), pacientes com extensas lesões vulvares por condiloma acuminado, herpes ativo e pacientes com histórico de cirurgias perineais.

Na amostra foram incluídas 2.217 gestantes, admitidas em trabalho de parto no serviço e que evoluíram com parto vaginal.

### 3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA, TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados foi feita a partir de um instrumento elaborado com as variáveis registradas no livro de partos das mulheres que pariram na maternidade (APÊNDICE A). Os dados foram acessados após a autorização (ANEXO A) e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO B). Para armazenar e analisar os dados coletados pelo instrumento, foi construída uma planilha contendo doze variáveis, organizadas e categorizadas da seguinte forma: cesárea anterior (não, sim); ocitocina (não, sim); misoprostol (não, sim); episiotomia (não, sim); distocia (não, sim); fórceps (não, sim); laceração grau 0 (não) e laceração graus 1, 2 e 3 (sim); não houve registros de laceração grau 4; posição do parto semi-sentada, sentada, cócoras e em pé (vertical) e posição ginecológica, litotômica, quatro apoios e deitada (horizontal), paridade (nº de partos), idade (anos), idade gestacional (semanas) e peso do recém-nascido, identificado pelas iniciais RN (gramas).

Com o uso do *software SPSS 20.0*, foi calculada a razão de prevalência, por meio da tabela 2x2, com dados dicotômicos, cujas variáveis categóricas foram consideradas de exposição e o desfecho pela presença ou ausência de laceração. Para identificação das possíveis variáveis associadas à laceração perineal durante a assistência ao parto, foram analisados os dados através da estatística descritiva com análise de frequência e medidas de tendência central e dispersão, além da estatística inferencial com testes de associação bivariada, como *Qui-quadrado* para as variáveis categóricas e *T-student* para as variáveis numéricas (TRIOLA, 2008). Ressalta-se que foram considerados na verificação da associação, além dos testes e medidas citadas, o p-valor ( $< 0,05$ ), considerados com significância estatística.

A razão de prevalência (RP) mede a razão entre a prevalência do desfecho no grupo exposto em relação ao grupo não exposto e mostra a influência do fator de exposição na prevalência do evento estudado, sugerindo se esse fator de exposição representa risco ou proteção. A literatura aponta que valores acima de 1 indicam fator de risco e menor que 1 indicam proteção, os quais devem ser confirmados na análise estatística (ROUQUAYROL, 2013).

A *Odds ratio* (OR), ou razão de chances, é considerada uma medida de associação em estudos do tipo transversal com desfecho binário (FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.*, 2008). Trata-se de uma medida de associação do tipo proporcionalidade. Seu cálculo é dado pela razão entre as chances do desfecho no grupo exposto em relação ao desfecho no grupo não exposto. Embora a OR seja uma estimativa do risco relativo, não se deve utilizar o termo ‘probabilidade’ para explicar o seu resultado, o termo ‘chance’ é mais adequado para a interpretação de OR. A

literatura aponta que valores acima de 1 indicam fator de risco e menor que 1 indicam proteção, os quais devem ser confirmados na análise estatística (ROUQUAYROL, 2013).

A distribuição *qui-quadrado* é muito utilizada para a análise de dados de contagem ou frequência. Este tipo de estatística serve (devido a essa flexibilidade matemática associada a frequências de valores), para testar a aderência, associação ou independência de variáveis, baseando-se na checagem de suas frequências. Adicionalmente ao uso do *qui-quadrado* foi utilizado Phi, que mostra o grau de associação entre duas variáveis. Seu resultado varia de 0-1 e sua interpretação é dada em percentual.

O *T-student* é o método mais utilizado para avaliar as diferenças entre as médias entre dois grupos (DANIEL, 2009). Neste estudo foi considerado grupo 1 (com laceração perineal) e grupo 2 (não houve laceração). Após a análise dos dados, os resultados do estudo foram apresentados em tabelas e discutidos à luz da literatura pertinente.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo seguiu as determinações da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012), do Conselho Nacional de Saúde, que norteia os princípios éticos em pesquisa, respeitando a dignidade humana, na construção de uma relação não hierárquica entre o pesquisador e o participante e cuja produção científica deve propiciar benefícios ao ser humano e para a comunidade na qual está inserido, levando a promoção de uma melhora na qualidade de vida e respeitando o art. 1º destas normas, em que serão preservados a utilização de dados obtidos com participantes ou informações identificáveis, para não acarretar riscos a vida diária da população.

Também foi seguida a recomendação do Código de Ética Médica, particularmente nos seus artigos 100 e 101, § 1º e 2º, que recomendam a aprovação de protocolo para realização de pesquisa científica, de acordo com a legislação vigente (CFM, 2019), obtendo do paciente ou do seu representante legal o consentimento livre e esclarecido para que o pesquisador tenha acesso a prontuários com fins de estudos retrospectivos, desde que autorizados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ou pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Após a anuência do campo de pesquisa (ANEXO A), autorização da instituição de origem (ANEXO C) e assinatura do termo de compromisso do pesquisador (APÊNDICE B), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE) e, após aprovação (ANEXO B), conforme protocolo nº 243/2020 e CAAE:33836920.50000.5179, foi iniciada a coleta dos dados.



## 4 RESULTADOS

Das 2.217 amostras analisadas, a razão de prevalência (RP) da laceração na exposição da gestante à uma cirurgia cesariana anterior foi 1,03. A RP da laceração na exposição da gestante à ocitocina, durante o trabalho de parto, foi de 1,12 e ao misoprostol, foi 1,06. A RP da laceração na exposição da gestante às posições horizontais durante o parto obteve o valor 0,90, já a exposição à episiotomia, distocia e uso de *fórceps* resultaram em uma RP de 0,65, 0,97 e 0,94, respectivamente.

Na Tabela 1 estão distribuídas as variáveis de caracterização das mulheres quanto a idade, paridade, peso do neonato e idade gestacional em semanas. Na amostra estudada, a idade mínima apresentada foi de 13 anos, sendo 12 o máximo de partos apresentados por uma mulher. Além disso, a idade gestacional mínima foi de 25 semanas, com peso do recém-nascido mensurado em 4.814g.

Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis numéricas

<b>Variáveis</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Idade (anos)	25,37	6,400	13	45
Paridade (nº partos)	1,94	1,295	0	12
Peso do RN (gramas)	3243,22	491,022	570	4814
Idade gestacional (semanas)	39,090	1,6983	25,0	42,0

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2021.

Quanto a frequência das variáveis categóricas, observou-se maiores percentuais na ausência de cesárea anterior, ausência do uso da ocitocina e misoprostol, ausência de distocia e episiotomia e maior adoção das posições verticais durante o parto (Tabela 2).

Tabela 2 – Frequências das variáveis categóricas

Variáveis		Frequência	Percentual (%)
Cesárea anterior	Não	2034	91,7
	Sim	183	8,3
Ocitocina	Não	1755	79,2
	Sim	462	20,8
Misoprostol	Não	2074	93,5
	Sim	143	6,5
Posição	Horizontal	573	25,9
	Vertical	1643	74,1
Episiotomia	Não	1954	88,1
	Sim	263	11,9
Distocia	Não	2198	99,1
	Sim	19	0,9
Fórceps	Não	2204	99,4
	Sim	13	0,6
Laceração	Não	768	34,6
	Sim	1449	65,4

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2021.

O teste T independente apresentou os seguintes resultados:

- as mulheres do grupo em que não houve laceração apresentam, em média, paridade superior às mulheres do grupo em que houve laceração ( $t(1136,265) = 6,997$ ,  $p$  – valor  $< 0,05$ ).
- as mulheres do grupo em que houve laceração apresentam, em média, RN com peso superior às mulheres do grupo em que não houve laceração ( $t(1329,161) = -4,295$ ,  $p$  – valor  $< 0,05$ ).
- as mulheres do grupo em que houve laceração apresentam, em média, maior idade gestacional do que as mulheres do grupo em que não houve laceração ( $t(1234,429) = -3,239$ ,  $p$  – valor  $< 0,05$ ).

Os dados referentes aos resultados podem ser observados na Tabela 3:

Tabela 3 – Teste T de amostras independentes

Variáveis	Não houve laceração		Houve laceração		p-valor	Intervalo de	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		Confiança	
Idade (anos)	25,71	6,54	25,19	6,321	0,067	-0,038	1,082
Paridade (nº partos)	2,24	1,60	1,79	1,066	<0,001*	0,323	0,576
Peso do RN (gramas)	3178,29	549,42	3277,64	453,50	<0,001*	-144,723	-53,974
Idade gestacional (semanas)	38,92	2,00	39,18	1,50	0,001*	-0,4287	-0,1053

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2021. \*Quando ( $p < 0,05$ ), valores estatisticamente significativos. IC -95%.

Os resultados obtidos pelo cálculo *Odds ratio* mostraram que o uso da ocitocina aumenta em 1,4 [1,121; 1,754] e a posição vertical aumenta em 1,28 [1,051;1558] vezes a chance de laceração na amostra estudada. Quanto à ocorrência da episiotomia, reduz em 0,36 [0,283; 0,477] a chance de laceração.

O teste *qui-quadrado* de independência mostrou que existe associação entre o uso de ocitocina e posição vertical com a laceração perineal e há uma redução da laceração com o uso da episiotomia. O *Phi* mostrou o quanto as variáveis estão associadas e sugeriu que a força da associação entre as variáveis foi de 6,3 % para uso da ocitocina, 5,2 % para a posição vertical e 16, 4% para a episiotomia, conforme Tabela 4:

Tabela 4 – Análise estatística das variáveis categóricas, *Odds ratio*, teste *Qui-quadrado* e *Phi*.

Variáveis		Não houve		Houve		<i>Odds Ratio</i>	p-valor*	Phi																																																																																
		laceração		Laceração																																																																																				
		N	%	N	%																																																																																			
Cesárea	Não	708	92,2	1326	91,5	1,095	0,582	0,012																																																																																
	Sim	60	7,8	123	8,5				Ocitocina	Não	635	82,7	1120	77,3	1,402	0,003*	0,063	Sim	133	17,3	329	22,7	Misoprostol	Não	724	94,3	1350	93,2	1,207	0,314	0,021	Sim	44	5,7	99	6,8	Posição	Horizontal	223	29	351	24,2	1,280	0,014*	0,052	Vertical	545	71	1098	75,8	Episiotomia	Não	621	80,9	1333	92,0	0,368	<0,001*	0,164	Sim	147	19,1	116	8,0	Distocia	Não	761	99,1	1437	99,2	0,908	0,840	0,004	Sim	7	0,9	12	0,8	<i>Fórceps</i>	Não	763	99,3	1441	99,4	0,847	0,772	0,006	Sim
Ocitocina	Não	635	82,7	1120	77,3	1,402	0,003*	0,063																																																																																
	Sim	133	17,3	329	22,7				Misoprostol	Não	724	94,3	1350	93,2	1,207	0,314	0,021	Sim	44	5,7	99	6,8	Posição	Horizontal	223	29	351	24,2	1,280	0,014*	0,052	Vertical	545	71	1098	75,8	Episiotomia	Não	621	80,9	1333	92,0	0,368	<0,001*	0,164	Sim	147	19,1	116	8,0	Distocia	Não	761	99,1	1437	99,2	0,908	0,840	0,004	Sim	7	0,9	12	0,8	<i>Fórceps</i>	Não	763	99,3	1441	99,4	0,847	0,772	0,006	Sim	5	0,7	8	0,6										
Misoprostol	Não	724	94,3	1350	93,2	1,207	0,314	0,021																																																																																
	Sim	44	5,7	99	6,8				Posição	Horizontal	223	29	351	24,2	1,280	0,014*	0,052	Vertical	545	71	1098	75,8	Episiotomia	Não	621	80,9	1333	92,0	0,368	<0,001*	0,164	Sim	147	19,1	116	8,0	Distocia	Não	761	99,1	1437	99,2	0,908	0,840	0,004	Sim	7	0,9	12	0,8	<i>Fórceps</i>	Não	763	99,3	1441	99,4	0,847	0,772	0,006	Sim	5	0,7	8	0,6																								
Posição	Horizontal	223	29	351	24,2	1,280	0,014*	0,052																																																																																
	Vertical	545	71	1098	75,8				Episiotomia	Não	621	80,9	1333	92,0	0,368	<0,001*	0,164	Sim	147	19,1	116	8,0	Distocia	Não	761	99,1	1437	99,2	0,908	0,840	0,004	Sim	7	0,9	12	0,8	<i>Fórceps</i>	Não	763	99,3	1441	99,4	0,847	0,772	0,006	Sim	5	0,7	8	0,6																																						
Episiotomia	Não	621	80,9	1333	92,0	0,368	<0,001*	0,164																																																																																
	Sim	147	19,1	116	8,0				Distocia	Não	761	99,1	1437	99,2	0,908	0,840	0,004	Sim	7	0,9	12	0,8	<i>Fórceps</i>	Não	763	99,3	1441	99,4	0,847	0,772	0,006	Sim	5	0,7	8	0,6																																																				
Distocia	Não	761	99,1	1437	99,2	0,908	0,840	0,004																																																																																
	Sim	7	0,9	12	0,8				<i>Fórceps</i>	Não	763	99,3	1441	99,4	0,847	0,772	0,006	Sim	5	0,7	8	0,6																																																																		
<i>Fórceps</i>	Não	763	99,3	1441	99,4	0,847	0,772	0,006																																																																																
	Sim	5	0,7	8	0,6																																																																																			

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2021. \*estatisticamente significativo. IC-95%.

## 5 DISCUSSÃO

A laceração perineal pode ser considerada um evento evitável durante a assistência ao parto. Em um estudo realizado por obstetras em Antuérpia, na Bélgica, foi verificado que a posição da parturiente durante o segundo período de parto é determinada por variados fatores (sendo estes inclusive culturais), cujas posições de maior prevalência são as horizontais (litotomia e laterais) e verticais (semissentada, sentada, cócoras, de joelhos e em pé). O parto de decúbito lateral, entretanto, foi o que apresentou menores taxas de lesões perineais em relação à posição de litotomia (MEYVIS *et al.*, 2012).

Oliveira, Mattos e Matão (2017) descrevem que diversos fatores estão associados às lacerações perineais, sejam por condições maternas – como paridade, idade, preparo perineal na gestação e episiotomia anterior, sejam por condições fetais como peso, perímetro cefálico, variedade de posição e diâmetro biacromial. Além disso, alguns fatores relacionados à assistência ao parto também podem contribuir para a ocorrência de trauma perineal, como posição materna, duração do período expulsivo, proteção perineal, má assistência profissional e o uso de ocitocina sintética.

Nesse estudo, o Teste T independente mostrou que, em média, as mulheres do grupo em que não houve laceração apresentam paridade superior às mulheres do grupo em que houve laceração.

Baracho e colaboradores (2009) verificaram que, durante o parto vaginal, a adoção da posição horizontal ou vertical podem ajudar na diminuição dos danos perineais e, conseqüentemente, nas alterações funcionais do assoalho pélvico a médio/longo prazo. Os autores também afirmam que danos ao períneo ocorreram em partos instrumentalizados e submetidos a episiotomia e foram mais evidentes em partos na posição vertical. Neste estudo, a posição vertical também se mostrou associada a maior chance de laceração (OR=1,28), no entanto, a episiotomia, segundo os testes utilizados, mostrou-se como variável associada à proteção.

Com relação a posição adotada pela parturiente no 2º período de parto e sua relação com incontinência urinária (IU) no pós-parto, autores observaram que a posição supina constitui um fator de risco para o aparecimento da IU, assim como uma maior taxa de episiotomia e roturas perineais de 2º grau, em comparação com as posições verticalizadas (CERRATI *et al.*, 2016).

A utilização da cadeira de parto, de acordo com Scholz *et al.* (2001), indicou que essa pode ser uma opção eficaz e segura para pacientes no 2º período de parto, já que as parturientes que fizeram seu uso sofreram uma menor taxa de episiotomia e os recém-nascidos apresentaram

boas condições em relação ao pH sanguíneo umbilical. Também não houve aumento nas taxas de danos perineais se comparado às posições convencionais.

Um estudo realizado por Bomfim-Hyppólito (2000) avaliou as vantagens e desvantagens da posição sentada em relação à posição horizontalizada. A autora verificou que houve uma redução de 3 a 4 minutos no segundo período de parto na posição vertical e o terceiro período foi semelhante em ambas as posições, assim como os traumas perineais. No que se refere a episiotomias anteriores, o grupo que pariu em posição horizontal apresentou maior número de traumas perineais e as perdas sanguíneas foram insignificantes. Como conclusão, observou-se que não houve diferenças significativas nos dois grupos (BOMFIM-HYPPÓLITO, 2000).

Ragnar e colaboradores (2006) realizaram um estudo na Suécia comparando o grau de satisfação materna durante o segundo período de parto nas posições sentada e ajoelhada, a partir de um questionário contendo as seguintes variáveis: tempo de duração do trabalho de parto; participação efetiva da parturiente durante o processo; relatos de dor perineal no pós-parto; sentimento de segurança em relação a posição adotada e se, em caso de nova experiência, adotariam a mesma posição. Verificou-se a ausência de variações significativas e a posição de joelhos foi considerada mais prazerosa por promover mais conforto e menor intensidade de dor, quando comparada à posição sentada (RAGNAR *et al.*, 2006).

No Paquistão foram analisadas as vantagens e desvantagens de nascimentos, comparando as posições agachada e supina, durante o segundo período de parto. Observou-se que não houve diferenças em relação à utilização da episiotomia nos dois grupos, porém, as lesões vulvo-perineais foram maiores nas que pariram na posição de litotomia. Houve também uma menor taxa de partos instrumentalizados e uma ampliação das episiotomias na posição agachada. As perdas sanguíneas nos dois grupos foram semelhantes (NASIR; KOREJO; NOORANI, 2007).

Uma revisão sistemática com metanálise abrangendo 26 estudos clínicos, realizada em Santa Maria-RS, avaliou que não houve alterações significativas entre as posições verticalizadas em relação às posições horizontalizadas no tocante à prevenção de traumas perineais e a integridade perineal. Entretanto, as pacientes deveriam ser estimuladas à realização do parto nas posições verticalizadas, pois elas diminuem as lacerações graves com necessidade de sutura (ROCHA *et al.*, 2020).

As lacerações perineais durante o parto por via vaginal são motivos de estudos para identificar os fatores de proteção e prevenção de tal injúria. Revisões da literatura descrevem que o uso rotineiro de episiotomia, os puxos orientados e posições horizontalizadas, os partos

instrumentalizados e as distocias de ombro são considerados fatores de risco. As compressas mornas na região perineal e o uso técnica de “mãos livres”, por outro lado, previnem as lacerações mais graves (de 3° e 4° graus) e favorecem a proteção perineal, assim como as posições lateralizadas e de joelhos. Contudo, são poucas as evidências para a prática clínica e estas apresentam fragilidades, principalmente na coleta de dados dos pesquisadores (SOUSA *et al.*, 2018).

Em ensaio randomizado, realizado na Cidade do Cabo, África do Sul (1997), foram avaliadas gestantes de baixo risco com fetos em posição cefálica. Comparando os partos em posições verticais e horizontais, observou-se que nas posições verticais as pacientes sentiram menos dor durante o período expulsivo, uma menor taxa de traumatismos perineais foi identificada e não houve aumento de sangramento pós-parto em relação às pacientes que pariram em decúbito dorsal. Houve também maior satisfação nas posições verticais (JONG *et al.*, 1997).

Ainda com relação às lacerações perineais, um estudo descritivo, documental e retrospectivo realizado em uma maternidade do Ceará procurou determinar as principais causas e fatores relacionados à laceração. Os pesquisadores observaram como fatores de risco, idade gestacional maior que 37 semanas, partos induzidos com leve tendência a lacerações graves e macrosomia fetal. Como fator de proteção foi identificado o parto vaginal anterior e concluiu-se que a associação de lacerações de 3° e 4° graus e episiotomia estão condizentes com os achados na literatura mundial (AGUIAR; GONÇALVES; BEZERRA, 2019).

Neste estudo, o Teste T mostrou que existem diferenças entre a média do grupo que não apresentou laceração quando comparado com o que houve laceração e mostrou ainda que as mulheres do grupo em que houve laceração apresentaram maior idade gestacional.

Em um estudo realizado na Suécia, com a finalidade de avaliar a posição materna e o risco de rotura de esfíncter anal, os pesquisadores observaram que posições de litotomia e agachadas aumentavam o risco de roturas perineais de 3° e 4° graus em relação à outras posições adotadas durante o período expulsivo. Constatou-se, porém, que quando os RNs apresentavam peso acima de 4.000g ou circunferência craniana maior que 35cm, cuja indução com ocitocina ocorreu, aumentava o risco de lesão de esfíncter anal em primíparas (GOTTVALL; ALLEBECK; EKEUS, 2007).

Apesar da impossibilidade em avaliar a relação entre posição materna e outras variáveis como peso do RN, uso de ocitocina e risco de rotura de esfíncter anal, nos achados dessa pesquisa, o Teste T independente mostrou que, em média, as mulheres do grupo em que houve

laceração apresentaram RN com peso superior com relação as mulheres do grupo em que não houve laceração e que o uso da ocitocina aumenta a chance de laceração (OR=1,4).

A episiotomia associada às complicações perineais foi avaliada em um estudo retrospectivo, transversal, observacional e descritivo realizado no estado do Paraná, no qual foram avaliadas pacientes no pós-parto imediato. Verificou-se que houve execução da episiotomia maior em primigestas, porém, em percentuais que estão de acordo com a literatura mundial, assim como uma associação peso do RN/episiotomia, cujas taxas de episiotomia foram maiores em fetos acima de 3.000g. Em relação à posição, não foi observada diferença significativa entre a posição de cócoras e na banquetta e não houve diferenças estatísticas no Índice de Apgar (SOBIERAY; SOUZA, 2019).

Como fatores relacionados ao trauma perineal, em estudo realizado por Escarabotto e Riesco (2006), mostrou-se que a altura do períneo, o tempo de período expulsivo e os puxos espontâneos foram variáveis que não corroboraram estatisticamente para avaliar lacerações perineais. No entanto, há uma maior prevalência em lacerações de 3º grau nos puxos orientados e presença de circular de cordão, cujos RNs tinham peso superior a 3.000g e as parturientes apresentavam maior desconforto urinário. Em relação às pacientes com períneo íntegro, não houve diferenças estatísticas (ESCARABOTTO; RIESCO, 2006).

No Brasil foi realizado um estudo comparativo sobre a prática de profissionais médicos e enfermeiras obstetras, quanto à ocorrência das lacerações. Ocorreram 10,2% no acompanhamento realizado por enfermeira obstetra e 37% no acompanhamento médico. A taxa de períneo íntegro foi maior pelas enfermeiras obstetras (45,2%) em comparação aos médicos (21,4%). Talvez esse dado possa fortalecer a necessidade de treinamento da equipe multiprofissional de maneira equânime, para que não haja iniquidades no atendimento e a parturiente possa ser a maior beneficiada com a qualificação das práticas de saúde (ROCHA *et al.*, 2018).

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, em Portugal, para avaliar as intervenções das parteiras na prevenção dos desfechos desfavoráveis na região perineal das parturientes. Nele, observou-se que o incentivo de exercícios físicos pelos profissionais de saúde durante o pré-natal trouxe benefícios no segundo período do parto, assim como as massagens perineais orientadas a partir da 30ª semana de gestação. Outras medidas foram, durante o parto, evitar a manipulação perineal constante, utilizar compressas mornas no períneo, a mudança de posição, resultando em maior conforto, e as parteiras devem motivar e orientar as pacientes no momento do parto (FERREIRA-COUTO; FERNANDES-CARNEIRO, 2017).



A avaliação do viés de classificação das lacerações perineais durante o parto vaginal foi objeto de um estudo realizado em São Paulo, no qual se observou que essas lacerações envolvem variáveis relacionadas à gestante e aos profissionais envolvidos no momento do parto, como anatomia, estrutura perineal, localização e tipo de laceração e a capacitação e vivência profissional. Os autores concluíram que há necessidade de uma classificação mais fidedigna e treinamento dos envolvidos para que se possa ter uma definição precisa das lesões (COLACIOPPO *et al.*, 2011).

Um estudo transversal, ao avaliar a dor perineal no puerpério, constatou que cerca de 80% das pacientes apresentam essa queixa. Nele, identificou-se que a principal causa estava relacionada à episiotomia, assim como mulheres que tiveram partos instrumentalizados e que a dor poderia durar de horas a meses. Para amenizar o sofrimento, foram instituídos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, porém, sem alcançar uma conclusão eficaz para o problema, já que a episiotomia pode deixar sequelas por longos períodos (FRANCISCO, A. A. *et al.*, 2011).

Nos estudos referenciados anteriormente, observou-se como fatores relacionados ao risco de laceração/trauma perineal: a realização de episiotomia, partos instrumentalizados, macrossomia fetal, distocia de ombro e posições de litotomia. Esses fatores podem ocasionar, principalmente, dor perineal, incontinência urinária e dispaureunia, prejudicando a qualidade de vida da mulher. Adicionalmente, observou-se que a adoção de posições verticalizadas e de medidas não farmacológicas como massagem perineal e compressas mornas no período do parto, além do fortalecimento da musculatura perineal através de exercícios durante o pré-natal, contribuem para a diminuição dos efeitos adversos no segundo período de parto.

Em um estudo realizado em São Paulo, demonstrou-se que a pressão da musculatura perineal tem a capacidade de promover contração, resultando num esforço que é avaliado pelo perineômetro de Kegel, que é um aparelho que permite a avaliação objetiva da pressão muscular do assoalho pélvico, determinando o valor da pressão exercido sobre a vagina, além da ultrassonografia para avaliar as condições da musculatura perineal, como também a eletromiografia. A musculatura perineal apresenta fibras do tipo I e II, com predominância do tipo I em aproximadamente 70%, sendo estas responsáveis pelas contrações lentas e de longos períodos e a manutenção dos tônus musculares. Já as fibras do tipo II são responsáveis pelas contrações rápidas com aumento da pressão intra-abdominal e não são utilizadas durante o trabalho de parto. Ao final do estudo, avaliaram que não havia associação entre os efeitos produzidos na musculatura perineal e a pressão muscular nas pacientes avaliadas no período puerperal (MENTA; SCHIMER, 2006).

Em 2008, pesquisadores da Universidade Católica de Goiás, através de uma revisão bibliográfica, analisaram a importância e os benefícios da cinesioterapia (um exercício de movimentos repetitivos capazes de aumentar a força muscular). Esta terapia demonstrou ser um complemento possível a ser utilizado na uroginecologia, porém, houve divergências em relação aos benefícios imediatos. Os autores apontam ainda que exercícios para fortalecimento, bola suíça, cones vaginais e exercícios de Kegel ajudam na reabilitação da musculatura perineal e devem ser realizados ao longo da vida da mulher, isolados ou em conjunto com outras técnicas de eletroestimulação e *bi feedback* (NOLASCO *et al.*, 2008).

Outro exercício fisioterápico capaz de contribuir durante o pré-natal e que promove flexibilidade, fortalecimento e alongamento muscular no ciclo gravídico-puerperal é o pilates, trazendo benefícios à gestante no fortalecimento da musculatura lombar, pélvica e dos membros inferiores, fortalecendo também as articulações, melhorando o tônus da musculatura dos membros superiores; melhorando a postura e equilíbrio, coordenação motora e concentração, bem como a diminuição das dores lombares (KROETZ; SANTOS, 2015).

A laceração perineal é um evento adverso no momento do parto por via vaginal, mas que pode ser evitável e está ligado diretamente a assistência obstétrica, assim como a alguns fatores que dependem das condições maternas e fetais. Em relação às condições maternas, o preparo da musculatura da região perineal, durante o pré-natal, com orientações de equipe multidisciplinar de fisioterapeuta e educador físico trazem benefícios e podem ajudar a diminuir estes efeitos negativos, segundo a literatura mundial, assim como a execução de boas práticas obstétricas por parte dos profissionais envolvidos na assistência ao parto, como o uso moderado de ocitocina, avaliação de acordo com a vontade da paciente para estabelecer qual a melhor posição de parto, execução de proteção perineal, além de evitar manobras e condutas desnecessárias e não preconizadas nas boas práticas obstétricas, o que evitara uma má assistência ao parto.

Em relação às condições fetais, algumas variáveis encontradas neste estudo mostraram que a principal causa de danos ao períneo é a macrossomia fetal. Durante o acompanhamento pré-natal o profissional assistente, através das ultrassonografias realizadas, principalmente, no 3º trimestre, terá condições de chegar a esse diagnóstico. Em relação ao tempo de gestação, observou-se que, corroborando com a literatura mundial, quanto maior a idade gestacional, maiores foram as incidências de lacerações e não há como alterar esse parâmetro, visto que quanto mais próximo do termo da gestação, melhores são os resultados neonatais.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo identificou as variáveis associadas à laceração perineal durante a assistência ao parto como o “maior peso do RN”, “maior idade gestacional”, “uso da ocitocina” e “adoção das posições verticais”. As variáveis “maior paridade” e “uso da episiotomia” estiveram associadas à proteção da laceração, divergindo do que foi encontrado na literatura mundial.

Não há consenso na literatura mundial em relação às melhores posições de parir, pois uns defendem as posições verticalizadas e outros defendem as posições horizontalizadas. Desta forma, cabe ao profissional decidir junto à gestante e respeitando a sua vontade durante a escolha da posição de parto.

Nesse sentido, cabe aos profissionais que prestam assistência à mulher durante a gestação, parto e nascimento utilizar estratégias viáveis com vistas à redução da laceração perineal, tais como: estar sempre atualizado nas boas práticas obstétricas, seguir as normas e rotinas dos órgãos reguladores das boas práticas médicas, cursos de capacitação profissional e, durante todo o pré-natal, fazer o acompanhamento multiprofissional com enfermeiros, médicos, nutricionista, fisioterapeuta e educador físico para que a gestante possa receber informações e orientações de maneira clara e precisa e a partir destas informações, junto com o profissional assistente, realizar as escolhas adequadas para o bom desenvolvimento do ciclo gravídico-puerperal, reduzindo assim os agravos na região perineal.

## REFERÊNCIAS

- 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**, Fortaleza, v. 59, n. 1, p. 39-43, jan./mar. 2019.
- BARACHO, S. M. *et al.* Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.l.], v. 9, n. 4, p. 409-414, dez. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292009000400004>. Acesso em: 11 jan. 2009.
- BOMFIM-HYPPÓLITO, S. Influence of the position of the mother at delivery over some maternal and neonatal outcomes. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, [s.l.], v. 63, 1 ed., p. S67-S73, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569/2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.351/2011**. Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº 466/2012**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. **Resolução CFM nº 2.217**, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.
- COLACIOPPO, P, M. *et al.* Avaliação do viés de classificação da laceração perineal no parto normal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 61-66, 2011.
- CONITEC. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf). Acesso em: 22 fev. 2020.
- CÔRTEZ, C. T. *et al.* Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 26, e. 2988, p. 1-11, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt\\_0104-1169-rlae-26-e2988.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e2988.pdf). Acesso em: 25 fev. 2020.
- DANIEL, W. W. **Biostatistics**: a foundation for analyses in the health sciences. 9. ed. Singapore: John Wiley & Sons, 2009.

FEBRASGO. **Recomendações Febrasgo parte II: Episiotomia.** [s.l.], 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/715-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-episiotomia>. Acesso em: 2 mar. 2020.

FERREIRA-COUTO, C. M.; FERNANDES-CARNEIRO, M. N. Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. **Enfermería Global**, [s.l.], v. 16, n. 47, p. 539-551, jul. 2017. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/1695-6141-eg-16-47-00539.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2020.

FERREIRA-COUTO, C. M.; FERNANDES-CARNEIRO, M. N. Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. **Enfermería Global**, [s.l.], n. 47, p. 552-563, 2017.

FRANCISCO, A. A. *et al.* Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 94-100, 2011.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 347-55, 2008.

FONSECA, E. S. V. B. **Manual de Perinatologia.** São Paulo: FEBRASGO, 2013.

GOTTVALL, K.; ALLEBECK, P.; EKEUS, C. Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], v. 114, n. 10, p. 1266-1272, 2007.

HERCULANO, T. B. *et al.* Doulas como gatilho de tensões entre modelos de assistência obstétrica: o olhar dos profissionais envolvidos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 702-713, jul/set. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TrQLxHxwXFBXb49MfXc94pH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 5 fev. 2020.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M.; RODRÍGUEZ-BORREGO, M. A. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 24, p.1-8, 25 jul. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0765.2744>. Acesso em: 8 fev. 2020.

JONG, P. R. *et al.* Randomized trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], v. 104, n. 5, p. 567-571, 1997.

KROETZ, D, C; SANTOS, M, D. Benefícios do método de pilates nas alterações musculoesqueléticas decorrentes do período gestacional. **Revista visão Universitária**, [s.l.] v.3, n. 1, p.72-89, 2015.

MENTA, S; SCHIRMER, J. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 28, n. 9, p. 523-529, 2006.

MEYVIS, I. *et al.* Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births. **Birth**, [s.l.], v. 39, n. 2, p. 115-120, 2012.

NASIR, A.; KOREJO, R.; NOORANI, K. J. Childbirth in squatting position. **Journal-Pakistan Medical Association**, [s.l.], v. 57, n. 1, p. 19-22, 2007.

NOLASCO, J. *et al.* Atuação da cinesioterapia no fortalecimento muscular do assoalho pélvico feminino: revisão bibliográfica. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, Buenos Aires, ano 12, n. 117, fev. 2008.

OLIVEIRA, L. B.; MATTOS, D. V.; MATÃO, M. E. L. Laceração perineal associada ao uso de ocitocina exógena. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, n. 11, v. 6, p.2273-2278, jun. 2017.

PHILLIPS, C.; MONGA, A. Childbirth and the pelvic floor: “the gynecological consequences”. **Reviews in Gynecological Practice**, [s.l.], v. 5, n. 1, p.15-22, mar. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rigp.2004.09.002>. Acesso em: 23 mar. 2020.

RAGNAR, I. *et al.* Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions: a randomized controlled trial. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], v. 113, n. 2, p. 165-170, 2006.

RIBEIRO, S. P.; COSTA, R. B.; DIAS, C. P. Macrossomia Neonatal: Fatores de Risco e Complicações Pós-parto. **Nascer e Crescer**, [s.l.], v. 26, n.1, p.21-30, 2017.

ROCHA, B. D. D. *et al.* Upright positions in childbirth and the prevention of perineal lacerations: a systematic review and meta-analysis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 54, p. e03610-e03610, 2020.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2013.

SAMPIERE, H. R.; COLLADO, F. C.; LUCIO, B. P. M. **Metodologia de Pesquisa**. 5 ed. Rio de Janeiro: Editora McGraw Hill, 2013.

SANTOS, J. O. *et al.* Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 12, n. 4, p.658-663, dez. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452008000400008>. Acesso em: 24 jan. 2020.

SANTOS, R. C. S.; RIESCO, M. L. G. Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. [s.l.], v. 37, n. spe, p. 1-11, abr. 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000500410&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500410&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 29 fev. 2020.

SCARABOTTO, L. B.; RIESCO, M. L. G. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 389-395, 2006.

SCHOLZ, H. S. *et al.* Spontaneous vaginal delivery in the birth-chair versus in the conventional dorsal position: a matched controlled comparison. **PUBMED**, [s.l.], v. 113, n. 17-18, p. 695-697, 2001.

SES-MG. **Protocolo Clínico de atendimento multidisciplinar à gestante em trabalho de parto da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.** Minas gerais, fev. 2011.

SOBIERAY, N, L. E. C; SOUZA, B, M. Prevalência de episiotomia e complicações perineais quando da sua realização ou não em uma maternidade de baixo risco do complexo HC/UFPR. **Arquivos médicos dos hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 93-99, mai./ago. 2019.

SOUSA, J. L. *et al.* Lacerações perineais no parto normal: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health**, [s.l.], v. 2178, p. 2091,2018.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística.** 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

ZUGAIB, M. **Zugaib obstetrícia básica.** 2. ed. São Paulo: Manole, 2015.

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Categorização das variáveis para planilha de análise dos dados

1. Cesárea anterior: ( ) não ( ) sim
2. Ocitocina: ( ) não ( ) sim
3. Misoprostol: ( ) não ( ) sim
4. Episiotomia: ( ) não ( ) sim
5. Distocia: ( ) não ( ) sim
6. *Fórceps*: ( ) não ( ) sim
7. Laceração grau 0: ( ) não ( ) sim
8. Laceração graus 1, 2 e 3: ( ) não ( ) sim
9. Posição de parto: semissentada, sentada, cócoras e em pé (vertical)  
Posição ginecológica, litotômica, quatro apoios e deitada (horizontal)
9. Paridade (nº de partos):
10. Idade (anos):
11. Idade gestacional (semanas):
12. Peso do RN (gramas):



## APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

### MODELO TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Declaro que conheço e cumprirei as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012 e suas Complementares em todas as fases da pesquisa intitulada "Proposta de Tecnologia Leve para a Atenção Básica com vistas a redução da Laceração perineal durante o Parto Vaginal".

Comprometo-me submeter o protocolo à Plataforma Brasil, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento do mesmo, antes de iniciar a pesquisa, a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo, e que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não e que será enviado o Relatório Final pela Plataforma Brasil, Via Notificação ao Comitê de Ética em Pesquisa Facene/Famene até 20/12/2020, como previsto no cronograma.

Em caso de alteração do conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, objetivos, título, etc) comprometo comunicar o ocorrido em tempo real, através da Plataforma Brasil, via Emenda.

Declaro encaminhar os resultados da pesquisa para publicação em eventos ou periódicos relacionados à temática, com os devidos créditos aos pesquisadores integrante do projeto, como também, os resultados do estudo serão divulgados no Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho, no município de João Pessoa-PB, como preconiza a Resolução 466/2012 MS/CNS e a Norma Operacional No 001/2013 MS/CNS.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida Resolução.

João Pessoa, 19 de junho de 2020.



\_\_\_\_\_

## ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA PARA USO DE DADOS



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
DIRETORIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR GENERAL EDSON RAMALH  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

### TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins de direito que estamos de acordo com a execução da pesquisa intitulada **“Proposta de tecnologia leve para a atenção básica com vistas à redução da laceração perineal durante o parto vaginal”** que será realizada pelo pesquisador **Renato José Santos** vinculado ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, nível mestrado, da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE), o qual terá apoio do **Hospital e Maternidade da Polícia Militar General Edson Ramalho**, inscrito no CNPJ nº 10.848.190/0001-55.

Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição coparticipante deste projeto de pesquisa e de seu compromisso em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir os requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas Complementares, bem como no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados.

João Pessoa, 16 de junho de 2020.

AGRIPINO JOAQUIM DE MELO E SILVA <sup>D<sup>o</sup>CEL BM</sup>  
Diretor Técnico do HPMGER

CNPJ – 10.848.190/0001-55

Rua Eugênio de Lacerda Neiva, S/N – Jardim Treze de Maio – CEP.: 58025-020  
João Pessoa – PB  
Fone (083) 3214-7150  
hospmger@gmail.com

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA DE ENFERMAGEM  
NOVA ESPERANÇA LTDA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PROPOSTA DE TECNOLOGIA LEVE PARA A ATENÇÃO BÁSICA COM VISTAS A REDUÇÃO DA LACERAÇÃO PERINEAL DURANTE O PARTO VAGINAL

**Pesquisador:** RENATO JOSE SANTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 33836920.5.0000.5179

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança/FACENE/PB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.288.964

#### Apresentação do Projeto:

Protocolo N 243/2020, 6ª reunião ordinária, 13 de agosto de 2020. Protocolos em segunda versão após correções de pendências do parecer anterior. A pesquisa tem como objetivo propor uma tecnologia leve para a atenção básica para reduzir a laceração perineal durante o parto vaginal. Trata-se de um estudo metodológico que será desenvolvido em duas etapas, na primeira será realizado um estudo de campo de caráter descritivo e

analítico utilizando como fonte de dados os registros da maternidade de um serviço público de saúde de João Pessoa, no intuito de identificar quais das variáveis (paridade, faixa etária, idade gestacional, peso fetal, indução do parto, realização ou não de episiotomia, grau de laceração e a posição de parir) estão fatores relacionados as lacerações. Na coleta dos dados serão incluídas as pacientes que tiveram laceração perineal, e excluídas as que não tiveram laceração, no período de agosto de 2018 a agosto de 2020. A segunda etapa trata-se da construção de uma proposta de tecnologia para a atenção básica, a partir dos achados da primeira etapa com vistas a elaborar estratégias a serem implementadas durante o pré-natal, que tragam resultados positivos durante a assistência ao parto, esta etapa contará com a validação da tecnologia criada por juízes especialistas na área.

As pendências foram corrigidas e o projeto encontra-se apto para aprovação.

ESCOLA DE ENFERMAGEM  
NOVA ESPERANÇA LTDA



Continuação do Parecer: 4.288.964

**Objetivo da Pesquisa:**

Os objetivos apresentados estão expressando relação com o instrumento que norteará a pesquisa.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A avaliação dos riscos e benefícios apresentados estão coerentes com a Resolução 466/2012 CNS, Item V "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ter os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. No item II.4 - benefícios da pesquisa - proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto se apresenta bem estruturado e coerente cientificamente, mostrando relevância para a pesquisa sobre a importância de qualificar a assistência integral à gestante durante o pré-natal, o parto e período puerperal realizado na rede de atenção saúde. A pesquisador responsável atendeu as solicitações de alteração apontadas no Parecer Consubstanciado número: 4.212.347.

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

O pesquisador responsável submeteu todos os documentos/termos de apresentação obrigatórios.

**Recomendações:**

Sugiro novamente:

- Rever o português de acordo com as regras gramaticais vigentes, inclusive com o Novo Acordo Ortográfico Brasileiro.
- Corrigir os desfechos secundários informando como pretende encaminhar os resultados da pesquisa para publicação.
- Sugiro retirar o objetivo específico que se apresenta repetido, isto é, igual ao objetivo geral.
- Sugiro corrigir o cronograma tendo em vista que a análise pelo CEP ocorrerá no mês de outubro. As coletas e todos os outros procedimentos não podem ocorrer antes da aprovação.

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

Considerando que o pesquisador responsável atendeu às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado número: 4.212.347, protocolo aprovado. Nesse sentido Protocolo Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Avallamos, assim, o protocolo aprovado e sua execução ficará condicionada à emissão de Certidão Provisória por este CEP.

Continuação do Parecer: 4.288.064

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	CERTIDAO_PROVISORIA_Renato.pdf	21/09/2020 08:44:05	Yasmim Regis Formiga de Sousa	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1437865.pdf	11/09/2020 17:57:51		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NOVO_TCLE_RENATO.docx	11/09/2020 17:56:03	YANA BALDUINO DE ARAUJO	Aceito
Brochura Pesquisa	Renato_projeto_CEP_corrigido.docx	11/09/2020 17:55:49	YANA BALDUINO DE ARAUJO	Aceito
Outros	cartarespostaaocep02.pdf	11/09/2020 17:53:55	YANA BALDUINO DE ARAUJO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso_Renato.jpg	19/06/2020 18:21:30	YANA BALDUINO DE ARAUJO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Renato_projeto_CEP.docx	19/06/2020 18:19:04	YANA BALDUINO DE ARAUJO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cessao_de_dados_edson_ramalho.pdf	18/06/2020 23:56:24	YANA BALDUINO DE ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_renato.docx	16/06/2020 09:59:56	YANA BALDUINO DE ARAUJO	Aceito
Folha de Rosto	SCN_0063.pdf	16/06/2020 09:48:07	YANA BALDUINO DE ARAUJO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JOAO PESSOA, 21 de Setembro de 2020

Assinado por:  
Yasmim Regis Formiga de Sousa  
(Coordenador(a))



## ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO IES



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: PROPOSTA DE TECNOLOGIA LEVE PARA A ATENÇÃO BÁSICA COM VISTAS A REDUÇÃO DA LACERAÇÃO PERINEAL DURANTE O PARTO VAGINAL			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 1500			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: RENATO JOSE SANTOS			
6. CPF: 874.162.047-04	7. Endereço (Rua, n.º): ALMIRANTE TAMANDARÉ TAMRAU 908/203 JOÃO PESSOA PARAIBA 58038010		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 83991222034	10. Outro Telefone:	11. Email: r.js@uol.com.br
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>08, 12, 2020</u>		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança/FACENE/PB	13. CNPJ: 02.948.141/0002-61	14. Unidade/Orgão:	
15. Telefone: (83) 3513-9432	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>JOSE ALESSANDRO B. BRITO</u>	CPF: <u>046653194-05</u>		
Cargo/Função: <u>ADMINISTRATIVO</u>	Faculdades Nova Esperança <u>JOSE ALESSANDRO BORBORONE BRIT</u> Administrativo Assinatura		
Data: <u>21, 05, 2020</u>			
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			