

Lacerações e desfechos perineais imediatos de partos assistidos na banqueta de parto e posição semi-sentada

Lacerations and immediate perineal outcomes of assisted births on the stool and semi-sitting position

DOI:10.34119/bjhrv4n1-143

Recebimento dos originais: 05/12/2020

Aceitação para publicação: 21/01/2021

Marina da Cruz Moreira

Enfermeira obstetra atuante no Hospital Sofia Feldman

Endereço: Belo Horizonte, MG, Brasil

E-mail: marina_crmoreira@hotmail.com

Mateus Oliveira Marcelino

Enfermeiro obstetra na Maternidade Odete Valadares

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de São João del Rei

Coordenação da Residência em Enfermagem Obstétrica da Fundação Hospitalar de Minas Gerais

Endereço: Belo Horizonte, MG, Brasil

E-mail: teus_oliveira@yahoo.com.br

Érika Marina Rabelo

Enfermeira obstetra

Mestra em Educação Tecnológica

Docente do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Enfermeira do Alojamento Conjunto da mesma instituição e Docente de Curso de Graduação em Enfermagem em Belo Horizonte

Endereço: Belo Horizonte, MG, Brasil

E-mail: erikamarinarabelo@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: comparar partos assistidos na banqueta de parto e em posição semi-sentada de uma maternidade de Belo Horizonte. **Método:** Estudo transversal analítico com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de dados secundários dos livros de registro de partos e de prontuários. **Resultados:** Foram analisados 293 partos de julho a dezembro de 2017. As lacerações perineais ocorreram em 81,97% dos partos na banqueta e em 70,76% dos partos em posição semi-sentada. Não houve diferença significativa comparando-se os desfechos perineais: dor, edema, hematoma e Apgar <7 no 1º minuto. **Conclusão:** Houve maior taxa de lacerações perineais em partos na banqueta, porém, essa diferença pode não estar relacionada à posição de parto. A posição de parto não ocasionou diferenças significativas em outros desfechos perineais. Diante do achado, conclui-se que as duas posições verticalizadas são seguras e podem ser estimuladas para uso da parturiente durante o parto.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica, Parto Verticalizado, Desfecho Perineal, Banqueta de Parto.

ABSTRACT

Objective: to compare births attended on the stool and in semi-sitting position in a maternity ward in Belo Horizonte. **Method:** Analytical cross-sectional study with quantitative approach. The data collection was carried out by means of secondary data from birth registration books and medical records. **Results:** 293 births were analyzed from July to December 2017. Perineal lacerations occurred in 81.97% of births on the stool and in 70.76% of births in semi-sentence. There was no significant difference comparing perineal outcomes: pain, edema, hematoma and Apgar<7 at the first minute. **Conclusion:** There was a higher rate of perineal lacerations in stool deliveries, however, this difference may not be related to the delivery position. The birth position did not cause significant differences in other perineal outcomes. The conclusion is that the two upright positions are safe and can be stimulated for use by the patient during labor.

Keywords: Obstetric Nursing, Vertical Birth, Perineal Outcome, Birth Stool.

1 INTRODUÇÃO

A posição adotada pela parturiente no segundo período do trabalho de parto influencia diretamente na passagem do feto pelo canal de parto e na eficácia das contrações uterinas¹. Durante muito tempo acreditou-se que as posições horizontais eram as mais indicadas durante o trabalho de parto, fato iniciado após a mudança do parto para o ambiente hospitalar e consequente aumento das intervenções obstétricas². Alegava-se que em decúbito lateral esquerdo haveria um aumento da perfusão placentária e, consequentemente, um maior aporte de oxigênio para o feto, além de facilitar a realização de procedimentos hospitalares³.

Nos dias atuais, estudos mostram que a posição horizontal já não é a mais indicada e os seus benefícios têm sido questionados em detrimento às posições verticalizadas⁴. Por outro lado, estudos mostram que as posições verticalizadas são as que trazem maiores benefícios à parturiente. Além de oferecerem maior conforto, essas posições associadas com a gravidade: auxiliam na descida do feto, reduzem a compressão dos vasos sanguíneos, melhoram a oxigenação fetal e ainda diminuem o período expulsivo^{5, 2}.

A adoção da verticalização durante o parto é uma técnica milenar, tendo sido encontrados documentos históricos datados antes de Cristo em locais como Egito Antigo, Turquia, Pérsia e Alexandria⁶. Estudos realizados desde a década de 1970 utilizando-se métodos radiológicos, já evidenciavam diferenças na pelve materna nas posições verticalizadas, comparando-se as medidas do diâmetro pélvico realizados em diferentes posições, concluindo que, quando a mulher está deitada de costas, o diâmetro biespinhal não se modifica, porém, aumenta quando a mulher se coloca verticalizada ou de cócoras, o que facilita a passagem do feto durante o período expulsivo⁷.

Devido a seus inúmeros benefícios a posição verticalizada tem ganhado cada vez mais destaque na assistência ao parto humanizado e contribuído para a prestação de uma assistência de melhor qualidade à mulher⁴. Em 2018 a Organização Mundial da Saúde publicou um guia prático para assistência ao parto normal, no qual são apontados diversos estudos que indicam os benefícios da verticalização durante a assistência ao parto, tais como: maior conforto para a mulher, maior tolerância à dor, diminuição de traumas perineais e menor quantidade de Apgar's menores que 78. Dentre as posições verticalizadas, a posição sentada, utilizando-se uma banquetta, também conhecida como Banqueta de Parto ou cadeira de parto, vem ganhando destaque. O primeiro registro da sua utilização é datado do século XVI entre os anos de 1384 e 1462 na Itália⁶. Na idade moderna, houve um aumento na produção de diversos modelos de cadeira de parto para que os partos fossem realizados na posição vertical, sendo adquiridos por famílias, uma vez que os partos eram domiciliares. Nas décadas de 50 e 60 estudos já eram realizados por obstetras, os quais propunham a utilização de cadeiras obstétricas para que as mulheres adotassem a posição sentada, evitando, dessa forma, a compressão dos vasos⁶. Além de todos os benefícios advindos do uso de uma posição verticalizada, a banquetta de parto é ainda um facilitador para a realização de massagens na região lombar, método utilizado para alívio da dor durante o parto e como auxiliar no apoio durante o período expulsivo, uma vez que os pés apoiados no chão oferecem mais força à parturiente¹.

Durante o parto vaginal, independente da posição adotada pela mulher durante o período expulsivo, todas estão sujeitas a sofrer algum tipo de laceração perineal durante desprendimento do polo cefálico fetal⁹. As lacerações perineais são definidas como a perda da integridade do períneo ou algum tipo de dano ocorrido na região genital feminina. Elas podem ocorrer de forma espontânea, ou seja, sem intervenção profissional ou devido a uma episiotomia¹⁰. As lacerações perineais podem ser classificadas como de primeiro, segundo, terceiro ou quarto grau³ e a ocorrência delas, podem estar associadas à diferentes causas como: paridade, posição de parto, peso do RN, presença de circular de cordão e uso de ocitocina^{9,11}. Elas podem trazer diversas consequências para a saúde da puérpera e trazer desconfortos no pós-parto. Elas fazem parte também das principais causas de hemorragia pós-parto e podem levar até mesmo à morte materna, devido ao sangramento aumentado causado por elas¹². Entre as complicações mais frequentes também se encontram a dor perineal, dispareunia, edema e o risco de infecção^{9,13,11}.

No pós-parto é importante para a saúde e bem-estar da mulher que os fatores relacionados ao períneo sejam avaliados, caracterizando, assim, os chamados desfechos

perineais. Dentre eles podemos citar os já mencionados: dor perineal, laceração, hemorragia, edema, entre outros. Esses fatores além de interferir no bem-estar materno durante o puerpério também afetam a qualidade de vida da mulher, já que podem afetar a sua mobilidade e interferir negativamente nas suas atividades de vida diária e no cuidado com o bebê⁹.

Apesar dos estudos apontarem que as posições verticalizadas devem ser mais estimuladas durante o trabalho de parto e parto, ainda são escassos os estudos que comparem essas posições entre si, em relação às consequências no períneo das parturientes. Neste contexto, o estudo teve o objetivo de comparar os partos assistidos na banqueta de parto e em posição semi-sentada de uma maternidade de grande porte de Belo Horizonte, abordando fatores relacionados à paciente, ao parto e ao desfecho perineal no pós parto imediato.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal analítico com abordagem quantitativa, realizado em uma maternidade de grande porte de Belo Horizonte, onde é prestada assistência integral à saúde da mulher e ao neonato e é referência em gestação de alto risco¹⁴.

Foram analisados no estudo partos normais assistidos na banqueta de parto e em posição semi-sentada no período de julho a dezembro de 2017. A coleta de dados foi realizada inicialmente por meio de dados secundários obtidos do livro de registros do bloco obstétrico e do livro de registros da sala de Pré-Parto, Parto e Puerpério (PPP). Por meio dos livros mencionados, foi possível obter o número dos prontuários das pacientes e assim coletar mais dados sobre o contexto dos partos. Foram excluídos do estudo os partos de decessos fetais (por influenciar no resultado do Apgar), partos instrumentais, e aqueles em que houve a realização de episiotomia, pela chance desses provocarem lacerações perineais não espontâneas.

Durante a investigação dos prontuários das pacientes, foram encontradas discordâncias em relação ao descrito nos livros de parto, no que diz respeito à posição de parto. Nesses casos, partos descritos no livro como assistidos em posição semi-sentada, no prontuário foram descritos como em posição litotômica, e vice-versa. Foram considerados, portanto, no estudo, a posição descrita no boletim de parto presente no prontuário, sendo excluídos aqueles descritos como em posição litotômica.

As variáveis do estudo foram relacionadas à paciente (idade, paridade, idade gestacional), ao parto (posição de parto, presença de laceração perineal espontânea, grau

de laceração, Apgar no 1º e 5º minutos e peso ao nascer) e ao desfecho perineal, considerando o tempo do parto até a alta da paciente (dor perineal, edema perineal e hematoma perineal). As medidas de média e desvio padrão (DP) foram calculados para as variáveis quantitativas. Para as variáveis categóricas, foram calculadas as frequências e proporções, bem como, utilizado o teste qui quadrado (χ^2) de Person ($p < 0,05$) para uma análise comparativa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do estado de Minas Gerais. Número do parecer: 2.808.409.

3 RESULTADOS

No período de julho de 2017 a dezembro de 2017 foram realizados na maternidade em estudo 1.924 partos, sendo que 1.451 foram partos normais. A mediana no período estudado foi de 242,50 partos normais.

Na amostra foram analisados 293 prontuários, sendo esses 58,36% de partos em posição semi-sentada e 41,63% de partos na banqueta de parto. Desses, 97,26% tinham a idade gestacional ≥ 37 semanas. A média de idade na banqueta de parto foi de 25,76 anos (dp= 6,6) com idade mínima de 15 anos e máxima de 46 anos. Em posição semi-sentada, a média de idade foi de 25,37 anos (dp= 5,8) com idade mínima de 14 anos e máxima de 42 anos.

As lacerações perineais ocorreram em 81,97% dos partos assistidos na banqueta de parto e em 70,76% dos partos assistidos em posição semi-sentada. Comparando-se a ocorrência de lacerações nas duas posições, houve diferença estatística significativa ($p=0,03$), conforme observado na tabela 1. Em relação ao tipo de laceração, as de 2º e 1º grau foram as mais frequentes na banqueta de parto, correspondendo à 48% e 46% das lacerações, respectivamente. Em posição semi-sentada, as de 1º grau foram as mais frequentes correspondendo a 67,76% das lacerações. Apenas na banqueta de parto ocorreram lacerações de 3º grau. Em relação à paridade 62,29% das pacientes que tiveram parto no banquinho eram nulíparas e em posição semi-sentada essas corresponderam à 10,52% das pacientes. Comparando-se lacerações perineais apenas em nulíparas, estatisticamente não houve diferença significativa, comparando-se as duas posições ($p=1,0$), conforme descrito na tabela 1.

Tabela 1. Comparação entre partos assistidos na banqueta de parto e em posição semi-sentada. Belo Horizonte, jul-dez 2017.

Variável	Banqueta de Parto		Semi-sentada		Valor- p	OR	IC
	n	%	n	%			
Laceração perineal							
Não	22	18,03	50	29,24	0,03	0,53	0,30 a 0,93
Sim	100	81,97	121	70,76			
Total	122	100	171	100			
Dor perineal							
Não	113	92,62	164	95,91	0,33	0,53	0,19 a 1,48
Sim	9	7,38	7	4,09			
Total	122	100	171	100			
Edema perineal							
Não	111	90,98	163	95,32	0,21	0,49	0,19 a 1,27
Sim	11	9,02	8	4,68			
Total	122	100	171	100			
Hematoma perineal							
Não	120	98,36	166	97,08	0,74	1,80	0,34 a 9,47
Sim	2	1,64	5	2,92			
Total	122	100	171	100			
Apgar <7 no 1º min							
Não	107	88,43	160	93,57	0,18	0,52	0,22 a 1,20
Sim	14	11,57	11	6,43			
Total	121	100	171	100			
Laceração perineal em nulíparas							
Não	10	13,33	10	14,49	1,0	0,90	0,35 a 2,33
Sim	65	86,67	59	85,51			
Total	75	100	69	100			

Fonte: dados da pesquisa

Em relação à dor perineal, todas as pacientes que tiveram essa queixa, em ambas as posições, tiveram a ocorrência de algum tipo de laceração perineal. Não houve diferença estatisticamente significativa, comparando-se a presença de dor nas duas posições ($p=0,33$). Em relação às variáveis edema perineal e hematoma perineal, também

não houve diferença estatisticamente significativa, comparando-se as duas posições ($p=0,21$ e $p=0,74$ respectivamente).

O menor índice de Apgar no 1º minuto na banqueta de parto foi de 1 e o maior 9, e em posição semi-sentada, o máximo e mínimo encontrados foram 3 e 10 respectivamente. Comparando-se o Apgar no 1º minuto <7 nas duas posições, não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,18$).

A média de peso ao nascer na banqueta de parto foi de 3.277g ($dp=437,89$), o peso mínimo foi de 1.980g e o máximo de 4.520g. Em posição semi-sentada a média de peso ao nascer foi de 3.169g ($dp=443,39$), o peso mínimo de 1.400g e o peso máximo de 4.335g. Houve diferença estatística significativa comparando-se as médias de peso ao nascer nas duas posições ($p=0,04$). Entre as pacientes que tiveram laceração de 3º grau a média de peso ao nascer foi de 3.483g ($dp=615,98$), com peso mínimo de 2.790g e máximo de 4.520g.

4 DISCUSSÃO

No estudo, pacientes que tiveram o parto na banqueta, tiveram um número maior de lacerações perineais (81,97%), em relação às que tiveram partos em posição semi-sentada (70,76%), havendo significância estatística ao compararmos a laceração perineal, nos dois grupos ($p=0,03$). As lacerações perineais, podem ser causadas por fatores maternos e fetais e assistenciais^{11,15}. Alguns fatores apontados como fatores de risco para a ocorrência de lacerações perineais são: longa duração do período expulsivo, o uso de ocitocina e a nuliparidade^{11,15,16}. No nosso estudo, comparando-se as lacerações em nulíparas nas duas posições, estatisticamente não houve diferença significativa entre a ocorrência de laceração perineal ($p=1,0$). Este fato demonstra que na nossa população em análise, a posição de parto não foi um fator determinante para a ocorrência de laceração perineal e sim outros fatores associados já mencionados.

Comparando-se as médias dos pesos ao nascer nas duas posições, observamos que as pacientes que tiveram o parto na banqueta, tiveram uma média maior (3.277g), do que as que tiveram o parto em posição semi-sentada (3.169g) e nesse aspecto, também houve diferença estatística significativa ($p=0,04$). Estudo longitudinal realizado em um centro de parto normal com 114 puérperas, identificou que pacientes nulíparas estão mais sujeitas à ocorrência de lacerações perineais e o peso ao nascer também foi considerado um fator de risco nessas pacientes¹³. No entanto, na Suécia, um estudo randomizado realizado com 1020 mulheres nulíparas comparou partos assistidos na banqueta de parto com outras

posições e não encontrou aumento no número de lacerações perineais entre essas mulheres. O parto na banqueta ainda foi considerado um fator protetor contra a realização de episiotomia, uma vez que mulheres que tiveram parto nessa posição, apresentaram um número menor desta ocorrência¹⁶.

Nesta pesquisa, apenas partos na banqueta tiveram lacerações extensas como as de 3º grau, porém, problemas de amostra podem ter influenciando negativamente neste resultado, pois trabalhos recentes não demonstraram relação entre posições verticalizadas no parto e a ocorrência de lacerações perineais extensas^{16,17,18}. Em revisão da Cochrane comparando-se partos em posições verticais e horizontais, a posição de parto não foi identificada como um fator de risco para a ocorrência de lacerações perineais mais extensas¹⁷. Outros estudos apontam como fatores de risco: partos instrumentais com uso de fórceps, a episiotomia, peso ao nascer $\geq 4.000\text{g}$ e posições fetais que não sejam occipito anterior^{18,19}. A ausência de uma amostra maior, impossibilitou que os fatores causais das lacerações mais extensas encontradas no nosso estudo, fossem melhor investigados.

Uma revisão publicada em 2017 pela Cochrane, sobre técnicas para redução de trauma perineal, mostrou que utilizar técnicas de hands-on ou hands off, bem como uso de compressas mornas, não faz diferença no resultado perineal. Concluiu-se, porém, que a utilização de massagem perineal, contribui de forma significativa para a ocorrência de períneos íntegros após o parto, além de reduzirem a ocorrência de lacerações mais extensas²⁰. A massagem perineal é uma técnica que pode ser utilizada desde o pré-natal por profissionais capacitados, a fim de se preparar o períneo das gestantes para o momento do parto²¹. Essa técnica contribui de forma efetiva para prevenção de lacerações perineais, pois provoca um fortalecimento do assoalho pélvico, facilitando a passagem fetal no momento do nascimento e o restabelecimento dessa musculatura após o parto²¹. No nosso país, observa-se ainda falta de informação tanto dos profissionais quanto das pacientes a respeito dessa técnica e dos seus benéficos antes, durante e após a gestação, o que faz com que a mesma não seja amplamente divulgada²¹. A utilização de qualquer desses métodos, não foram descritos nos prontuários das pacientes analisadas no nosso estudo e é uma técnica que os profissionais que assistem os partos, podem ser treinados e estimulados a realizar como forma de prevenir a ocorrência de lacerações, independente da posição em que a mulher desejar parir.

Todas as pacientes que tiveram queixa de dor, tiveram algum tipo de laceração perineal, o que corrobora com outro estudo que obteve o mesmo resultado⁹. Não foi possível obter dados sobre o nível de dor, para relacioná-lo com o tipo de trauma, mas

estudo realizado com primíparas, não encontrou associação entre a intensidade da dor e o tipo de laceração perineal⁹. Comparando-se a dor nas duas posições, não houve diferença significativa no estudo, o que mostra que nessa população tanto as pacientes que tiveram parto na banqueta de parto quanto aquelas em posição semi-sentada, estavam sujeitas a sentir algum tipo de dor no pós-parto caso tivessem tido lacerações.

Em relação as variáveis edema e hematoma perineal, não houve diferença estatística significativa nas duas posições, sendo $p=0,21$ e $p=0,74$, respectivamente. Todavia, não foi possível obter informações no prontuário, se a paciente começou a apresentar ambos desfechos antes ou apenas após o parto. Considerando que a parturiente, deve ser estimulada a adotar a posição de sua preferência durante o trabalho de parto e parto^{3,8}, a causa do edema e hematoma perineal, nas gestantes do estudo, pode não ter sido a posição de parto. Em estudo sobre posições verticais realizado com 218 parturientes, durante o segundo estágio do trabalho de parto em um hospital do Reino Unido, o mesmo resultado foi encontrado, em que não foi observado um aumento de edema perineal e nem aumento de perda sanguínea em posições verticalizadas⁷.

O estudo mostrou que o Apgar <7 no primeiro minuto de vida, não foi influenciado pela posição de parto, já que, não houve diferença estatística significativa comparando-se as duas posições ($p=0,18$). Esse fato está de acordo com outros estudos, que mostram que as posições verticalizadas contribuem para uma melhor vitalidade do recém-nascido nos primeiros minutos de vida^{5,23}. Não foi analisado, no nosso estudo, se houve ou não a presença de mecônio e/ou sofrimento fetal, que podem influenciar nas causas de Apgar's <7 ²³.

A discordância da descrição da posição de parto, presentes no livro de registro de partos e no boletim de parto no prontuário, foi um fator limitante do estudo. Dessa forma, uma quantidade maior de partos assistidos em posição semi-sentada, podem ter ficado de fora da pesquisa. Esse fato demonstra que na instituição em questão, é necessária uma capacitação dos profissionais quanto aos tipos de posição de parto, principalmente as diferenças entre posição semi-sentada e litotômica, a fim de se obter dados mais fidedignos.

5 CONCLUSÃO

Embora este estudo tenha apresentado uma maior taxa de lacerações perineais em partos assistidos na banqueta de parto, essa diferença pode ser explicada por fatores que não estão relacionados à posição de parto, uma vez que as evidências científicas

demonstram que as posições verticalizadas, não influenciam na ocorrência de lacerações perineais. Além disso, elas oferecem maiores benefícios materno-fetais e proporcionam liberdade de movimentos e autonomia à mulher no momento do parto. Em relação aos outros desfechos perineais, ficou evidenciado nesse estudo que a posição de parto não ocasionou diferenças significativas comparando-se as duas posições. Diante do achado, conclui-se que as duas posições verticalizadas são seguras e podem ser estimuladas para uso da parturiente durante o trabalho de parto e parto.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira, SMJV, Miquilini, EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. Rev. esc. enferm. USP. 2005 Set; 39(3): 288-295 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de dez. de 2017.
2. Gayeski, ME, Bruggemann, OM. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009 Abr;17(2):153-159. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 dez. de 2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde. CONITEC. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília: MS, 2016
4. Mamede, FV; Mamede, MV; Dotto, LMG. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem;11(2): 331-336, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 dez. 2017
5. Baracho SM, Figueiredo EM, Silva LB, Cangussu ICAG, Pinto DN, Souza ELBL, et al. - Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 9 (4): 409-414 out. / dez., 2009
6. Sabatino, H. Atenção ao Nascimento Humanizado Baseado em Evidências científicas Manaus: Grafisa, 2014b
7. Sabatino, H. Atenção ao Nascimento Humanizado Baseado em Evidências científicas. Manaus: Grafisa, 2014a
8. Organização Mundial de Saúde - OMS. Maternidade segura. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
9. Francisco AA, Kinjo MH, Bosco CS, Silva RL, Mendes EPB, Oliveira SMJV. Associação entre trauma perineal e dor em primíparas. Rev. esc. enferm. USP. 2014 Aug; 48(spe): 39-44 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700039&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 de dezembro de 2017.
10. Monteiro JCS, Pitangui ACR, Sousa L, Beleza ACS, Nakano AMS, Gomes FA. Associação entre a analgesia epidural e o trauma perineal no parto vaginal. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jan-mar; 13 (1): 140-144. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 de dezembro de 2017.

11. Riesco MLG, Costa ASC, Almeida SFS, Basile ALO, Oliveira SMJV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(1):77-83.
12. Prefeitura de Belo Horizonte (PBH). *Assistência ao Parto e Nascimento – Diretrizes para o cuidado Multidisciplinar*. Belo Horizonte: PBH, 2015.
13. Silva NLS, Oliveira SMJV, Silva FMB, Santos JO. Dispareunia, dor perineal e cicatrização após episiotomia. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 21 n. 2 p. 216-20. Abr/jun 2013.
14. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Maternidade Odete Valadares. Disponível em: < <http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php/atendimento-hospitalar/complexo-de-especialidades/maternidade-odete-valadares>>. Acesso em: 12 de dez. de 2017.
15. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Factors related to genital trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth*. 2006; 33(2):94-100.
16. Thies-Lagergren L, Kvist LJ, Christensson K, Hildingsson I. No reduction in instrumental vaginal births and no increased risk for adverse perineal outcome in nulliparous women giving birth on a birth seat: results of a Swedish randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11:22.
17. Elvander C, Ahlberg M, Thies-Lagergren L, Cnattingius S, Stephansson O. Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population-based study of 113 000 spontaneous births. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15:252
18. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:59.
19. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017.
20. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017.
21. Pimentel BAP. *Abordagem fisioterapêutica na gestação para prevenção de lesão perineal durante o parto [monografia]*. Bragança Paulista: Universidade São Francisco; 2017.
22. Oliveira TG. *Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo*. *Einstein*. 2012;10(1):22-8
23. Mouta RJO, Pilotto DTS, Vargens OMC, Progianti JM. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Rev Enferm. UERJ*. 2008;16(4):472-6.