

Prevalência e fatores associados à percepção da laceração perineal: estudo transversal com dados do Inquérito Nascer no Brasil, 2011 e 2012

Luciana Mamede¹, Daniele Marano², Marcos Augusto Bastos Dias²,
Paulo Roberto Borges de Souza Junior³

¹Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Programa de Pós Graduação Em Saúde da Mulher e da Criança. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

²Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

³Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

RESUMO

Objetivo: Descrever a prevalência da laceração perineal segundo a percepção autorrelatada da puérpera, e analisar os fatores associados à sua ocorrência no Brasil. **Métodos:** Estudo transversal conduzido em 23.894 puérperas, excluindo-se gestações gemelares, cesarianas e partos com episiotomias entre 2011 e 2012. Razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}) da associação entre o evento e as características maternas, feto/recém-nato, obstétricas e manejo clínico foram estimadas em modelos de regressão de Poisson hierarquizados. **Resultados:** Entre 4.606 puérperas, 49,5% (IC_{95%} 46,1;42,9) autorrelataram laceração perineal. Ser adolescente (RP = 1,12; IC_{95%} 1,02;1,25), primípara (RP = 1,47; IC_{95%} 1,33;1,63), ter tido ganho de peso gestacional excessivo (RP = 1,17; IC_{95%} 1,07;1,29) e ter sido submetida à manobra de Kristeller (RP = 1,18; IC_{95%} 1,08;1,29) elevaram a proporção do desfecho. **Conclusão:** Os resultados encontrados demandam atenção pré-natal e adequações na assistência ao parto conforme recomendações vigentes.

Palavras-chave: Períneo; Ruptura Espontânea; Parto Normal; Distúrbios do Assoalho Pélvico; Saúde Materna; Estudos Transversais.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em 2018, o documento “Recomendações de cuidados intraparto para uma experiência positiva de parto”, contemplando a prevenção e redução do trauma perineal, relevantes no período intraparto.¹

O trauma perineal é uma lesão ocorrida no períneo, durante o parto vaginal, podendo comprometer outras estruturas anatômicas do assoalho pélvico (AP). Pode ser produzido por laceração perineal, representando ruptura espontânea do tecido durante a passagem do polo cefálico do recém-nato e/ou por episiotomia, incisão cirúrgica praticada pelo profissional, durante parto vaginal.² O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) considera que a frequência esperada inerente a algum grau de laceração no parto vaginal varia de 53% a 73%.²

As lacerações perineais são classificadas em graus I, II, III ou IV, e ainda que os graus III e IV sejam menos prevalentes, podem comprometer mais o plano tecidual, estruturas e funções do assoalho pélvico. Podem desencadear disfunções sexuais (dor crônica e dispareunia), ginecológicas (desconfortos ao exame ginecológico), urinárias (incontinência urinária), coloproctológicas e prolapso de órgãos pélvicos, demandando assistência terapêutica multiprofissional.^{3,4}

As lacerações perineais são multifatoriais, destacando-se sua associação com características maternas (idade entre 27 e 30 anos, primiparidade e idade gestacional \geq 42 semanas), relacionadas ao feto/recém-nato (perímetro cefálico $>$ 35 cm),⁴ obstétricas e relativas às condutas e intervenções da equipe obstétrica durante o trabalho de parto (segunda etapa do trabalho de parto com duração superior a duas horas, parto vaginal instrumental, uso de ocitocina e indução do trabalho de parto).^{1,4} Em relação aos graus III e IV, o ACOG considera como principais fatores associados ao desfecho

Contribuições do estudo

Principais resultados

A prevalência de laceração perineal autorrelatada foi de 49,5%. Faixa etária da adolescência, primiparidade, peso gestacional excessivo e manobra de Kristeller foram fatores de risco associados ao evento.

Implicações para os serviços

O estudo sobre a prevalência autorrelatada da laceração perineal subsidia novas práticas assistenciais, ressalta a prevenção de fatores de risco considerados modificáveis e ratifica a necessidade de seguir as normativas vigentes.

Perspectivas

São necessários novos estudos nacionais comparando a prevalência da laceração perineal autorrelatada e registrada nos prontuários médicos a fim de subsidiar práticas assistenciais e políticas públicas obstétricas.

o peso do recém-nato acima de 4 kg, distúrcia do ombro, variedade de posição fetal occipito-posterior, mulheres de etnia asiática, primiparidade, período expulsivo prolongado e parto instrumental associado ou não à episiotomia.²

Na literatura dados sobre prevalência da laceração perineal são divergentes,² ademais, artigos que analisem conjuntamente os fatores associados e a prevalência com abrangência brasileira não foram encontrados. Portanto, o presente estudo teve como objetivo descrever a prevalência da laceração perineal baseada na percepção autorrelatada da puérpera e analisar os fatores associados à sua ocorrência no Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal utilizando dados do inquérito nacional intitulado “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento, coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), realizado entre 2011 e 2012, e

organizado em três estágios. No primeiro, foram selecionados 266 hospitais, públicos, privados ou mistos, com 500 ou mais nascimentos/ano nas macrorregiões do Brasil, capital e interior. No segundo estágio, foram calculados sete dias para se obter amostra de 90 puérperas por hospital. Por fim, no terceiro estágio, as puérperas foram selecionadas até a obtenção da amostra final de 23.894 puérperas. Outros detalhes sobre a pesquisa são encontrados no estudo de Leal et al.⁵ Foram elegíveis mulheres que deram à luz a recém-nascido vivo, ou natimorto com peso ≥ 500 g e/ou idade gestacional ≥ 22 semanas de gestação, excluindo-se aquelas com transtorno mental grave, surdas ou estrangeiras sem compreensão da língua portuguesa.⁵

Os critérios de exclusão do presente estudo foram ter tido parto cesáreo, gemelaridade, ter registro de episiotomia no prontuário, autorrelato de realização ou suspeita de episiotomia e/ou ser amarela ou indígena. Os dados analisados foram obtidos nos prontuários, questionários e/ou cartões de pré-natal das mulheres. A variável dependente foi a percepção autorrelatada pela mulher acerca da laceração perineal, obtida através da seguinte pergunta do questionário aplicado à mulher:

Você sabe como estava seu períneo (vagina) após o parto? Havia as seguintes opções de respostas: não rompeu, não cortou e não deu pontos; ele se rompeu um pouco, mas não precisou de pontos; não levei pontos, mas não sei se rompeu; ele se rompeu e deu pontos; eles cortaram e deram pontos; tomei pontos, mas não sei se rompeu ou se o médico cortou; ela não sabia informar. Mulheres que relataram as respostas “ele se rompeu um pouco, mas não precisou de pontos” e “ele se rompeu e deu pontos” foram classificadas com laceração perineal segundo sua percepção. As demais foram classificadas sem laceração perineal segundo sua percepção, e a resposta “tomei pontos, mas não sei se rompeu ou se o médico cortou” não foi considerada positiva para laceração pela possibilidade de incluir mulheres que sofreram episiotomia, critério de exclusão no presente estudo.

Quanto às variáveis independentes, foram consideradas: características sociodemográficas maternas, do feto/recém-nato, obstétricas e as condutas e intervenções da equipe obstétrica durante o trabalho de parto, organizadas em níveis hierárquicos distal, intermediário e proximal (Figura 1).

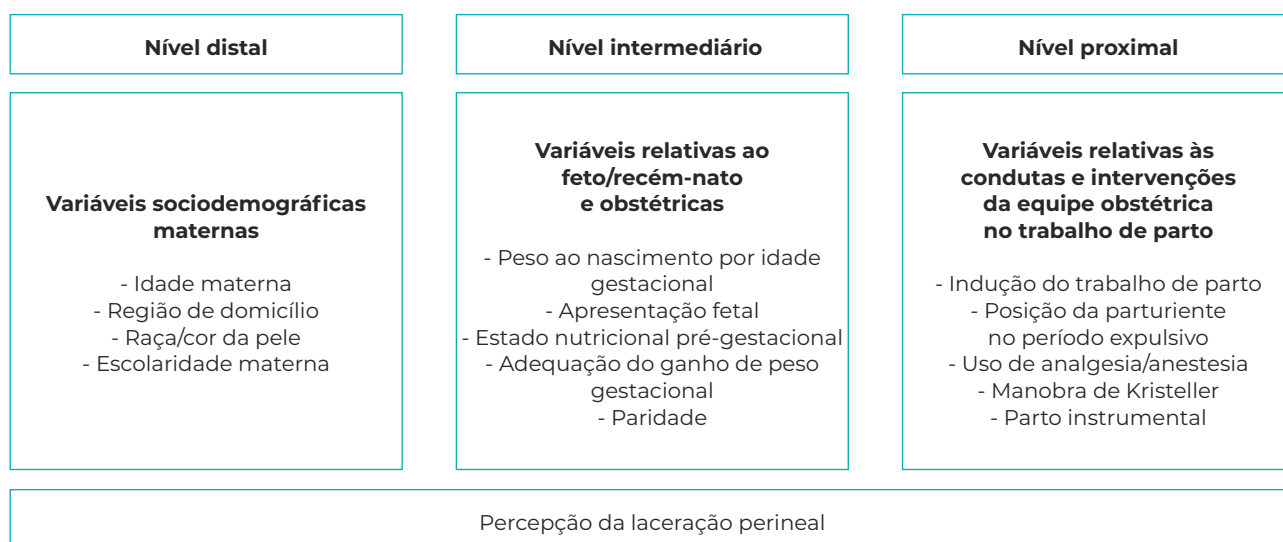


Figura 1 – Modelo teórico conceitual dos fatores preditores da laceração perineal

No nível distal, foram incluídos os aspectos sociodemográficos maternos obtidos no questionário da puérpera: faixa etária materna em anos (12-19; \geq 20-34; \geq 35); região do domicílio (Norte; Nordeste; Sudeste; Sul; Centro-Oeste); raça/cor da pele (branca; preta; parda; amarela; indígena); escolaridade (ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; ensino superior completo e mais). Devido ao pequeno tamanho da amostra referente à raça/cor da pele amarela e indígena, decidiu-se excluir esse grupo das análises.

No nível intermediário, o peso ao nascer para a idade gestacional foi classificado com base no International Fetal and Newborn Growth Consortium for the 21st Century (INTERGROWTH-21st), sendo o recém-nascido (RN) pequeno para a idade gestacional (PIG) abaixo do percentil 10, adequado para a idade gestacional (AIG), entre o percentil 10 e 90, e grande para a idade gestacional (GIG) acima do percentil 90.⁶ A apresentação fetal foi categorizada em cefálica, pélvica, córmica.⁵ Esses dados foram coletados no prontuário médico.

Quanto às características obstétricas, foram considerados estado nutricional pré-gestacional (baixo peso: $< 18,5 \text{ kg/m}^2$; eutróficas: $\geq 18,5$ a $\leq 24,9 \text{ kg/m}^2$; sobrepeso: ≥ 25 a $\leq 29,9 \text{ kg/m}^2$; obesas: $\geq 30 \text{ kg/m}^2$),⁷ adequação do ganho de peso gestacional (insuficiente; adequado; excessivo) e paridade (primípara; múltipara). Para o cálculo da adequação do ganho de peso gestacional, considerou-se o peso ao final da gestação ou o peso da última consulta, subtraído pelo peso pré-gestacional, ambos autorreferidos ou coletados no cartão de pré-natal, com adequação corrigida para a idade gestacional.⁵

No nível proximal, foram consideradas variáveis relacionadas à condução e intervenção da equipe obstétrica no trabalho de parto: indução do 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 (fór-

ceps/extrator a vácuo: não; sim). Esses dados foram coletados do prontuário médico.

As variáveis foram organizadas em modelo teórico conceitual por nível de proximidade com o desfecho, incluindo fatores preditivos de laceração perineal baseados nos critérios do ACOG e de Tavares et al.^{2,4}

Os dados foram digitados no programa REDCap da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e analisados no *software* Stata 13. As razões de prevalência foram estimadas pelo ajuste de modelos de regressão de Poisson. Além do modelo de análise para cada covariável do estudo, foram mantidas no modelo final ajustado as covariáveis dos três níveis que foram significativas (p -valor $< 0,05$). As análises foram realizadas no módulo *survey* do Stata por se tratar de dados obtidos por amostragem complexa.

O estudo principal foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz (Parecer nº 92/10; Certificado de Apresentação para Apreciação Ética CAAE: 0096.0.031.000-10), em consonância com o termo de consentimento livre e esclarecido. 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, conforme preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Do total de mulheres que participaram do estudo maior (23.894), foram excluídas 19.288 puérperas, pelas seguintes razões: 12.409 mulheres de partos cesáreos, 43 com gestações gemelares, 5.683 com registro de episiotomia no prontuário, 1.063 com autorrelato ou suspeita de realização da episiotomia e 90 mulheres amarelas ou indígenas (Figura 2), sendo a amostra do presente estudo composta por 4.606 puérperas de parto vaginal, com 49,5% (IC_{95%} 46,1;42,9) de laceração perineal autorrelatada.

Das puérperas avaliadas, 71,5% tinham idade entre 20 e 34 anos, 39,7% residiam na região Sudeste, 64,3% eram pardas, 40,3% cursaram o ensino fundamental incompleto.

Em relação às características do feto, 99,0% tinham apresentação cefálica e 79,8% foram classificados como AIG. Sobre as características obstétricas, 73% eram multíparas, 34,7% apresentaram ganho de peso gestacional excessivo. Em relação às condutas e intervenções da equipe obstétrica, 96,4% das puérperas não receberam analgesia/anestesia e 24,3% foram submetidas à manobra de Kristeller (Tabela 1).

Na análise bivariada, as seguintes variáveis do nível distal se associaram ao desfecho: idade materna entre 12 e 19 anos (RP = 1,27; IC_{95%} 1,12;1,43), residir nas regiões Norte (RP = 0,59; IC_{95%} 0,45;0,76), Sul (RP = 0,84; IC_{95%} 0,73;0,97), Nordeste (RP = 0,76; IC_{95%} 0,66;0,88), raça/cor da pele preta (RP = 0,81; IC_{95%} 0,70;0,95), raça/cor da pele parda (RP = 0,83; IC_{95%} 0,76;0,90), escolaridade materna fundamental incompleto (RP = 0,56; IC_{95%} 0,47;0,69) e fundamental completo (RP = 0,78; IC_{95%} 0,65;0,93). No nível intermediário, as variáveis associadas à laceração foram: ter tido recém-nascido PIG (RP = 0,75; IC_{95%} 0,61;0,92), apresentação fetal pélvica (RP = 0,40; IC_{95%} 0,17;0,90), ter tido ganho de peso gestacional insuficiente (RP = 0,89; IC_{95%} 0,80;0,99) e ser primípara (RP =

3,21; IC_{95%} 2,40;4,30). No nível proximal, foram associados: indução do trabalho de parto (RP = 1,13; IC_{95%} 1,02;1,25), uso de analgesia (RP = 1,30; IC_{95%} 1,07;1,58), manobra de Kristeller (RP = 1,22; IC_{95%} 1,10;1,36) e o uso de instrumental fórceps/extrator a vácuo (RP = 0,62; IC_{95%} 0,52;0,75) (Tabela 2).

Na análise multivariada, elevaram a proporção do desfecho: idade materna entre 12 e 19 anos (RP = 1,12; IC_{95%} 1,02;1,25), primiparidade (RP = 1,47; IC_{95%} 1,33;1,63), ganho de peso gestacional excessivo (RP = 1,17; IC_{95%} 1,07;1,29) e manobra de Kristeller (RP = 1,18; IC_{95%} 1,08;1,29). Enquanto residir nas regiões Nordeste (RP = 0,84; IC_{95%} 0,74;0,95) e Norte (RP = 0,65; IC_{95%} 0,52;0,81), ter cursado ensino fundamental incompleto (RP = 0,67; IC_{95%} 0,55;0,83), ter tido recém-nascido PIG (RP = 0,77; IC_{95%} 0,64;0,93) e ter tido ganho de peso gestacional insuficiente (RP = 0,88; IC_{95%} 0,81;0,96) reduziram a proporção do desfecho (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Ser puérpera adolescente e primípara, ter tido ganho de peso gestacional excessivo e ter sofrido manobra de Kristeller no parto estiveram associados à percepção autorrelatada de laceração perineal. Enquanto residir na região Norte ou Nordeste, ter cursado ensino fundamental incompleto, ter tido recém-nato PIG e ganho de peso gestacional insuficiente reduziram a proporção do desfecho.

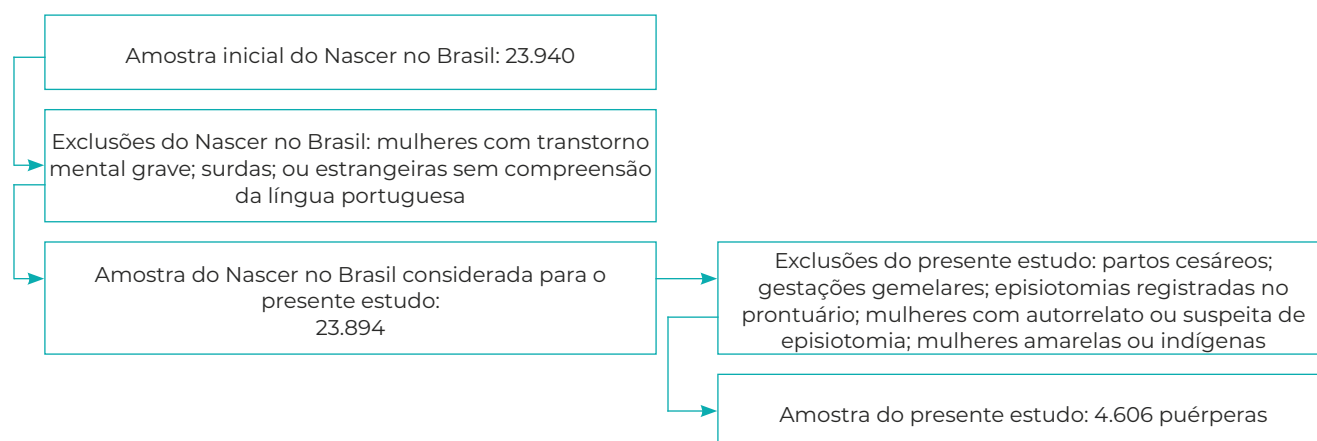


Figura 2 – Fluxograma relativo às exclusões e amostra

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico materno, relativo ao feto/recém-nato, obstétricos e às condutas e intervenções da equipe obstétrica no trabalho de parto, Brasil, 2011-2012

Variáveis	n ^a	%
Idade materna (anos)		
12-19	831	19,0
20-34	3.315	71,5
35 ou mais	459	9,5
Região de domicílio		
Norte	743	12,8
Nordeste	1.538	33,3
Sudeste	1.325	39,7
Sul	681	9,7
Centro-Oeste	319	4,6
Raça/cor da pele		
Branca	1.112	24,7
Preta	478	11,0
Parda	3.014	64,3
Escolaridade materna		
Ensino fundamental incompleto	1.967	40,3
Ensino fundamental completo/médio incompleto	1.265	29,2
Ensino médio completo	1.268	28,6
Ensino superior completo e mais	106	1,9
Peso ao nascimento por idade gestacional		
Pequeno para a idade gestacional	367	7,9
Adequado para a idade gestacional	3.606	79,8
Grande para a idade gestacional	619	12,3
Apresentação fetal		
Cefálica	4.121	99,0
Pélvica	39	1,1
Adequação do ganho de peso gestacional		
Insuficiente	1.538	32,6
Adequado	1.490	32,7
Excessivo	1.578	34,7
Estado nutricional pré-gestacional		
Baixo peso	428	9,1
Eutrófica	2.780	61,2
Sobrepeso	1.028	22,1
Obesidade	370	7,6
Paridade		
Primípara	1.108	27,1
Múltipara	3.498	73,0
Indução do trabalho de parto		
Não	3.989	85,4
Sim	617	14,6
Posição da parturiente no período expulsivo		
Horizontal	4.782	89,3
Vertical	575	10,7
Uso de analgesia/anestesia		
Não	4.374	96,4
Sim	163	3,6
Manobra de Kristeller		
Não	3.411	75,7
Sim	1.195	24,3
Parto instrumental		
Não	4.551	99,0
Sim	55	1,0

a) n: Tamanho da amostra não ponderada.

Tabela 2 – Análise bivariada dos fatores sociodemográficos maternos, relativos ao feto/recém-nato, obstétricas e às condutas e intervenções da equipe obstétrica no trabalho de parto, Brasil, 2011-2012

Variáveis	Laceração perineal		RP ^a	IC _{95%} ^b
	Não n (%)	Sim n (%)		
Nível distal				
Idade materna				
12-19	407 (15,0)	615 (23,3)	1,27	1,12;1,43
20-34	2.009 (74,0)	1.815 (68,7)	1,00	— ^c
35 ou mais	298 (11,0)	210 (8,0)	0,87	0,75;1,01
Região de domicílio				
Norte	456 (16,8)	236 (8,9)	0,59	0,45;0,76
Nordeste	968 (36,3)	791 (30,0)	0,76	0,66;0,88
Sudeste	897 (33,0)	1.226 (48,5)	1,00	— ^c
Sul	268 (9,9)	255 (9,7)	0,84	0,73;0,97
Centro-Oeste	111 (4,1)	131 (5,0)	0,93	0,78;1,10
Raça/cor da pele				
Branca	563 (20,7)	734 (27,8)	1,00	— ^c
Preta	311 (11,4)	268 (10,2)	0,81	0,70;0,95
Parda	1.784 (65,7)	1.598 (60,6)	0,83	0,76;0,90
Escolaridade materna				
Ensino fundamental incompleto	1.341 (49,3)	821 (31,1)	0,56	0,47;0,69
Ensino fundamental completo/médio incompleto	750 (27,6)	817 (30,9)	0,78	0,65;0,93
Ensino médio completo	592 (21,8)	933 (35,3)	0,91	0,76;1,09
Ensino superior completo e mais	35 (1,3)	69 (2,6)	1,00	— ^c
Nível intermediário				
Peso ao nascimento por idade gestacional				
Pequeno para a idade gestacional	258 (9,5)	160 (6,1)	0,75	0,61;0,92
Adequado para a idade gestacional	2.112 (78,0)	2.159 (81,8)	1,00	— ^c
Grande para a idade gestacional	337 (12,4)	320 (12,1)	0,96	0,83;1,11
Apresentação fetal				
Cefálica	2.430 (98,3)	2.409 (99,6)	1,00	— ^c
Pélvica	42 (1,7)	10 (0,4)	0,40	0,17;0,90
Estado nutricional pré-gestacional				
Baixo peso	230 (8,5)	257 (9,7)	1,03	0,89;1,20
Eutrófico	1.640 (60,3)	1.646 (62,4)	1,00	— ^c
Sobrepeso	630 (23,2)	543 (20,6)	0,91	0,82;1,01
Obesidade	219 (8,0)	194 (7,3)	0,91	0,78;1,07
Adequação do ganho de peso gestacional				
Insuficiente	965 (35,5)	776 (29,4)	0,89	0,80;0,99
Adequado	890 (32,7)	867 (32,8)	1,00	— ^c
Excessivo	863 (31,7)	997 (37,8)	1,20	1,08;1,33
Paridade				
Primípara	448 (16,5)	1.005 (38,1)	3,21	2,40;4,30
Múltipara	2.270 (83,5)	1.635 (61,9)	1,00	— ^c
Nível proximal				
Indução do trabalho de parto				
Não	2.362 (86,9)	2.214 (83,9)	1,00	— ^c
Sim	355 (13,1)	426 (16,1)	1,13	1,02;1,25
Posição da parturiente no período expulsivo				
Horizontal	2.427 (89,3)	2.355 (89,2)	1,00	— ^c
Vertical	290 (10,7)	285 (10,8)	1,10	0,71;1,71
Uso de analgesia/anestesia				
Não	2.604 (97,3)	2.494 (95,3)	1,00	— ^c
Sim	72 (2,7)	122 (4,7)	1,30	1,07;1,58
Manobra de Kristeller				
Não	2.168 (79,8)	1.891 (71,6)	1,00	— ^c
Sim	550 (20,2)	748 (28,4)	1,22	1,10;1,36
Parto instrumental fórceps/extrator a vácuo				
Não	2.705 (99,5)	2.598 (98,4)	1,00	— ^c
Sim	12 (0,5)	41 (1,6)	0,62	0,52;0,75

a) RP: Razão de prevalência; b) IC_{95%}: Intervalo de confiança de 95%; c) traço (—): Informação não aplicável.

Tabela 3 – Análise multivariada dos fatores sociodemográficos maternos, relativos ao feto/recém-nato, obstétricas e às condutas e intervenções da equipe obstétrica no trabalho de parto, Brasil 2011-2012

Variáveis	Modelo 1 Variáveis distais		Modelo 2 Variáveis distais e intermediárias		Modelo 3 Variáveis distais, intermediárias e proximais	
	RP ^a	IC _{95%} ^b	RP ^a	IC _{95%} ^b	RP ^a	IC _{95%} ^b
Idade materna						
12 a 19 anos	1,36	1,22;1,51	1,14	1,02;1,27	1,12	1,02;1,25
20 a 34 anos	1,00	–	1,00	–	1,00	–
35 anos ou mais	0,91	0,79;1,04	0,98	0,84;1,14	1,00	0,86;1,16
Raça/cor da pele						
Branca	1,00	–	1,00	–	1,00	–
Preta	0,90	0,78;1,03	0,89	0,78;1,01	0,89	0,78;1,01
Parda	0,94	0,86;1,02	0,93	0,84;1,03	0,93	0,85;1,03
Região do domicílio						
Norte	0,64	0,51;0,81	0,67	0,54;0,83	0,67	0,52;0,81
Nordeste	0,86	0,75;0,98	0,87	0,77;0,99	0,87	0,74;0,95
Sudeste	1,00	–	1,00	–	1,00	–
Sul	0,87	0,77;0,99	0,89	0,78;1,02	0,90	0,78;1,03
Centro-Oeste	0,96	0,82;1,12	1,03	0,87;1,21	0,99	0,85;1,16
Escolaridade materna						
Fundamental incompleto	0,57	0,47;0,70	0,68	0,56;0,84	0,67	0,55;0,83
Fundamental completo	0,73	0,61;0,88	0,86	0,71;1,05	0,89	0,73;1,09
Médio completo	0,88	0,73;1,07	0,96	0,80;1,16	1,00	0,82;1,22
Superior completo e mais	1,00	–	1,00	–	1,00	–
Peso ao nascer por idade gestacional						
Pequeno para a idade gestacional	–	–	0,76	0,62;0,93	0,77	0,64;0,93
Adequado para a idade gestacional	–	–	1,00	–	1,00	–
Grande para a idade gestacional	–	–	1,13	0,97;1,30	1,11	0,96;1,28
Apresentação fetal						
Cefálica	–	–	1,00	–	1,00	–
Pélvica	–	–	0,50	0,23;1,09	0,50	0,21;1,20
Adequação do ganho de peso gestacional						
Insuficiente	–	–	0,89	0,81;0,97	0,88	0,81;0,96
Adequado	–	–	1,00	–	1,00	–
Excessivo	–	–	1,18	1,07;1,31	1,17	1,07;1,29
Paridade						
Primípara	–	–	1,50	1,36;1,65	1,47	1,33;1,63
Múltipara	–	–	1,00	–	1,00	–
Indução do trabalho de parto						
Não	–	–	–	–	1,00	–
Sim	–	–	–	–	0,94	0,85;1,04
Posição parturiente no período expulsivo						
Horizontal	–	–	–	–	1,00	–
Vertical	–	–	–	–	1,02	0,86;1,21
Uso de analgesia e anestesia						
Não	–	–	–	–	1,00	–
Sim	–	–	–	–	1,02	0,86;1,22
Manobra de Kristeller						
Não	–	–	–	–	1,00	–
Sim	–	–	–	–	1,18	1,08;1,30
Parto instrumental fórceps/extrator a vácuo						
Não	–	–	–	–	1,00	–
Sim	–	–	–	–	1,14	0,93;1,39

a) RP: Razão de prevalência; b) IC_{95%}: Intervalo de confiança de 95%.

Embora a prevalência de laceração perineal encontrada no presente estudo tenha sido diferente da reportada em outros estudos,^{8,9} é semelhante à estimada pelo ACOG.²

Monteiro et al., analisando prontuários de uma coorte de 935 parturientes não submetidas à episiotomia assistidas em hospital universitário em Belo Horizonte, Minas Gerais, entre 2013 e 2014, observaram que 78,2% das mulheres sofreram algum grau de laceração perineal.⁹ Igualmente, análise prospectiva de 222 partos vaginais sem episiotomia na cidade do Recife, Pernambuco, entre 2012 e 2013, constatou uma prevalência de laceração perineal de 79,7%, tendo os autores sugerido que a elevada ocorrência do desfecho poderia estar associada à assistência intervencionista das equipes de saúde, mesmo em contexto humanizado.⁷ Por outro lado, estudo transversal realizado em 3.255 parturientes no Irã,⁸ em 2015, encontrou prevalência de laceração (16%) inferior à encontrada nos estudos nacionais supracitados e às do ACOG.² Os autores ressaltaram a formação profissional como medida para aprimorar a assistência e a melhorar a qualidade de vida para as mulheres.⁸

Em relação ao nível distal (fatores sociodemográficos maternos), a idade materna, região de residência e escolaridade materna estiveram associadas ao desfecho.

A análise mostrou que a proporção de laceração perineal foi 14% maior entre as adolescentes (12 e 19 anos) em relação às mulheres adultas. Esses resultados concordam com resultados de um estudo retrospectivo realizado na Romênia com 1.498 parturientes, das quais 298 adolescentes, entre 2020 e 2021, que observou chance de laceração 89% maior entre as adolescentes quando comparadas às adultas.¹⁰ A maior frequência de laceração perineal durante a adolescência pode ser atribuída à imaturidade do crescimento ósseo pélvico e do desenvolvimento muscular, propiciando redução dos diâmetros internos da pelve e da força muscular do AP, aumentando risco de desfechos adversos no parto, como a laceração perineal.¹¹

Observou-se que residir nas regiões Norte e Nordeste do país esteve associada à menor prevalência de laceração baseada na percepção da puérpera. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em parceria com a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, avaliou a atenção perinatal no Brasil, com base em dados do Ministério da Saúde (MS) de partos realizados entre 2000 e 2017, constatando-se desigualdades na oferta e na qualidade da assistência obstétrica no país.¹² Baseado nesse levantamento, o Unicef concluiu que, embora tenha havido incremento do acesso ao pré-natal na atenção primária e implantação da Rede Cegonha nesse período, houve menor oferta de assistência pré-natal nas regiões Norte e Nordeste, o que aponta para a inadequada organização da atenção obstétrica associada às piores condições de vida nessas regiões.^{12,13}

Contudo, os resultados encontrados, relativos à menor prevalência do evento entre as puérperas residentes nas regiões Norte e Nordeste e entre aquelas com menor nível de escolaridade, devem ser avaliados com cautela, uma vez que esses fatores podem influenciar a percepção sobre cuidado e condição de saúde dessa população.

Ainda que as intervenções obstétricas associadas a dor, medo, tensão e ansiedade possam favorecer a ocorrência de desfechos adversos no parto, esses desfechos podem ser menos percebidos em contextos de vulnerabilidade.¹⁴ Uma metanálise realizada na Etiópia, em 2018, que incluiu 20 estudos e envolveu uma amostra de 13.744 gestantes, estimou o efeito da escolaridade materna sobre o conhecimento e preparação para o parto e a capacidade de tomada de decisão diante de complicações obstétricas, e observou que as gestantes com maior escolaridade apresentavam maior conhecimento e preparação para o processo de trabalho de parto.¹⁴

Segundo a OMS (2018), o nível de escolaridade materna pode favorecer a melhor compreensão e adesão às orientações pré-natais e referentes ao trabalho de parto.¹

Entre as variáveis do nível intermediário (características do feto/recém-nato e obstétricas), a adequação do peso ao nascer à idade gestacional, o ganho de peso gestacional materno e a paridade estiveram associadas à ocorrência da laceração perineal percebida.

Conforme a literatura, a macrosomia (peso do recém-nascido RN ≥ 4.000 g) aumenta a probabilidade de partos distócicos e pode requerer parto instrumental, aumentando o risco de laceração perineal.¹⁵ No presente estudo, parto de RN PIC foi fator protetor para a percepção da laceração perineal. Esses resultados concordam com dados do estudo conduzido na Suécia com 212.101 RN, entre 2006 e 2015, que observou menor chance de lacerações perineais graves entre as mães desses RN.¹⁶ Assim, as medidas biométricas (peso e comprimento) reduzidas justificam parcialmente esses resultados, pois reduzem os desafios mecânicos em relação ao trajeto do canal do parto e períneo.¹⁵⁻¹⁷

Ainda em relação às variáveis do nível intermediário, observou-se maior proporção do desfecho entre as primíparas. Esses resultados concordam com a metanálise conduzida por Wilson e Homer,¹⁸ com 12 estudos publicados entre 2013 e 2018, e amostra de 515.161 puérperas, que evidenciou chance de laceração 3,2 vezes maior entre primíparas quando comparadas às multíparas.¹⁸ Confirmando esses resultados, estudo transversal com dados de prontuários de 421 puérperas com parto vaginal no Ceará, entre 2016 e 2018, constatou maior percentual de lacerações entre primíparas (53,4%) quando comparadas às multíparas (46,6%).¹⁹ O maior risco de laceração perineal entre as primíparas tem sido explicado pelo desconhecimento da parturiente sobre a funcionalidade e autocontrole dos músculos perivaginais durante o parto, associado ao ciclo medo-ansiedade-dor, levando à ativação excessiva dos músculos que ainda não experimentaram elasticidade e distensibilidade em partos anteriores.¹⁷

Além desses fatores, algumas intervenções realizadas pela equipe de saúde, como a restrição da mobilidade e manutenção da parturiente em

posição de litotomia, podem favorecer a ocorrência de lacerações perineais em primíparas.¹⁸

Embora não seja possível evitar a primiparidade, é possível orientar procedimentos, recomendados pela OMS 2018, como realizar massagem perineal a partir da 35ª semana pré-natal, para prevenir lacerações mais graves.¹

Revisão sistemática com metanálise de 50 ensaios clínicos, envolvendo 17.221 gestantes, mostrou que a massagem perineal foi eficaz na preservação do períneo, reduzindo o risco de laceração perineal.²⁰ Destaca-se ainda que a influência das atividades educativas durante o pré-natal pode informar as gestantes e empoderá-las quanto à adoção de diferentes posições no trabalho de parto, reduzindo o risco de intervenções e trauma perineal.²⁰

Em relação às características maternas, o ganho de peso gestacional insuficiente foi fator de proteção para o desfecho, enquanto o ganho de peso excessivo aumentou a prevalência do desfecho. O peso gestacional materno pode ser preditivo de alterações biométricas do feto/recém-nato, que podem resultar em partos distócicos, predispondo à laceração perineal.¹⁵ Ressalta-se que o ganho de peso gestacional excessivo predispõe à macrosomia e consequentemente à laceração perineal.²¹

Estudo retrospectivo de 4.127 partos ocorridos em Milão, Itália, entre 2016 e 2020, observou que puérperas com excesso de ganho de peso gestacional e mães de RN GIG tiveram chance 2,04 vezes maior de lacerações perineais graves quando comparadas às mulheres com ganho de peso insuficiente e RN PIC, recomendando o controle do peso gestacional na redução de desfechos adversos no parto.²¹

Em relação às variáveis do nível proximal, relativas às condutas e intervenções da equipe na assistência ao parto, a manobra de Kristeller foi a única variável estatisticamente associada ao desfecho. Estudo com resultado semelhante, realizado no Peru por Becerra-Chauca e Failoc-Rojas, em 2016, observou, entre 116 partos

com intervenção de manobra de Kristeller, a ocorrência de 32,8% de lacerações perineais.²²

A manobra promove intensa pressão em sentido descendente ao AP, favorecendo a associação com parto instrumental, e consequentemente a laceração perineal.¹

Ressalta-se que já havia recomendação da OMS para extinguir essa manobra e intervenções similares desde 1996,¹ tendo sido essa recomendação incorporada às diretrizes de parto do MS no Brasil em 2017. A manobra de Kristeller foi proscrita nas diretrizes de parto mundiais da OMS em 2018.^{1,23} Todavia, nas diretrizes de parto brasileiras publicadas pelo MS em 2022, não há menção de apoio ou ratificação à proscricção vigente.²⁴

No presente estudo, dados relativos à laceração perineal extraídos dos prontuários médicos apresentaram elevado grau de incompletude, havendo registro desse evento em apenas 25% das parturientes estudadas, uma prevalência bem menor do que a obtida a partir do seu autorrelato. Segundo Correa et al.,²⁵ os dados dos prontuários devem apresentar completude, qualidade e confiabilidade suficiente que permitam representar adequadamente a realidade estudada, contribuindo com o planejamento das estratégias de assistência à saúde e políticas referentes.²⁵

Uma revisão sistemática e metanálise conduzida pela OMS, com 74 estudos de revisão publicados entre 2004 e 2016, e 300 mil partos vaginais, ocorridos em 41 países, verificou as taxas de lacerações em países de baixa e moderada renda, incluindo o Brasil.²⁶ Conforme esse estudo, as taxas de trauma perineal, indicadores de qualidade dos cuidados de saúde, foram superiores a 70% em países de baixa e média renda e sugeriram subnotificação. O estudo concluiu que há heterogeneidade nas práticas assistenciais e profissionais e nas notificações, assim como dificuldades na coleta desses dados nos registros referentes aos partos, resultando em desconhecimento dos parâmetros reais.²⁶

Destaca-se ainda que a maioria dos artigos não avalia a percepção das mulheres sobre intervenções ocorridas no parto. A percepção do usuário permite a avaliação das políticas públicas de saúde e fornece subsídios para sua melhoria.²⁰ Na revisão de metanálise Cochrane de 2016, contemplando 20 estudos selecionados, com dados de 15.181 mulheres com laceração perineal, apenas um estudo avaliou a percepção da usuária.

Existem lacunas relativas à opinião e percepção das mulheres em relação ao trauma perineal, para além da simples investigação sobre satisfação com os desfechos do parto.²⁷ Roper et al. (2020)²⁸ avaliaram e compararam 13 diretrizes sobre trauma perineal e suas recomendações, publicadas entre 2008 e 2019, utilizando o instrumento validado Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) II, e sugeriram que a formulação de diretrizes deve incluir as partes interessadas, como as pessoas afetadas pelo problema, considerando suas opiniões como elementos relevantes no processo.²⁸

Portanto, ainda que o autorrelato não constitua uma fonte acurada de aferição do desfecho, sobretudo nas áreas com menor nível socioeconômico e de escolaridade, a elevada incompletude e subnotificação do evento nos prontuários médicos, encontrada neste estudo, norteou a decisão de utilizar a percepção autorrelatada das parturientes como fonte de informação. Informações sobre outros fatores que poderiam influenciar a estimativa do evento, como o trauma perineal prévio, distocia, perímetro cefálico, não foram coletados no estudo maior e constituem outra limitação deste estudo.

Embora os dados deste estudo tenham sido coletados há mais de uma década, entre 2011 e 2012, são de abrangência nacional e incluíram usuárias de serviços públicos e privados, servindo de base para análises comparativas sobre assistência obstétrica em futuros estudos, como o Nascer no Brasil 2022-2023.

Com base nos resultados encontrados, ratifica-se a necessidade da adoção das recomendações e práticas voltadas à prevenção da laceração perineal na rotina de assistência ao pré-natal e ao parto. Tornam-se necessárias

ações dirigidas à formação, atitudes e aprimoramento das práticas e condutas dos profissionais de saúde e de promoção da assistência interdisciplinar no cuidado humanizado materno.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Mamede L contribuiu com a concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo intelectual, redação do artigo. Marano D contribuiu com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo intelectual, redação do artigo, aprovação final da versão a ser publicada. Dias MAB contribuiu com a interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo intelectual, aprovação final da versão a ser publicada. Junior PRBS contribuiu com a análise estatística dos dados e interpretação dos dados. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declararam não haver conflitos de interesse.

TRABALHO ACADÊMICO ASSOCIADO

Artigo derivado de dissertação de mestrado intitulada *Fatores de risco associados à laceração perineal: uma análise baseada nos dados do Inquérito Nascer no Brasil*, defendida por Luciana Mamede, no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente – Fundação Oswaldo Cruz, em dezembro de 2022.

Correspondência: Luciana Mamede | mamede2010@gmail.com

Recebido em: 11/08/2023 | **Aprovado em:** 04/01/2024

Editora associada: Alberto Madeiro

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2021 Jul 07]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2018;132(3):e87-e102. doi: 10.1097/aog.0000000000002841.
3. Camargo JCS, Varela V, Ferreira FM, Chofakian CBN, Osava RH, Araújo NM, et al. Perineal outcomes and its associated variables of water births versus non-water births: a cross-sectional study. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2019;19(4):777-786. doi: 10.1590/1806-93042019000400003.
4. Tavares NVS, Dantas NPM, Cardoso ACG, Sanches METL, Araújo ST, Moura RS, et al. Factors that influence the occurrence of perineal laceration in birth. *RSD.* 2022;11(4):e33111425245. doi: 10.33448/rsd-v11i4.25245.
5. Leal MC, Silva AAM, Dias MAB, Gama SGN, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health.* 2012;9:15. doi: 10.1186/1742-4755-9-15.
6. Villar J, Ismail LC, Victora CG, Ohuma EO, Bertino E, Altman DG, et al. International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex; the Newborn Cross-Sectional Study for the INTERGROWTH-21st Project. *Lancet.* 2014;384(9946):857-68. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60932-6.
7. 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;32(18):3062-3067. doi: 10.1080/14767058.2018.1457639.
8. Abedzadeh-Kalahroudi M, Talebian A, Sadat Z, Mesdaghinia E. Perineal trauma: incidence and its risk factors. *J Obstet Gynaecol.* 2019;39(2):206-211. doi: 10.1080/01443615.2018.1476473.
9. Monteiro MVC, Pereira GM, Aguiar RA, Azevedo RL, Correia-Junior MD, Reis ZS. Risk factors for severe obstetric perineal lacerations. *Int Urogynecol J.* 2016;27(1):61-7. doi: 10.1007/s00192-015-2795-5.
10. Matei A, Poenaru E, Dimitriu MCT, Zaharia C, Ionescu CA, Navolan D, et al. 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 Oct 31;18(21):11491. doi: 10.3390/ijerph182111491.
11. Ronayne ET. Immature pelvic growth and obesity: a biocultural analysis of risks associated with adolescent pregnancy in the United States. *The Arbutus Review.* 2020. Nov 25;11(2):44-61. doi: 10.18357/tar11220201959.
12. Rattner D. Assistência ao parto e nascimento: uma agenda para o século 21. 1ª edição. Brasília: Unicef: ReHuna, 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/17491/file/assistencia-ao-parto-e-nascimento-uma-agenda-para-o-seculo-21.pdf>.
13. Nunes AD da S, Amador AE, Dantas AP de QM, Azevedo UN de, Barbosa IR. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Promoc Saúde [Internet].* 29 de setembro de 2017.
14. Ketema DB, Leshargie CT, Kibret GD, Assemie MA, Petrucka P, Alebel A. Effects of maternal education on birth preparedness and complication readiness among Ethiopian pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):149. doi: 10.1186/s12884-020-2812-7.
15. Turkmen S, Johansson S, Dahmoun M. Foetal macrosomia and foetal-maternal outcomes at birth. *J Pregnancy.* 2018;2018:4790136. doi: 10.1155/2018/4790136.

16. Vieira MC, Relph S, Persson M, Seed PT, Pasupathy D. Determination of birth-weight centile thresholds associated with adverse perinatal outcomes using population, customised, and Intergrowthcharts: a Swedish population-based cohort study. *Plos Medicine*. 2019;16(9):e1002902. doi: 10.1371/journal.pmed.1002902.
17. Baracho E. *Fisioterapia aplicada à saúde da mulher*. 6a edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.
18. Wilson AN, Homer CSE. Third- and fourth-degree tears: A review of the current evidence for prevention and management. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2020 Apr;60(2):175-182. doi: 10.1111/ajo.13127.
19. Sousa LS, Souto REM, Fernandes BKC, Esteche CMGCE, Damasceno AKC, Melo LPT. Maternal indicators of assisted deliveries in a normal in-hospital delivery center. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2021;15;95(34). doi: 10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.1067.
20. Silva ML, Santos ABPS, Leite LWC, Silva CEC, Oliveira AN, Teixeira AA, et al. The effectiveness of interventions in the prevention of perineal trauma in parturients: a systematic review with meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2023;283:100-111. doi: 10.1016/j.ejogrb.2023.02.008.
21. Ornaghi S, Fumagalli S, Galimberti S, Ornago AM, Brivio V, Lambicchi L, et al. Adverse childbirth and perinatal outcomes among healthy, low-risk pregnant women with abnormal total gestational weight gain. *J Womens Health*. 2023;32(5):521-528. doi: 10.1089/jwh.2022.0278.
22. Becerra-Chauca N, Failoc-Rojas VE. Maniobra Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2019;45(2):e331. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200004.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Versão preliminar. Brasília-DF Ministério da Saúde. 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjE1OQ>.
25. Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos SML. Methods for assessing the completeness of data in health information systems in Brazil: a systematic review. *Cienc Saude Colet*. 2014;19(11):4467-78. doi: 10.1590/1413-812320141911.02822013.
26. Aguiar M, Farley A, Hope L, Amin A, Shah P, Manaseki-Holland S. Birth-related perineal trauma in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Matern Child Health J*. 2019;23(8):1048-1070. doi: 10.1007/s10995-019-02732-5.
27. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinart LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6(6):CD006672. doi: 10.1002/14651858.CD006672.pub3.
28. Roper JC, Amber N, Wan OYK, Sultan AH, Thakar R. Review of available national guidelines for obstetric anal sphincter injury. *Int Urogynecol J*. 2020;31(11):2247-2259. doi: 10.1007/s00192-020-04464-5.