

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica**

**PRINCIPAIS CAUSAS DE TRAUMA PERINEAL NA ASSISTÊNCIA AO  
PARTO VAGINAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE BELO  
HORIZONTE – MINAS GERAIS**

**Maria Lucia Marques**

**Belo Horizonte**  
**2011**

**Maria Lúcia Marques**

**PRINCIPAIS CAUSAS DE TRAUMA PERINEAL NA ASSISTÊNCIA AO  
PARTO VAGINAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE BELO  
HORIZONTE – MINAS GERAIS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientador: Ms. Vivian Mara G. de Azevedo

**Belo Horizonte  
2011**

Maria Lucia Marques

**PRINCIPAIS CAUSAS DE TRAUMA PERINEAL NA ASSISTÊNCIA AO  
PARTO VAGINAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE BELO  
HORIZONTE – MINAS GERAIS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

---

Vivian Mara G de Azevedo (Orientador) – UFMG

---

Corina Costa Guedes ( coordenador) - UFMG

---

Belo Horizonte, 30 de julho de 2011

*“Quando era pequeno, minha alegria era receber uma carta, escrita à mão das mãos do carteiro, hoje, não se falam mais em cartas, mas e-mail. Mudou tanto a forma quanto o nome, não deixemos que mude também a essência.”*

(autor desconhecido)

## RESUMO

Durante o parto normal, a maioria das mulheres se submetem a algum tipo de lesão perineal, causadas por lacerações espontâneas ou como consequência de uma incisão cirúrgica denominada episiotomia. O presente estudo tem como objetivo identificar a frequência de lesões perineais ocorridas durante o parto vaginal e analisar a associação entre trauma perineal com a idade materna, primiparidade, analgesia epidural, posição de parto, uso de ocitocina, uso do fórceps, peso e vitalidade fetal, contribuindo assim para o conhecimento e posteriormente prevenção de fatores relacionados à ocorrência de lacerações perineais no parto. Trata-se de um estudo do tipo descritivo retrospectivo realizado na Maternidade Sofia Feldman BH-MG por meio da análise do banco de dados dessa Instituição, sintetizando dados do CLAP- Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano. A amostra foi composta pelos prontuários de mulheres que realizaram o parto vaginal na Instituição durante o período de abril a julho de 2011. Os resultados mostram que a taxa de episiotomia praticada é de 5,2%, está abaixo que a preconizada pelo Ministério da saúde. O percentual de lacerações espontâneas é de 47,7% sendo a laceração de 1º grau a mais prevalente, com 32,8% dos casos. O percentual de períneo íntegro é de 32,4%. A episiotomia seletiva está acontecendo mesmo nas adolescentes e primíparas e há prevalência de períneo íntegro e laceração de 1º grau. A posição de parto frequentemente utilizada é o decúbito dorsal, vista em 54,2% dos casos e é também a que apresentou índices mais baixos de lesões severas. A posição de cócoras está relacionada a maiores índices de lacerações. A analgesia regional, o uso de ocitocinas e do fórceps aumentam os riscos de lacerações severas. Concluímos em nosso estudo que no serviço analisado há uma frequência baixa de episiotomia, uma prevalência de lacerações espontânea de 1º grau e períneo íntegro, o que indica boas práticas de assistência ao parto.

Palavras-Chaves: Períneo, lesões, parto normal.

## SUMMARY

During a vaginal birth, most women undergo some type of injury perineal lacerations caused by spontaneous or as a consequence of a surgical incision called an episiotomy. The present study aims to identify the frequency of perineal injuries occurring during vaginal birth and examine the association between perineal trauma with maternal age, primiparity, epidural analgesia, birthing position, use of oxytocin, forceps, fetal weight and , thus contributing to the prevention of further knowledge and factors related to the occurrence of perineal lacerations during birth. It is a retrospective descriptive study conducted at the Maternity Hospital Sofia Feldman BH-MG through the analysis of the database in this institution, summarizing data CLAP-Latin American Center for Perinatology and Human Development. The sample was composed of the medical records of women who underwent vaginal delivery at the institution during the period April to July 2011. The results show that the rate of episiotomy is practiced by 5.2%, is below that recommended by the Ministry of Health. The percentage of spontaneous lacerations is 47.7% and a laceration of the high school the most prevalent, with 32.8% of cases. The percentage of intact perineum is 32.4%. The selective episiotomy is really happening and the teenager's first calf and prevalence of perineal laceration and integrate a high school. The birthing position is frequently used supine position, seen in 54.2% of cases and is also the one with lower rates of severe injury. The squatting position is related to higher rates of lacerations. The regional analgesia, the use of oxytocin and forceps increased the risk of severe lacerations. We concluded in our study that the service is considered a low frequency of episiotomy, a prevalence of spontaneous lacerations 1st degree and perineum intact, which indicates good service delivery.

**Key Words:** Perineum, injuries, normal delivery.

## SUMÁRIO

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO.....</b>                  | <b>11</b> |
| <b>2</b> | <b>JUSTIFICATIVA.....</b>               | <b>14</b> |
| <b>3</b> | <b>OBJETIVO .....</b>                   | <b>14</b> |
| <b>4</b> | <b>METODOLOGIA. ....</b>                | <b>15</b> |
| <b>5</b> | <b>RESULTADOS E DISCUSSAO .....</b>     | <b>16</b> |
| 5.1      | Frequência de lacerações.....           | 16        |
| 5.2      | Idade Materna.....                      | 18        |
| 5.3      | Paridade Materna.....                   | 21        |
| 5.4      | Peso do Recem-nascido .....             | 22        |
| 5.5      | Vitalidade do Recem-nascido.....        | 25        |
| 5.6      | Uso de ocitocina .....                  | 26        |
| 5.7      | Posição do Parto .....                  | 28        |
| 5.8      | Uso de analgesia .....                  | 31        |
| 5.9      | Uso de Forceps.....                     | 34        |
| <b>6</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>       | <b>35</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....</b> | <b>38</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Estudos indicam que grande parte das mulheres que passa por um parto normal se submetem a algum tipo de trauma perineal, causado pelas lacerações espontâneas ou cirúrgicas, chamadas de episiotomias, particularmente as primíperas. (SCARABOTTO & RIESCO, 2006; SANTOS *et al.*, 2008; RÚBIO *et al.*, 2011).

“As lacerações espontâneas são classificadas em primeiro grau quando afetam pele e mucosa, segundo grau, quando se estendem até os músculos perineais, ou terceiro grau se atingem o músculo esfíncter do ânus” (SANTOS *et al.*, 2008, 659 p.).

A episiotomia é definida como *“alargamento do períneo, feito de forma cirúrgica, onde além da pele e da mucosa, é feita uma incisão sobre os músculos transversos superficial do períneo e bulbocavernoso”* (CHAVES, 2005; CARVALHO, 2010).

Outros traumas freqüentemente produzidos no parto vaginal estão relacionados ao edema e deformidades na vulva causando dor e limitações à puérpera em suas atividades como andar, sentar e cuidar de seu recém-nascido (RN). Além desses, a equimose e outras morbidades como hematoma e a infecção local podem estar presentes (RIESGO, OLIVEIRA, 2007). Porém o foco desse estudo é o trauma causado pela episiotomia e pelas lacerações espontâneas.

Conforme Beleza (2004) e Araujo & Oliveira (2008) as lacerações perineais de 1° e 2° graus quando comparadas às episiotomias apresentam melhores resultados no que se refere à perda sanguínea, dor, dispareunia, cicatrização e retomada da função muscular. Portanto, conforme as autoras, parecem apresentar menores prejuízos para a saúde materna.

As lacerações de primeiro grau geralmente não necessitam ser suturadas; as de segundo grau são facilmente suturadas sob o uso de anestesia local e, não apresentam muitas complicações para cicatrização, já as lacerações de terceiro grau, podem apresentar conseqüências, como fístula ou incontinência fecal devendo sempre ser suturadas (BRASIL, 2001).

Um estudo realizado no Hospital Magee Womens nos Estados Unidos da America (E.U.A) refere que a realização de episiotomia no primeiro parto aumenta o risco da ocorrência de lacerações espontâneas em partos futuros, podendo acontecer lesões perineais mais graves, de terceiro e quarto graus (ALPERIN, KROHN & PARVIAINEN, 2008).

Uma revisão de ensaios clínicos realizada por CARROLI & BELIZAN(2007), sobre o uso de episiotomia, concluiu que existem vários benefícios quando a intervenção é feita com restrição, diminui-se o risco de lesar o períneo posterior, e conseqüentemente a necessidade de se efetuar a sutura, alterando os resultados de complicações no processo de cicatrização.

Durante várias décadas, a episiotomia foi indicada para todas as mulheres que se submetia ao parto normal, passou a ser recomendada por dois famosos obstetras desde 1918, sem nenhuma comprovação científica, com a justificativa de se evitar danos maternos e fetais, como a redução da mormimortalidade infantil, diminuição da retocele e cistoceli, além do relaxamento da musculatura pélvica(Santos,2004)

No entanto, atualmente, essa conduta vem apresentando mudanças por causa dos resultados das evidências científicas que mostram que a epsiotomia não traz tantos benefícios como se acreditava (Borges,2003)

O processo de mudanças sociais para humanização do parto e nascimento e as evidências científicas, impulsionaram a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1996 a publicar um guia prático para a assistência ao parto normal, no qual preconizou-se o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento (BRASIL, 1996).

Este documento foi traduzido e publicado no Brasil pelo Ministério da Saúde em 2002. Seguindo as mesmas diretrizes, recomenda-se que haja uma razão válida para a interferência no processo natural do parto, pois este deve ser realizado com o mínimo de intervenções possíveis (BRASIL, 2001).

Tais documentos classificaram as práticas comuns na condução do parto normal, e o uso rotineiro da episiotomia, foi classificado como prática freqüentemente utilizada de modo inadequado. No entanto, a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) não é de proibir a episiotomia, mas de restringir seu uso, pois em algumas situações como: sinais de sofrimento fetal,

progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração de terceiro grau, poderá ser necessária (Brasil,2001).

Contudo, mesmo com os protocolos de assistência do Ministério da Saúde recomendando o uso restrito da episiotomia e os estudos revelando que não há base científica para manutenção sistemática dessa prática, seu uso rotineiro continua elevado ( Borges,2003; Rubio, 2005 ; Carroli & Mignini, 2009).

Um estudo revelou que o uso desse procedimento pode variar de 9,7% em países da Europa a 94,2% em outros, como ocorre no Brasil (CARROLI & MIGNINI, 2005).

Entretanto, em alguns lugares, a assistência ao parto vem sofrendo modificações. Com o aparecimento de novos conhecimentos e práticas nas Instituições de Saúde que tem a Humanização como pilar para a assistência, a episiotomia deixou de ser utilizada como rotina e a preocupação centrou-se na prevenção da rotura perineal. Os profissionais estão sendo capacitados para realizar a episiotomia e episiorrafia, porém também são capacitados para avaliar o risco de lacerações perineais, sua intensidade e suas conseqüências, assim como realizar suturas, se necessário (RIESCO *et al.*, 2006).

Com o propósito de reduzir as lesões perineais diversas técnicas têm sido propostas para proteção perineal. A manobra de Ritgen é um processo usado durante a expulsão do pólo cefálico, onde os dedos de uma das mãos apóiam o períneo, enquanto a outra mão faz leve pressão sobre a cabeça do feto para controlar a velocidade de sua saída, tentando evitar os danos perineais. Outras técnicas incluem massagem perineal intraparto, técnica de flexão, uso de compressas mornas e outras tradicionalmente empregadas por parteiras. Não existem estudos de boa qualidade metodológica sobre essas técnicas (AASHEIM *et al.*,2010).

Riesco (2011) considera que os traumas perineais no parto vaginal podem estar relacionados a diversos fatores, como as condições maternas, ao feto e ao parto em si. E argumenta que:

Estes traumas estão relacionados evidentemente com o local do parto e o profissional que assiste, a paridade materna, a altura do períneo, a duração do período expulsivo, a cicatriz perineal anterior, a posição no parto, o uso de ocitocina, os puxos dirigidos, as manobras de proteção perineal e o peso do RN, embora estes fatores não estejam bem estabelecidos (RIESCO, 2011).

Scarabotto (2006) conclue que com uma boa assistência, o que inclui mudança de condutas, como restrição do uso de episiotomia, de ocitocina e da posição horizontal, pode-se prevenir as lesões perineais no parto vaginal.

No presente estudo pretende-se abordar associação do trauma perineal com: idade materna, primiparidade, analgesia, posição de parto, uso de ocitocina, uso de fórceps, peso do recém-nascido e escore de Apgar do quinto minuto. Considerando que conhecer os fatores relacionados à ocorrência de lacerações perineais no parto pode representar uma contribuição para a prevenção desse tipo de trauma e da morbidade que acompanha essa intercorrência.

Esse trabalho tem grande relevância para o contexto da Maternidade em estudo, pois aborda os resultados das ações desenvolvidas pelos profissionais, que podem determinar os traumas perineais.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Sendo o enfermeiro obstetra um profissional que está inserido na assistência direta à mulher em trabalho de parto e parto, muitas de suas ações determinam a ocorrência de lesões perineais. Faz-se necessário dessa maneira avaliar e conhecer os resultados dessas ações para que se esclareça a eficácia das técnicas utilizadas durante o trabalho de parto para a prevenção de roturas perineais, contribuindo assim para uma assistência mais humanizada.

## **3 OBJETIVO**

Assim, esse estudo pretende levantar a frequência de lesões perineais ocorridas durante a assistência ao parto na Maternidade Sofia Feldman e analisar a associação do trauma perineal com: idade materna, primiparidade, analgesia, posição de parto, uso de ocitocina, uso de fórceps, peso do recém-nascido e escore de Apgar do quinto minuto.

#### **4 METODOLOGIA.**

Esse é um estudo retrospectivo e descritivo, realizado na Maternidade Sofia Feldman, Minas Gerais, Brasil, que consiste da análise do banco de dados dessa Instituição, sintetizando dados do CLAP-Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano.

A amostra foi composta pelos prontuários de mulheres que realizaram o parto na Instituição durante o período de abril a julho de 2011. Sendo que os critérios de inclusão foram: gestantes que tenham sido submetidas ao parto vaginal e que tiveram seu relatório do CLAP preenchido.

As variáveis avaliadas foram: realização da episiotomia, idade materna, paridade, analgesia, posição de parto, uso de ocitocina, uso de fórceps, peso do recém-nascido e escore de Apgar do quinto minuto.

O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Sofia Feldman, atendendo assim, a determinação da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado com o parecer nº0008.0.439.000.11

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Ministério da Saúde preconiza que a taxa de episiotomia não deve ultrapassar 10%, essa taxa foi encontrada em ensaio clínico randomizado inglês sem associação com riscos maternos ou neonatais. (Brasil, 2001). No presente estudo esses valores aparecem abaixo que o preconizado.

### 5.1 Frequência de lacerações

Tabela 1 - Distribuição segundo tipo de trauma perineal após o parto em mulheres atendidas na maternidade Sofia Feldman no período de abril a julho de 2011.

|                        | TOTAL DE CASOS | % SOBRE TOTAL DE CASOS | % SOBRE CASOS VALIDOS       |
|------------------------|----------------|------------------------|-----------------------------|
| Sem dados              | 150            | 14,5                   |                             |
| Lacerações espontâneas | 492            | 47,7                   | 55,9                        |
| Episiotomia            | 54             | 5,2                    | 6,1                         |
| Períneo íntegro        | 334            | 32,4                   | 37,9                        |
|                        |                | N casos= <b>1030</b>   | N casos válidos= <b>880</b> |

Tabela 1 – Fonte: Maternidade Sofia Feldman, Belo Horizonte, 2011.

As informações obtidas indicam que 14,5% dos prontuários estavam sem dados sobre lacerações. Dos 1030 casos de parto vaginal ocorridos, 5,2%, são de episiotomia, 47,7% de lacerações espontâneas e 32,4% apresentam períneo íntegro.

Tabela 2 - Distribuição segundo grau de laceração perineal após o parto em mulheres atendidas na maternidade Sofia Feldman no período de abril a julho de 2011.

| Graus de lacerações | TOTAL DE CASOS | % SOBRE TOTAL DE CASOS | % SOBRE CASOS VALIDOS |
|---------------------|----------------|------------------------|-----------------------|
| Sem dados           | 150            | 14,5                   |                       |
| 1º grau             | 338            | 32,8                   | 68,7                  |
| 2º grau             | 146            | 14,2                   | 29,7                  |

|                 |            |                      |                             |
|-----------------|------------|----------------------|-----------------------------|
| 3º grau         | <b>8</b>   | <b>,8</b>            | <b>1,6</b>                  |
| Perineo integro | <b>334</b> | <b>32,4</b>          |                             |
|                 |            | N casos= <b>1030</b> | N casos válidos= <b>492</b> |

Tabela 2 – Fonte: Maternidade Sofia Feldman, Belo Horizonte, 2011.

Observa-se que dos casos de lacerações espontâneas, a laceração que prevalece é a de 1º grau, 32,8%, enquanto que a de 2º grau é de 14,2%, e de 3º grau, 0,8% do total da amostra

Dos 1030 casos de parto vaginal ocorridos, somente 5,2% foram casos de episiotomia, percentual menor que o preconizado, o que pode indicar que o trabalho desenvolvido nessa instituição contempla as medidas propostas pelo Ministério da Saúde( M.S) de humanização do parto, diminuindo o intervencionismo(Brasil, 2001).

Os resultados das taxas de episiotomias encontradas nessa investigação também estão abaixo que a taxa de dois centros de partos extra-hospitalares, localizados em Belo Horizonte e em Juiz de Fora, que apontam, respectivamente, taxas de episiotomia de 15,9% e 24,7%.(Campos,2004; Fernandes, 2006)

No entanto resultados semelhante ao do local da pesquisa foram encontrados em uma casa de parto no Rio de Janeiro *“segundo dados oficiais da direção da Casa de Partos David Capistrano, colhidos através do livro de registros de nascimentos, desde sua inauguração em 8 de março de 2004 até 31 de agosto de 2005, a episiotomia foi realizada em 6,2% dos partos”*.( Progianti, 2006; 10(2): 266-72.).

Podendo-se inferir portanto que os resultados aqui encontrados estão abaixo que o da casa de parto.

Quanto á taxa de períneo integro foi encontrada por Riesco et AL (2011), em estudo realizado num Hospital de Itapicirica da Serra,São Paulo, o valor de 28,6% de períneo integro. Enquanto que na presente investigação o índice de perineo integro é de 32,4% o que demonstra uma boa assistência em relação ao trauma. Essa taxa de perineo integro e as lacerações espontâneas de 47,7%, somados é bem significativo, 80,1% dos partos vaginais, o que sugere redução das episiotomías e assistência mais humanizada, pois comparada ás episiotomías as lacerações apresentam melhores resultados para a saúde das mulheres (Araujo & Oliveira 2008).

## 5.2 Idade Materna

Fatores relacionados à mãe, como idade e primiparidade são justificativas para os que praticam a episiotomia, tais características estão relacionadas com o tamanho, elasticidade e rigidez do períneo. Segundo os intervencionistas, a gestação precoce, ou seja, antes dos 18 anos de idade, é um determinante para que a episiotomia seja realizada, alegando imaturidade biológica. A principal justificativa para tal prática seria a prevenção de lesões perineais espontâneas severas nessas adolescentes (SANTOS, 2008).

Nesse trabalho foi observado a idade das mulheres e relacionado com trauma perineal segundo faixa etária.

Tabela 3 – Distribuição segundo a idade das parturientes atendidas na maternidade no período de abril a julho de 2011 - Idade materna entre 15 e 19 anos

| <b>Graus de lacerações</b> | <b>TOTAL DE CASOS</b> | <b>% SOBRE TOTAL DE CASOS</b> | <b>% SOBRE CASOS VALIDOS</b> |
|----------------------------|-----------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Sem dados                  | <b>29</b>             | <b>12,5</b>                   | <b>,</b>                     |
| (1)                        | <b>86</b>             | <b>37,1</b>                   | <b>71,1</b>                  |
| (2)                        | <b>33</b>             | <b>14,2</b>                   | <b>27,3</b>                  |
| (3)                        | <b>2</b>              | <b>,9</b>                     | <b>1,7</b>                   |
| Perineo integro            | <b>74</b>             | <b>31,8</b>                   | <b>,</b>                     |
|                            |                       | <b>N casos= 232</b>           | <b>N casos válidos=121</b>   |
| <b>Episiotomia</b>         | <b>TOTAL DE CASOS</b> | <b>% SOBRE TOTAL DE CASOS</b> | <b>% SOBRE CASOS VALIDOS</b> |
| Sem dados                  | <b>29</b>             | <b>12,5</b>                   | <b>,</b>                     |
| não                        | <b>195</b>            | <b>84,1</b>                   | <b>96,1</b>                  |
| sim                        | <b>8</b>              | <b>3,4</b>                    | <b>3,9</b>                   |
|                            |                       | <b>N casos= 232</b>           | <b>N casos válidos=203</b>   |

No atual estudo, 232 casos eram adolescentes entre 15 e 19 anos, dessas, 12,5% estão sem dados sobre lacerações no perineo, 31,8% tiveram perineo integro, 52,1% de lacerações espontâneas, sendo a de 1º grau a de maior prevalência e 3,4% submeteram-se a episiotomia. O resultado mostra que se

comparada a taxa de laceração com episiotomia, podemos inferir que as adolescentes que não receberam episiotomia apresentaram índice de lacerações de 1º grau maior que de 2º e 3º grau, o que pode indicar que é possível restringir as episiotomias nas adolescentes, sem causar maiores danos em seus perineos.

Scarabotto & Riesco (2006) encontraram resultados semelhantes em estudos realizados com mulheres primíparas, submetidas ao parto normal, em sua maioria adolescentes quando concluíram que das que não sofreram uma episiotomia, 23% tiveram períneo íntegro, 82,4% laceração de 1º grau e 17% laceração de 2º grau. Os dados mostraram que quando ocorre a episiotomia seletiva, pode-se manter os traumas perineais em níveis baixos, mesmo em adolescentes e primíparas.

No entanto, na obstetrícia Brasileira, quanto mais jovem a mulher, e menor a paridade maior a persistência da indicação rotineira de episiotomias. Para muitos profissionais, por uma questão de formação, não realizá-la é sinônimo de má assistência. Em muitas instituições, a taxa de episiotomia em nulíparas alcança 95% dos partos (OLIVEIRA, 2005).

Tabela 4 – Distribuição segundo a idade das parturientes atendidas na maternidade no período de abril a julho de 2011- Idade materna entre 20 e 34 anos

| <b>Graus de lacerações</b> | <b>TOTAL DE CASOS</b> | <b>% SOBRE TOTAL DE CASOS</b> | <b>% SOBRE CASOS VALIDOS</b> |
|----------------------------|-----------------------|-------------------------------|------------------------------|
|                            |                       |                               |                              |
| Sem dados                  | <b>91</b>             | <b>13,9</b>                   | <b>,</b>                     |
| 1º grau                    | <b>212</b>            | <b>32,4</b>                   | <b>68,2</b>                  |
| 2º grau                    | <b>96</b>             | <b>14,7</b>                   | <b>30,9</b>                  |
| 3º grau                    | <b>3</b>              | <b>,5</b>                     | <b>1,</b>                    |
| Períneo íntegro            | <b>213</b>            | <b>32,5</b>                   |                              |
|                            |                       | <b>N casos= 654</b>           | <b>N casos válidos=311</b>   |
|                            |                       |                               |                              |
| <b>Episiotomia</b>         | <b>TOTAL DE CASOS</b> | <b>% SOBRE TOTAL DE CASOS</b> | <b>% SOBRE CASOS VALIDOS</b> |
|                            |                       |                               |                              |
| Sem dados                  | <b>91</b>             | <b>13,9</b>                   | <b>,</b>                     |
| não                        | <b>524</b>            | <b>80,1</b>                   | <b>93,1</b>                  |
| sim                        | <b>39</b>             | <b>6,</b>                     | <b>6,9</b>                   |
|                            |                       | <b>N casos= 654</b>           | <b>N casos válidos=563</b>   |

Nessa faixa também se observa prevalência de laceração de 1º grau e períneo íntegro e índice de episiotomia abaixo do preconizado. Do total de casos 654, 13,9% estão sem dados, 32,5% são de períneo íntegro, 6% fizeram episiotomia, 47,5% tiveram lacerações espontâneas, dessas 32,4% foram de 1º grau, 14,7% de 2º grau e 0,5% de 3º grau, 80,1% não sofrerão episiotomia. Se comparado com as taxas da faixa etária anterior, observa-se que as adolescentes tem uma tendência a taxas maiores de traumas. O que concorda com um estudo realizado por Metello *et al.* (2008), que comparou gestações em mulheres adultas e adolescentes, evidenciando uma incidência da realização de episiotomia maior nas adolescentes.

Outra situação muito comum para realização da episiotomia são as mulheres primíparas com idade superior a 35 anos. Segundo Santos, (2008) os intervencionistas acreditam que a todas, deve-se indicar a episiotomia devido à rigidez de tecidos do períneo, porém o mesmo autor argumenta que quando realizado o procedimento, as chances de a mulher sofrer uma laceração perineal severa é ainda maior.

Tabela 5 – Distribuição segundo a idade das parturientes atendidas na maternidade no período de abril a julho de 2011 - Idade materna entre 35 e 43 anos

| <b>Graus de lacerações</b> | <b>TOTAL DE CASOS</b> | <b>% SOBRE TOTAL DE CASOS</b> | <b>% SOBRE CASOS VALIDOS</b> |
|----------------------------|-----------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Sem dados                  | <b>13</b>             | <b>15,9</b>                   | <b>,</b>                     |
| 1º grau                    | <b>21</b>             | <b>25,6</b>                   | <b>70,</b>                   |
| 2º grau                    | <b>8</b>              | <b>9,8</b>                    | <b>26,7</b>                  |
| 3º grau                    | <b>1</b>              | <b>1,2</b>                    | <b>3,3</b>                   |
| Períneo íntegro            | <b>36</b>             | <b>43,9</b>                   | <b>,</b>                     |
|                            |                       | <b>N casos= 82</b>            | <b>N casos válidos=30</b>    |
| <b>Episiotomia</b>         | <b>TOTAL DE CASOS</b> | <b>% SOBRE TOTAL DE CASOS</b> | <b>% SOBRE CASOS VALIDOS</b> |
| Sem dados                  | <b>13</b>             | <b>15,9</b>                   | <b>,</b>                     |
| Não                        | <b>66</b>             | <b>80,5</b>                   | <b>95,7</b>                  |
| sim                        | <b>3</b>              | <b>3,7</b>                    | <b>4,3</b>                   |
|                            |                       | <b>N casos= 82</b>            | <b>N casos válidos=69</b>    |

Após análise dos dados sobre os traumas perineais nas mulheres entre 35 e 43 anos, a pesquisa também parece indicar que não houve danos severos. Do total de 82 casos, 15,8% estão sem dados, 43,9% são de perineo íntegro, 3,7% fizeram episiotomia, 36% tiveram lacerações espontâneas, dessas 70% foram de 1º grau, 80,5% não sofreram episiotomia. O resultado indica que proporcionalmente a taxa de episiotomia é menor, e a restrição está acontecendo.

Com relação a idade das parturientes, observou-se que a amplitude da idade das mulheres atendidas na instituição, foi de 14 a 43 anos. Sendo 23,3% adolescentes. A média de idade encontrada foi de 24 anos e a maioria das mulheres pariram seus filhos em idade fértil.

### 5.3 Paridade Materna

A primiparidade é referida como justificativa para a prática da episiotomia, sob alegação de rigidez do períneo e elasticidade diminuída dificultando o nascimento (Santos, 2008). Nesse trabalho relacionou-se gestações prévias e traumas perineais obtendo-se os seguintes resultados:

Tabela 6 – Distribuição segundo a paridade das parturientes atendidas na maternidade no período de abril a julho de 2011

| <b>Graus de lacerações</b> | <b>Total de NULIPARA</b> | <b>% Sobre o total de casos</b> | <b>Total de SEGUNDÍPARA</b> | <b>% Sobre o total de casos</b> | <b>Total de MULTIPARA</b> | <b>% Sobre o total de casos</b> |
|----------------------------|--------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| Sem dados                  | 58                       | 11,9                            | 69                          | 14,3                            | 7                         | 11                              |
| 1º grau                    | 174                      | 35,8                            | 152                         | 31,6                            | 12                        | 19                              |
| 2º grau                    | 86                       | 17,7                            | 54                          | 11,2                            | 6                         | 9,5                             |
| 3º grau                    | 7                        | 1,4                             | 1                           | 0,2                             |                           |                                 |
| Períneo íntegro            | 123                      | 25,3                            | 189                         | 39,2                            | 38                        | 60                              |
|                            |                          | N casos= 486                    | N casos= 481                |                                 | N casos= 63               | N casos válidos=18              |
|                            |                          |                                 |                             |                                 |                           |                                 |
| <b>Episiotomia</b>         | <b>Total de NULIPARA</b> | <b>% Sobre o total de casos</b> | <b>Total de SEGUNDÍPARA</b> | <b>% Sobre o total de casos</b> | <b>Total de MULTIPARA</b> | <b>% Sobre o total de casos</b> |
| Sem dados                  | 58                       | 11,9                            | 69                          | 14,3                            | 7                         | 11,1                            |
| Não                        | 384                      | 79                              | 396                         | 82,3                            | 56                        | 88,9                            |
| Sim                        | 38                       | 7,8                             | 16                          | 3,3                             |                           |                                 |

|  |                        |                     |                                |                       |                               |
|--|------------------------|---------------------|--------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
|  | N casos=<br><b>486</b> | N casos= <b>481</b> | N casos<br>válidos= <b>412</b> | N casos=<br><b>63</b> | N casos<br>válidos= <b>56</b> |
|--|------------------------|---------------------|--------------------------------|-----------------------|-------------------------------|

Tabela 6 – Fonte: Maternidade Sofia Feldman, Belo Horizonte, 2011.

#### PRIMÍPERA - Nenhuma gestação prévia

De acordo com a Tabela 6, do total de 486 casos , 11,9% estão sem dados, 25,3% são de perineo integro, 7,8% fizeram episiotomia, 54,9% tiveram lacerações espontâneas, dessas 35,8% foram de 1° grau,17,7% de 2° grau e 1,4% de 3° grau.

#### SEGUNDÍPARA - Uma a três gestações prévias

De acordo com a Tabela 6, do total de 481 casos, 14,3% estão sem dados, 39,2% são de perineo integro, 3,3% fizeram episiotomia, 43% tiveram lacerações espontâneas, dessas 31,6% foram de 1° grau, 11,2% de 2° grau e 0,2% de 3° grau.

#### MULTÍPARA - Mais de 4 gestações prévias

De acordo com a Tabela 6, do total de 63 casos, 11% estão sem dados, 60% são de perineo integro, 28,5% sofreram lacerações espontâneas, dessas 19% foram de 1° grau,9,5 de 2° grau. Não houve episiotomia, nem lacerações de 3° grau nesse grupo.

Verifica-se no estudo que 47,1% das parturientes eram primíparas, ou seja pariram pela primeira vez, enquanto que 53,9 já tiveram partos anteriores. Mesmo nesse grupo, a episiotomia seletiva está acontecendo e há prevalência de perineo integro e laceração de 1° grau.

## 5.4 Peso do Recém Nascido

Quanto aos fatores relacionados ao feto, Kudish & Mikolajczyk,( 2008) refere que ainda há divergencia na literatura, mas no que se refere á laceração perineal o peso do recém nascido aparece como única variável associada.O atual estudo relacionou peso do recém-nascido e traumas perineais, e verificou que:

Tabela.7- Distribuição segundo as condições do períneo associado ao peso ao nascer nos parto das mulheres atendidas na maternidade no período de abril a julho de 2011. Peso ao nascer entre 2500 – 2999g

| Graus de lacerações | TOTAL DE CASOS | % SOBRE TOTAL DE CASOS | % SOBRE CASOS VALIDOS |
|---------------------|----------------|------------------------|-----------------------|
| Sem dados           | 12             | 10,4                   | ,                     |
| 1° grau             | 35             | 30,7                   | 68,6                  |
| 2° grau             | 15             | 13,2                   | 29,4                  |
| 3° grau             | 1              | ,9                     | 2,                    |
| Períneo íntegro     | 46             | 40,3                   | ,                     |
|                     |                | N casos= 114           | N casos válidos=51    |
| Episiotomia         | TOTAL DE CASOS | % SOBRE TOTAL DE CASOS | % SOBRE CASOS VALIDOS |
| Sem dados           | 12             | 10,5                   | ,                     |
| Não                 | 97             | 85,1                   | 95,1                  |
| sim                 | 5              | 4,4                    | 4,9                   |
|                     |                | N casos= 114           | N casos válidos=102   |

Dos bebês que nasceram com peso entre 2500 – 2999g,10,4% estão sem dados sobre o períneo das mães, 40,3% dessas mães tiveram períneo íntegro, 30,7% lacerações de 1° grau,13,2 de 2° grau 0,9% lacerações de 3° grau e 4,4% foram submetidas a episiotomia. O que sugere que, mesmo nos perineos de mães de bebês pequenos pode ocorrer lacerações, e estas não estão associadas ao tamanho do bebê.

Tabela.8- Distribuição segundo as condições do períneo associado ao peso ao nascer nos parto das mulheres atendidas na maternidade no período de abril a julho de 2011. Peso ao nascer entre 3000 – 3999g

| Graus de lacerações | TOTAL DE CASOS | % SOBRE TOTAL DE CASOS | % SOBRE CASOS VALIDOS |
|---------------------|----------------|------------------------|-----------------------|
| Sem dados           | 23             | 10,4                   | ,                     |
| 1° grau             | 76             | 34,2                   | 66,1                  |
| 2° grau             | 38             | 17,1                   | 33,                   |
| 3° grau             | 1              | ,5                     | ,9                    |
| Períneo íntegro     | 75             | 33,7                   | ,                     |
|                     |                | N casos= 222           | N casos válidos=115   |

| Episiotomia | TOTAL DE CASOS | % SOBRE TOTAL DE CASOS | % SOBRE CASOS VALIDOS |
|-------------|----------------|------------------------|-----------------------|
| Sem dados   | 23             | 10,4                   | ,                     |
| Não         | 190            | 85,6                   | 95,5                  |
| sim         | 9              | 4,1                    | 4,5                   |
|             |                | N casos= 222           | N casos válidos=199   |

Tabela.9- Distribuição segundo as condições do períneo associado ao peso ao nascer nos parto das mulheres atendidas na maternidade no período de abril a julho de 2011. Peso ao nascer entre 4000 – 9999 Kg

| Graus de lacerações | TOTAL DE CASOS | % SOBRE TOTAL DE CASOS | % SOBRE CASOS VALIDOS |
|---------------------|----------------|------------------------|-----------------------|
| Sem dados           | 2              | 33,3                   | ,                     |
| 1° grau             | 3              | 50,                    | 75,                   |
| 2° grau             | 1              | 16,7                   | 25,                   |
| 3° grau             |                | ,                      | ,                     |
|                     |                | N casos= 6             | N casos válidos=4     |

  

| Episiotomia | TOTAL DE CASOS | % SOBRE TOTAL DE CASOS | % SOBRE CASOS VALIDOS |
|-------------|----------------|------------------------|-----------------------|
| Sem dados   |                | ,                      | ,                     |
| Não         | 6              | 100,                   | 100,                  |
| sim         |                | ,                      | ,                     |
|             |                | N casos= 6             | N casos válidos=6     |

O peso do recém nascido aparece como variável associada ao trauma perineal em alguns trabalhos. Porém ao analisar os dados do atual estudo sobre peso ao nascer de bebês entre 3000 – 3999g, verificou-se que em 85,6% de bebês que nasceram com esse peso não houve episiotomias em suas mães, isso comprova que é possível preservar o períneo mesmo com bebês grandes. Quanto aos macrossômicos, bebês acima de 4000g verificou-se apenas 6 casos, porém em

nenhum deles as mães foram submetidas á episiotomia, em dois as mães tiveram laceração de 1° grau e em um bebê a mãe teve laceração de 2° grau, 02 estão sem dados sobre a condição do perineo.

Em um estudo com 1.211 mulheres atendidas num Hospital Universitário do Novo México, os partos com fetos acima de 3.500 gramas, foram associados à realização da episiotomia e o peso dos bebês associado à maior freqüência de trauma perineal (Scarabutto,2006, apud Lydon 1995).

Em outro estudo realizado num Hospital Geral de Itapeperica da Serra, São Paulo, verifica-se a tendência de mulheres com bebês maiores de 3300g apresentarem maiores chances de laceração de 2° grau (Riesco ET AL,2011),o que também não está de acordo com a atual pesquisa, pois há um maior percentual de lacerações de 1° grau em todas as variáveis de peso.

Entretanto, em um trabalho mais recente Scarabutto,(2006), constatou que o peso fetal não está assoado a ocorrência de lacerações perineais ao verificar que a média do peso dos bebês em que ocorreram as laceração de segundo grau foi 3.264,4 gramas, enquanto que os recém-nascidos maiores estão relacionados com laceração de 1° grau e períneo integro. Esse estudo é o que mais se identifica com os resultados encontrados.

## **5.5 Vitalidade do recém-nascido**

A prevenção da morbimortalidade infantil é também justificativa para o uso habitual da episiotomial. No entanto, não há evidências científicas que comprovem esses benefícios (ECKER,1997 *apud* OLIVEIRA,2005).

Goldberg *et al.* (2002) verificaram que a episiotomia não protege a mulher contra danos perineais e nem o recém nascido contra traumas fetais como hemorragia intracraniana, compressão cefálica e asfixia na hora do parto.

O índice da Apgar é um sistema utilizado no primeiro e no quinto minutos de vida do recém-nascido para se avaliar sua vitalidade. O índice acima de 7 indica que o bebê é sadio, quando porém ele é inferior a sete é um sinal de alerta. A asfixia fetal pode estar associada a um índice de Apgar de zero a três por mais de cinco minutos, o que pode levar o bebê a severas seqüelas neurológicas (CUNNINGHAN, 2000).

Portanto faz-se necessário avaliar o apgar das crianças nesse serviço onde as mães estão sendo submetidas á restrições de episiotomia.

Tabela 10 – Distribuição segundo as condições do períneo associado a vitalidade do recém-nascido no parto das mulheres atendidas na maternidade no período de abril a julho de 2011- Apgar entre 7 e 10 no 5º minuto de vida.

| <b>Graus de lacerações</b> | <b>TOTAL DE CASOS</b> | <b>% SOBRE TOTAL DE CASOS</b> | <b>% SOBRE CASOS VALIDOS</b> |
|----------------------------|-----------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Sem dados                  | <b>58</b>             | <b>7,5</b>                    |                              |
| 1º grau                    | <b>277</b>            | <b>36,</b>                    | <b>68,9</b>                  |
| 2º grau                    | <b>120</b>            | <b>15,6</b>                   | <b>29,9</b>                  |
| 3º grau                    | <b>5</b>              | <b>0,7</b>                    | <b>1,2</b>                   |
| Episiotomia                | <b>37</b>             | <b>4,8</b>                    | <b>5,2</b>                   |
| Períneo integro            | <b>272</b>            | <b>35,3</b>                   | <b>,</b>                     |
|                            | <b>N casos= 769</b>   |                               |                              |

Tabela 10 – Fonte: Maternidade Sofia Feldman, Belo Horizonte, 2011.

Dos 769 casos de bebês com apgar entre 7 e 10 no 5º minuto, 7,5% estão sem dados, 35,3% as mães tiveram perineo integro, 4,8% fizeram episiotomia, 52,2% tiveram lacerações espontâneas, dessas 36% foram de 1º grau, 15,6% são de 2º grau e 0,7% são de 3º grau, 87,6% não sofreram episiotomia ou seja tiveram seus perineos preservados.

A pesquisa revela que as mulheres não tiveram traumas mais severos em seus perineos e 74,7% dos bebês nasceram com boa vitalidade, porém não existe dados das causas de apgar menor que 7 dos outros 25%, portanto não se pode relacionar á restrição da episiotomia.

## **5.6 Uso de ocitócicos na fase ativa do trabalho de parto**

Com a utilização de tecnologias e procedimentos para instrumentalização do parto, ocorreu uma tendência de se usar rotineiramente os ocitócitos durante a fase ativa do trabalho de parto, o que é denominado; manejo ativo. O uso rotineiro de ocitócitos não deve ser estimulado. Sua utilização está relacionada com dificuldade de deambulação para a mulher, e ainda efeitos colaterais como: taquisistolia, hipertonia, hiperestimulação uterina, rotura uterina e até sofrimento fetal agudo.

Portanto, o Ministério da Saúde orienta que seu uso só deve ser indicado quando realmente houver necessidade para corrigir hipossistolia, incoordenação da contratilidade miométrial ou distocia funcional. (BRASIL, 2001).

Scarabotto & Riesco (2006), afirmam que a infusão intravenosa de ocitocina é um recurso muito utilizado para acelerar o parto, produz o aumento das contrações e da pressão intra-uterina no período expulsivo do parto. Tais ações podem levar também á laceração perineal por um desprendimento abrupto do pólo cefálico, além das distorcias já citadas anteriormente.

Essa pesquisa analisou as mulheres submetidas ao uso de ocitocina relacionando com os traumas perineais.

Tabela 11 – Distribuição segundo as condições do períneo associado ao uso de ocitocina no parto em mulheres atendidas na maternidade no período de abril a julho de 2011

| <b>Grau de lacerações</b> | <b>Total de casos que NÃO USARAM Ocitócicos</b> | <b>% Sobre o total de casos</b> | <b>Total de casos que USARAM Ocitócicos</b> | <b>% Sobre o total de casos</b> |
|---------------------------|---|---------------------------------|---|---------------------------------|
| sem dados                 | <b>213</b>                                      | <b>47,3</b>                     | <b>194</b>                                  | <b>44,8</b>                     |
| 1° grau                   | <b>170</b>                                      | <b>37,8</b>                     | <b>154</b>                                  | <b>35,6</b>                     |
| 2° grau                   | <b>64</b>                                       | <b>14,2</b>                     | <b>80</b>                                   | <b>18,5</b>                     |
| 3° grau                   | <b>3</b>  | <b>0,7</b>                      | <b>5</b>                                    | <b>1,2</b>                      |
|                           |   | ,                               |   | ,                               |
|                           | N casos= <b>450</b>                             | N casos válidos= <b>237</b>     | N casos= <b>433</b>                         | N casos válidos= <b>239</b>     |
|                           |   |                                 |   |                                 |
| <b>Episiotomia</b>        | <b>Total de casos que NÃO USARAM Ocitócicos</b> | <b>% Sobre o total de casos</b> | <b>Total de casos que USARAM Ocitócicos</b> | <b>% Sobre o total de casos</b> |
| Sem dados                 | <b>31</b>                                       | <b>4,7</b>                      | <b>10</b>                                   | <b>4,3</b>                      |
| Não                       | <b>598</b>                                      | <b>90,5</b>                     | <b>208</b>                                  | <b>88,9</b>                     |
| Sim                       | <b>32</b>                                       | <b>4,8</b>                      | <b>16</b>                                   | <b>6,8</b>                      |
|                           | N casos= <b>661</b>                             | N casos válidos= <b>630</b>     | N casos= <b>234</b>                         | N casos válidos= <b>224</b>     |

Tabela 11 – Fonte: Maternidade Sofia Feldman, Belo Horizonte, 2011.

Do total da amostra, 64,1% não fizeram uso de OCITOCINA. Das que não usaram ocitocina, 52,7% tiveram lacerações espontâneas, sendo 37,8% de 1º grau, 14,2% de 2º grau e 0,7% de 3º grau, 90,5% não tiveram episiotomia e apenas 4,8% tiveram episiotomia. Das que fizeram uso de ocitocina, 42% da amostra, 55,3% tiveram lacerações espontâneas, sendo 35,6% de 1º grau, 18,5% de 2º grau e 1,2% de 3º grau, 88,9% não tiveram episiotomia e 6,8% foram submetidas á episiotomia.

Ao se relacionar os dados da atual pesquisa, verifica-se que mesmo as mulheres que não usaram ocitocina estão tendo lacerações de 1º grau, no entanto há uma tendência de agravamento dessas lesões quando utilizada a ocitocina, existe um risco maior de ocorrer episiotomia e lacerações de 2º e 3º grau.

Outra observação importante é o uso da ocitocina em 49% das mulheres analisadas, indicando que é utilizada com freqüência. Sendo um hospital que trabalha com a humanização, deveria ser menos intervencionista, e esse resultado não condiz com sua proposta. No entanto apesar do uso da ocitocina aumentar o risco de episiotomia, sua prevalência continua abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde.

Não existe ainda consenso entre os pesquisadores, sobre a relação do uso de ocitocina com os traumas perineais no parto e há poucas pesquisas publicadas nessa área. Diferente da atual pesquisa um estudo realizado por Carvalho *et al* (2010) constatou que o uso de ocitocina não representou risco aumentado para realização de episiotomia.

## **5.7 Posição para o parto**

A ocorrência do trauma perineal está associado também á posição adotada no parto. Segundo Silveira & Riesco (2008) o nascimento em decúbito lateral esquerdo reduz significativamente o uso da episiotomia, além do risco de lacerações severas.

Uma revisão sistemática mais recente de 20 ensaios clínicos randomizados com um total de 6.135 mulheres mostrou que as posições verticalizadas ou a posição lateral reduziu significativamente a duração do segundo período do parto, e também os relatos de dor grave e episiotomias (AASHEIM *et al.*, 2010).

Outro estudo realizado por Mouta (2008), demonstrou que as posições adotadas pelas mulheres nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas garantem

a integridade perineal e a vitalidade dos recém-nascidos, independente da posição do parto, mantendo baixos os índices de episiotomias conforme orienta a Organização Mundial de Saúde OMS. A pesquisa mostrou ainda que, mesmo não sendo realizada episiotomia de rotina, não aconteceram lacerações perineais graves que exigissem sutura ou reconstituição quando adotada a posição vertical. A maioria das lacerações ocorridas foi de 1º grau.

Sibley (2004) coloca que a posição verticalizada diminui a sensação de desconforto durante os esforços de puxos no período expulsivo, além de reduzir a proporção de recém-nascidos com índices de Apgar inferior a 7. O autor ressalta ainda, que a mobilidade e a deambulação durante o trabalho de parto, aumenta a intensidade das contrações, além de acelerar a dilatação do colo uterino o que acarreta em maior conforto a parturiente e a diminuição do uso de analgésicos.

Assim, o Ministério da Saúde recomenda que *“a mulher deve ser permitida e encorajada a adotar a posição que preferir para seu parto e os profissionais devem respeitá-la, saber dos benefícios potenciais da posição elevada para o parto e estarem treinados a utilizá-la”* (BRASIL, 2001).

Contudo, mesmo com a orientação da OMS e do Ministério da Saúde, e apesar das evidências que demonstram bons resultados tanto maternos quanto fetais a posição clássica de litotomia, também chamada de ginecológica, com o dorso materno na horizontal, as coxas fletidas, e sustentadas por perneiras, essa era e ainda é a mais adotada para o nascimento dos brasileiros (MAMEDE, 2007).

Nesse estudo foi investigado e relacionado as posições de parto com traumas perineais e encontrado os seguintes resultados:

Tabela 12 – Distribuição segundo as condições do períneo associado á posição do parto das mulheres atendidas na maternidade no período de abril a julho de 2011.

| <b>Graus de lacerações</b> | <b>Total de Parto sentada</b> | <b>% Sobre o total de casos</b> | <b>Total de Parto de Cócoras</b> | <b>% Sobre o total de casos</b> | <b>Total de Parto de Decubito Dorsal</b> | <b>% Sobre o total de casos</b> |
|----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------|
| Sem dados                  | 11                            | 4,5                             | 8                                | 9                               | 18                                       | 3,2                             |
| 1º grau                    | 95                            | 38,6                            | 31                               | 34,8                            | 199                                      | 35,6                            |
| 2º grau                    | 47                            | 19,1                            | 22                               | 24,7                            | 71                                       | 12,7                            |
| 3º grau                    | 2                             | 0,8                             | 3                                | 3,4                             | 3  | 0,5                             |
| Períneo íntegro            | 81                            | 32,9                            | 23                               | 25,8                            | 228                                      | 40,7                            |

|             |                        | N casos=<br>246          |                           |                          | N casos=<br>89                    |                          |  | N casos=<br>559 |
|-------------|------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--|-----------------|
| Episiotomia | Total de Parto sentada | % Sobre o total de casos | Total de Parto de Cócoras | % Sobre o total de casos | Total de Parto de Decubito Dorsal | % Sobre o total de casos |  |                 |
| Sem dados   | 11                     | 4,5                      | 8                         | 9                        | 18                                | 3,2                      |  |                 |
| Não         | 225                    | 91,5                     | 79                        | 88,8                     | 501                               | 89,6                     |  |                 |
| Sim         | 10                     | 4,1                      | 2                         | 2,2                      | 40                                | 7,2                      |  |                 |
|             |                        | N casos=<br>246          |                           |                          | N casos=<br>89                    |                          |  | N casos=<br>559 |

Tabela 12 – Fonte: Maternidade Sofia Feldman, Belo Horizonte, 2011.

Do total de 246 casos de posição de parto SENTADO, 4,5% estão sem dados, 32,9% são de perineo integro, 4,1% fizeram episiotomia, 58,5% tiveram lacerações espontâneas, dessas 38,6% foram de 1º grau, 19,1% de 2º grau e 0,8% de 3º grau, 91,5% não foram submetidas a episiotomia.

Do total de 89 casos de posição de parto de CÓCORAS, 9% estão sem dados, 25,8% são de perineo integro, 2,2% fizeram episiotomia, 62,9% tiveram lacerações espontâneas, dessas 34,8% foram de 1º grau, 24,7 são de 2º grau e 3,4% são de 3º grau, 88,8% não foram submetidas a episiotomia.

Do total de 559 casos de posição de parto em DECÚBITO DORSAL, 3,2% estão sem dados, 40,7% são de perineo integro, 7,2% fizeram episiotomia, 48,8% tiveram lacerações espontâneas, dessas 35,6% foram de 1º grau, 12,7 são de 2º grau e 0,5% são de 3º grau, 89,6% não foram submetidas a episiotomia.

Os resultados do presente estudo mostram que as posições alternativas estão sendo usadas, portanto ainda prevalece o uso da posição em decúbito dorsal, observada em 62,5% dos partos. Além disso, essa posição é a que apresentou índices mais baixos de lacerações espontâneas de 2º e 3º grau e índice maior de perineo integro.

A posição de cócoras está mais associada com lacerações de 2º e 3º grau que as demais, contudo é a menos usada, 9,9% dos partos, talvez por falta de domínio da técnica. Pode-se supor que por esse motivo estejam acontecendo mais lacerações nessa posição. No entanto, no geral, o índice de perineo integro e lacerações espontâneas de primeiro grau é bem significativo, 80,1% dos partos vaginais, o que indica que independente da posição de parto as mulheres estão sendo bem assistidas no que se refere aos traumas perineais mais severos.

Conforme a Basile (2000), o nascimento em decúbito lateral esquerdo é uma técnica ensinada nas escolas de graduação e pós graduação em obstetrícia para a prevenção de lacerações durante o trabalho de parto. A posição lateral esquerda reduz significativamente o uso da episiotomia, além do risco de lacerações severas, pelo fato de diminuir a tensão perineal durante a passagem do feto. Faltam dados publicados para comparar os resultados obtidos nesse estudo.

Algumas instituições têm buscado incorporar e estimular o uso das posições não supinas e os dados publicados são de algumas casas de parto onde isso tem acontecido. Na casa de parto de Juiz de Fora –MG no ano de 2006, há relato de uso de 47,7% das posições verticais. Em outro estudo realizado no Hospital Universitario da Universidade Federal de Santa Catarina no ano de 2005, foi descrito o uso de 52,3% das posições não supinas, porém nenhum deles relacionou a posição ao trauma perineal ( Bruggemann,2009).

## **5.8 O uso de analgesia no trabalho de parto e no parto**

O uso da analgesia é uma prática muito comum utilizada na obstetrícia que ainda necessita estudos. Sabe-se que o trabalho de parto, apesar de ser um processo fisiológico, é também um processo doloroso. Métodos não farmacológicos têm sido indicados para o alívio da dor, como massagens, hidroterapia e eletroestimulação nervosa transcutânea como parte da humanização do cuidado, porém muitos profissionais indicam o uso de drogas anestésicas e analgésicas na assistência as parturientes, que incluem a analgesia epidural, e a raqueanestesia (FERREIRA, 2002).

A analgesia epidural é um método comumente usado na prática obstétrica, tendo grande eficácia no controle da dor durante o trabalho de parto, sendo muito valiosa para as mulheres. Entretanto, não está isento de efeitos adversos. Pode ser ministrada em dose única, em doses intermitentes ou em infusão contínua, dependendo da fase do trabalho de parto (MATHIAS & TORRES 2000).

A raquianestesia é outro recurso também utilizado em alguns serviços de saúde bem como a sua combinação com a peridural. Contudo, atualmente, apesar dos benefícios que traz para a mulher no controle da dor, diversos estudiosos vêm investigando sua ligação com a ocorrência do trauma perineal. A raqueanestesia

prolonga o tempo do período expulsivo, e com isso pode ocasionar maior utilização de intervenções obstétricas, levando a um aumento no índice de lacerações. Entretanto, todas essas questões requerem mais investigações (BELEZA, NAKANO & SANTOS, 2004).

No atual estudo, avaliou-se a relação de mulheres que receberam anestesia com os traumas perineais apresentados.

Tabela 13 – Distribuição segundo as condições do períneo das mulheres que não receberam analgesia no parto, atendidas na maternidade no período de abril a julho de 2011

| Graus de laceração | TOTAL DE CASOS | % SOBRE TOTAL DE CASOS | % SOBRE CASOS VALIDOS |
|--------------------|----------------|------------------------|-----------------------|
| Sem dados          | 31             | 4,7                    | ,                     |
| 1° grau            | 241            | 36,5                   | 68,5                  |
| 2° grau            | 105            | 15,9                   | 29,8                  |
| 3° grau            | 6              | 0,9                    | 1,7                   |
| Períneo integro    | 246            | 37,2                   | ,                     |
|                    |                | N casos= 661           | N casos válidos=352   |

| Episiotomia | TOTAL DE CASOS | % SOBRE TOTAL DE CASOS | % SOBRE CASOS VALIDOS |
|-------------|----------------|------------------------|-----------------------|
| Sem dados   | 31             | 4,7                    | ,                     |
| Não         | 598            | 90,5                   | 94,9                  |
| sim         | 32             | 4,8                    | 5,1                   |
|             |                | N casos= 661           | N casos válidos=630   |

Do total de 661 casos de Mulheres que **não receberam** anestesia, 4,7% estão sem dados, 37,2% são de perineo integro, 4,8% fizeram episiotomia, 53,2% tiveram lacerações espontâneas, dessas 36,5% foram de 1° grau, 15,9% são de 2° grau e 0,9% são de 3° grau, 90,5% não foram submetidas á episiotomia.

Tabela 14 – Distribuição segundo as condições do períneo das mulheres que receberam analgesia no parto, atendidas na maternidade no período de abril a julho de 2011

| <b>Graus de lacerações</b> | <b>TOTAL DE CASOS</b> | <b>% SOBRE TOTAL DE CASOS</b> | <b>% SOBRE CASOS VALIDOS</b> |
|----------------------------|-----------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Sem dados                  | <b>31</b>             | <b>4,3</b>                    | <b>,</b>                     |
| 1° grau                    | <b>92</b>             | <b>39,3</b>                   | <b>70,8</b>                  |
| 2° grau                    | <b>36</b>             | <b>15,4</b>                   | <b>27,7</b>                  |
| 3° grau                    | <b>2</b>              | <b>,9</b>                     | <b>1,5</b>                   |
| Períneo integro            | <b>247</b>            | <b>37,2</b>                   | <b>,</b>                     |
|                            |                       | <b>N casos= 234</b>           | <b>N casos válidos=130</b>   |
| <b>Episiotomia</b>         | <b>TOTAL DE CASOS</b> | <b>% SOBRE TOTAL DE CASOS</b> | <b>% SOBRE CASOS VALIDOS</b> |
| Sem dados                  | <b>10</b>             | <b>4,3</b>                    | <b>,</b>                     |
| não                        | <b>208</b>            | <b>88,9</b>                   | <b>92,9</b>                  |
| sim                        | <b>16</b>             | <b>6,8</b>                    | <b>7,1</b>                   |
|                            |                       | <b>N casos= 234</b>           | <b>N casos válidos=224</b>   |

Do total de 234 casos de Mulheres que receberam anestesia, 4,3% estão sem dados, 33,3% são de perineo integro, 6,8% fizeram episiotomia, 55,5% tiveram lacerações espontâneas, dessas 39,3% foram de 1° grau, 15,4% são de 2° grau e 0,9% são de 3° grau, 88,9% não sofreram episiotomia.

Nos resultados desse estudo, constatou-se que 22,7% das mulheres usaram a anestesia no parto e 77,3% não fizeram uso da anestesia, o que pode estar indicando que a maternidade tem observado as diretrizes do Ministério da Saúde de trabalhar respeitando a fisiologia do parto, interferido menos e utilizando as práticas não farmacológicas para alívio da dor.

O resultado sugere que existe um risco maior de acontecer tanto as lacerações espontâneas quanto a episiotomia quando se utiliza a anestesia, diminuindo assim a taxa de períneo integro, o que está de acordo com o que é apresentado na literatura no que se refere ao aumento das intervenções obstétricas com o uso da anestesia. (Beleza, Nakano, Santos 2004).

Monteiro *et al.* (2009) em um estudo descritivo e transversal, associaram a analgesia epidural com o trauma perineal no parto vaginal. Foram pesquisados prontuários de mulheres assistidas durante o processo de parturição em uma maternidade em Ribeirão Preto/São Paulo nos meses de março e abril de 2003 com uma amostra composta por 109 parturientes. As autoras verificaram uma relação entre o tipo de analgesia durante o trabalho de parto e a integridade do períneo após o parto vaginal. Contudo, nesse estudo não houve evidência estatística para afirmar que as condições do períneo e, conseqüentemente as lacerações, estão associadas à anestesia.

## 5.9 Uso de Fórceps

O uso do fórceps está associado á episiotomia, sendo que essas intervenções passaram a ser recomendadas rotineiramente por dois obstetras famosos De Lee e Pomeroy em 1918. O período coincidiu com o início da prática da hospitalização para a assistência ao parto. De Lee, indicou o uso da episiotomia rotineira e do fórceps profilático para todas as nulíparas, para evitar roturas perineais extensas, redução da morbimortalidade infantil e diminuição da ocorrência de retocele e cistocele, além do relaxamento da musculatura pélvica (Santos,2004) .

De Lee e Pomeroy, foram renomados professores de obstetrícia e exerceram grande influência para a valorização da intervenção durante o século XX (LABRECQUE,2000).

Atualmente, o uso do fórceps é um procedimento utilizado para auxiliar o trabalho de parto, em circunstâncias que haja sofrimento fetal ou em casos em que a mulher por esgotamento não consiga mais ajudar no período expulsivo, nas emergências como prolapso de cordão ou descolamento prematuro da placenta diagnosticadas no período expulsivo e condições médicas, como eclampsia e cardiopatias. É adotado e ensinado pela Obstetrícia brasileira e se encontra bem estabelecido em nossas maternidades. No entanto não estão disponíveis ensaios clínicos randomizados validando essas indicações, de forma que a indicação do parto instrumental ainda depende fundamentalmente do obstetra (O'MAHONY,2010).

Nesse estudo relacionou-se o uso de fórceps e traumas perineais, verificando-se os seguintes resultados:

Tabela 15 – Distribuição segundo as condições do períneo associado ao uso de Forceps no parto das mulheres atendidas na maternidade no período de abril a julho de 2011

|                           |           | TOTAL DE CASOS     | % SOBRE TOTAL DE CASOS | % SOBRE CASOS VALIDOS     |
|---------------------------|-----------|--------------------|------------------------|---------------------------|
| <b>Grau de lacerações</b> | Sem dados | <b>2</b>           | <b>18,2</b>            | <b>,</b>                  |
|                           | 1° grau   |                    | <b>,</b>               | <b>,</b>                  |
|                           | 2° grau   | <b>1</b>           | <b>9,1</b>             | <b>50</b>                 |
|                           | 3° grau   | <b>1</b>           | <b>9,1</b>             | <b>50</b>                 |
|                           |           |                    |                        |                           |
|                           |           | N casos= <b>11</b> |                        | N casos válidos= <b>2</b> |

|                    |           |          |                    |                           |
|--------------------|-----------|----------|--------------------|---------------------------|
| <b>Episiotomia</b> | Sem dados | <b>2</b> | <b>18,2</b>        | <b>,</b>                  |
|                    | Não       | <b>4</b> | <b>36,4</b>        | <b>44,4</b>               |
|                    | Sim       | <b>5</b> | <b>45,5</b>        | <b>55,6</b>               |
|                    |           |          | N casos= <b>11</b> | N casos válidos= <b>9</b> |

Tabela 15 – Fonte: Maternidade Sofia Feldman, Belo Horizonte, 2011.

De uma amostra de 1030 pacientes, em 11 foi necessário o uso fórceps, o que refere a 1% do total. Em 05 foi realizado a episiotomia, ou seja 45,5%, duas tiveram lacerações de 2° e 3° grau, 18,2% estão sem dados sobre condições do períneo. Não houve laceração de 1° grau.

O resultado parece indicar que o uso do forceps é restrito, não é usado como rotina, porém quando utilizado não é possível preservar o períneo de traumas mais severos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se nesse estudo que no serviço analisado há uma freqüência de episiotomia baixa em relação ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde e menor quando comparada a outras maternidades e até mesmo a casas de parto.

Observou-se uma prevalência de lacerações espontânea de 1º grau, o que significa que a maioria delas não necessita de sutura e cicatriza com facilidade. Verificou-se também um índice considerável de períneo íntegro, principalmente se considerarmos que quase 23,3% das parturientes foram adolescentes e 45,7% primíperas. Esses resultados contradizem algumas rotinas em obstetrícia que orienta os profissionais a realizar episiotomia em todas as adolescentes e primíperas para evitar lacerações perineais severas. Em todas as faixas etárias houve prevalência de lacerações de 1º grau e períneo íntegro.

Quanto à posição de parto, prevaleceu a posição em decúbito dorsal sendo essa posição é a que apresentou índices mais baixos de lacerações espontâneas de 2º e 3º grau e índice maior de períneo íntegro.

A posição de cócoras esta sendo usada com menor freqüência e esta relacionada á maiores índices de lacerações. No entanto, o estudo indica apenas a posição em que foi realizado o parto e não a que a mulher permaneceu durante a fase ativa do trabalho de parto.

Índices maiores de lacerações aparecem nas mulheres submetidas à anestesia regional, mostrando uma necessidade na melhora da técnica para essa assistência. Apenas 23,7 % das mulheres assistidas receberam anestesia, o que indica que a maternidade trabalha nesse sentido respeitando as diretrizes da humanização do parto.

A ocitocina é freqüentemente usada e aumenta o risco de episiotomias e lacerações, talvez seja a causa de maiores traumas perineais nesse serviço. Sugere-se maior atenção da Instituição em relação a esse indicador para atender a filosofia do hospital que segue as diretrizes do Ministério da Saúde quanto ao não intervencionismo.

O uso de fórceps é restrito, porém quando necessário, não é possível preservar o períneo de traumas mais severos.

A análise da vitalidade fetal mostra que as mulheres atendidas nesse serviço estão tendo seus períneos preservados dos traumas e ainda assim seus filhos nascem bem.

O peso dos recém-nascidos não está associado a traumas perineais severos. O estudo mostra bebês grandes que nascem por via vaginal e provocam apenas lacerações de 1° e 2° graus assim como os bebês de pesos mais baixos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AASHEIM, V.; NILSEN, A.B.V.; LUKASSE, M.; REINAR, L.M. *Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma* (Protocol for a Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 12, 2010. Oxford: Update Software.

ALBERS, L.L.; SEDLER, K.D.; BEDRICK, E.J.; TEAF, D.; PERALTA, P. *Factors related to genital trauma in normal spontaneous vaginal births*. Birth. 2006; 33(2):94-100.

ALBERS, L.L.; SEDLER, K.D.; BEDRICK, E.J.; TEAF, D.; PERALTA, P.. *Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial*. J Midwifery Womens Health. 2005;50 (5):365-72.

ALPERIN, M.; KROHN, M.A.; PARVIAINEN, K.. *Episiotomy and increase in the risk of obstetric laceration in a subsequent vaginal delivery*. Obstet Gynecol. 2008; (111):127- 48.

ARAUJO, N. M.; OLIVEIRA, S. M. J. V.. *Uso de vaselina líquida na prevenção de laceração perineal durante o parto*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, June 2008 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692008000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000300007&lng=en&nrm=iso). Acesso em 26 Março de. 2011

BASILE, A.L.O.. *Estudo randomizado controlado entre as posições de parto: litotômica e lateral esquerda* [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da UNIFESP; 2000.

BELEZA, A.C.S.; NAKANO, A.M.S.; SANTOS, C.B.. *Práticas obstétricas: fatores de risco para o trauma perineal no parto*. Femina 2004; 32 (7): 605-10.

BORGES, B.B.; SERRANO, F.; PEREIRA, F.. *Episiotomia: uso generalizado versus selectivo*. Acta Médica Portuguesa 2003 fev; (16): 447-54.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. 1º ed. Brasília (DF); 2001.

BRUGGEMANN, Odaléa Maria et al . *Parto vertical em hospital universitário: série histórica, 1996 a 2005*. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 9, n. 2, June 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151938292009000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292009000200008&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Sept. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292009000200008>.

BRUGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D.. *Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, Oct. 2005. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2005000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000500003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 de julho de 2011.

CARROLI, G.; MIGNINI, L.. *Episiotomy for vaginal birth*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.

CARVALHO, C. C. M.; SOUZA, A. S. R.; MORAES, F. O. B.. *Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil*. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 56, n. 3, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010442302010000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302010000300020&lng=en&nrm=iso)> acesso 26 março de 2011.

CHAVES, N. H.. *Obstetrícia básica*. São Paulo: Atheneu; 2005.

COSTA, A.S.C.. *Proteção perineal e manejo do feto no parto normal: estudo comparativo entre duas técnicas*. [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2002.

CUNNINGHAM, F.G.; MANDONALD, P.; GANT, N.F.; LEVENO, K.J.. *Williams Obstetrícia*. 18ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2000.

EASON, E.; LABRECQUE, M.; WELL, G.; FELDMAN, P.. *Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review*. Obstet Gynecol. 2000; 95(3):464-71.

ECKER, J.L.; TAN, W.M.; BANSAL, R.K.; BISHOP, J.T.; KILPATRICK, S. J.. *Is there a benefit to episiotomy at operative vaginal delivery?* Obstet Gynecol 1997; 176(2):411-4.

FERREIRA, C.H.J.; PAYNO, S.M.A.. *Eletroestimulação nervosa transcutânea como recurso de alívio da dor no trabalho de parto*. Femina 2002; 30(2):83-6.

GUPTA, J.K.; HOFMEYR, G.J.. *Position for women during second stage of labour*. (Cochrane Review). The Cochrane Library, 2010 Issue 1. Oxford: Update Software.

KUDISH, B.; SOKOL, R.J., KRUGER, M.. *Trends in major modificate risk factors for severe perineal trauma, 1996-2006*. Int J Gynaecol Obstet. 2008; 102(2):165-70.

LYDON-ROCHELLE, M.T.; ALBERS, L.; Teaf D. *Perineal outcomes and nurse-midwifery management*. J. Nurse Midwifery. 1995; 40 (1):13-8.

MAMEDE, F.V.; MAMEDE, M.V.; DOTTO, L.M.G. *Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto*. Escola Anna Nery . rev. Enferm 2007 jun; 11(2): 331-36.

MATHIAS, R.S.; TORRES, M.L.. *Analgesia e anestesia: técnicas em obstetrícia*. In: Neme B. *Obstetrícia Básica*. 2ª ed. São Paulo(SP): Savier; 2000. p.1035-66.

METELLO, J.; TORGAL, M.; VIANA, R.; MARTINS, L.; MAIA, M.; CASAL, E. *et al. Desfecho da gravidez nas jovens adolescentes*. *Rev Bras Ginecol Obstet*.2008;30:620-5.

MIKOLAJCZYK, R.T.; ZHANG, J.; TROENDLE, J.; CHAN, L.. *Risk factors for birth canal lacerations in primiparous women*. *Am J Perinatol*. 2008; 25(5):259-64.

MONTEIRO, J.C.S. *et al. Associação entre analgesia peridural e o trauma perineal no parto vaginal*. *Revista de Enfermagem Anna Nery*. 2009;13(1):144-144.

MOUTA, R.J.O.; PILOTTO, D.T.S.; VARGENS, O.M.C.; PROGIANTI, J.M.. *Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido*. *Rev enferm UERJ*. 2008; 16:472-6.

O'MAHONY, F.; HOLMEYR, G. J.; MENON, V.. *Choice of instruments for assisted vaginal delivery*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;11:CD005455.

OLIVEIRA, S.M.J.V.; MIQUILINI, E.C.. *Frequência e critérios para indicar a episiotomia*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2005. 39(3):288-295.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE -OMS. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Brasília (DF); 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors*. Department of Reproductive Health and Research; 2003.

RIESCO, M. L. G.; OLIVEIRA, S. M. J. V.. *Avaliação do edema perineal no pós-parto: concordância entre observadores / postnatal perineal edema assessment: agreement among observers* Rev. gaúch. enferm;28(4):465-472, dez. 2007.

RIESCO M.L.G..*Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados*. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1):77-83.

RUBIO, J.A.. *Política selectiva de episiotomia y riesgo de desgarro perineal em um hospital universitário*. *Rev Colombiana de Obstetrícia y Ginecologia* 2005 abr/jun; 56: 2.

SANTOS, J.O.; BOLANHO, I.C.; MOTA, J.Q.C.; COLEONI, L.; OLIVEIRA, M.A.,. *Freqüência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar*. *Escola Anna Nery Rev Enferm* 2008 dez; 12 (4): 658-63

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

SILVEIRA, J.C.; RIESCO, M.L.G.. *Ensino da prevenção e reparo do trauma perineal nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica*. Revista de Enfermagem da UERJ. 2008; 16(4):512-517.

SIBLEY, L.; SIPE, T.A.. *What can a meta-analysis tell us about traditional birth attendant training and pregnancy outcomes?* Midwifery. 2004; 20(1):51-60.

SOUZA, C. C. A; GONZALEZ, R. M.L.. *A comparison of "hands off" versus "hands on" techniques for decreasing perineal lacerations during birth*. J Midwifery Womens Health. 2006;51(2):106-11

SCHNECK, C.A.; RIESCO, M.L.G.. *Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar em Itapeçerica da Serra-SP*. Rev Min Enferm. 2006; 10:240-6.

CAMPOS, S.E.V.. *Avaliação da qualidade de assistência no centro de parto normal Dr. David Capistrano da Costa Filho, em Belo Horizonte, Minas Gerais* [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.

FERNANDES, B.M.. *Casa de parto: experiências e vivências orientam um novo pensar em saúde*. Juiz de Fora (MG): Ed. UFJF; 2006.

PROGIANTI, J.M.; VARGENS, O.M.C.; Porfírio AB, Lorenzoni DP. *A preservação perineal como prática de enfermeiras obstétricas*. Esc Anna Nery Rev Enferm 2006 ago; 10(2): 266-72.

SANTOS JO. *Episiotomia: um sofrimento necessário?* [dissertação de mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.