

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE-FPS**DESFECHOS MATERNOS E PERINATAIS EM MULHERES NÃO
SUBMETIDAS A EPISIOTOMIA NO PARTO VAGINAL EM UM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA CIDADE DO RECIFE**

Ana Eugênia Silva de Sousa Costa ¹

Maria Inês Bezerra de Melo ²

Maria Cristina dos Santos Figueira ³

Rosália Tereza Carvalho ⁴

1 - Graduanda da Faculdade Pernambucana de Saúde

E-mail: ae-ssc14@hotmail.com

2- Doutora em Saúde Materno Infantil

E-mail: inesmel2000@yahoo.com.br

3-Mestre em Saúde Materno Infantil

E-mail: cristinafigueira@fps.edu.br

4- Enfermeira Obstetra

E-mail: rosaliacarvalho@hotmail.com

RECIFE
2015

RESUMO

INTRODUÇÃO: a Organização Mundial de Saúde (OMS) com base nas evidências científicas publicou em 1996, um guia prático para a assistência ao parto normal, no qual preconizou o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento. Este documento classificou as práticas comuns na condução do parto normal em categorias de acordo com sua utilidade, eficácia e risco. **OBJETIVO:** Descrever os desfechos maternos e perinatais em mulheres que apresentaram lacerações espontâneas durante o parto vaginal em um hospital de referência da cidade do Recife. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, observacional, desenvolvido a partir da tese de doutorado “Não Realização de Episiotomia versus Episiotomia Seletiva: Um Ensaio Clínico Randomizado”. Foi realizado no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), com parturientes atendidas no Espaço Aconchego e Pré-parto. A coleta dos dados foi realizada no período de setembro a outubro de 2015 proveniente do banco de dados da pesquisa original. A análise dos dados foi efetuada utilizando-se o programa EPI-INFO 7.1.5. Inicialmente foram obtidas as distribuições de frequência das variáveis utilizadas para caracterizar a amostra. **RESULTADOS:** Foi verificado que das pacientes que fizeram parte do estudo original, 83,1% tiveram laceração espontânea, 1,68% foram submetidas à episiotomia e 15,2% da amostra apresentaram o períneo íntegro. Quanto à faixa etária, 74,1% encontravam-se entre 19 e 35 anos, 69,0% encontravam-se entre 37 e 39 semanas de gestação e 65,5 % estavam na primeira gestação. Foi verificado que 62,9% tiveram laceração de 1º grau havendo necessidade de sutura em 92,4%. A dor foi referida por 64,8% das mulheres como uma complicação da sutura. Quanto ao desfecho neonatal, observou-se que 50,2% dos recém nascidos apresentaram peso ao nascer entre 3.001 e 3.500g, que 89,8% e 98,5 apresentaram apgar ≥ 7 no 1º e 5º min respectivamente. **CONCLUSÃO:** As evidências sugerem a adoção de uma assistência ao parto menos intervencionista e pautada nos conceitos de humanização, respeitando os direitos e a autonomia da mulher. Desta forma, garantimos um parto mais seguro, de qualidade e com melhores resultados maternos e perinatais.

PALAVRAS-CHAVES: Parto normal, Períneo, Laceração, Episiotomia.

ABSTRACT

INTRODUCTION: the World Health Organization (WHO) based on scientific evidence published in 1996, a practical guide to the care of normal birth, which called for respect for the physiological process and the dynamics of each birth. This document classified the common practice in the conduct of normal childbirth into categories according to their usefulness, effectiveness and risk. **OBJECTIVE:** To describe maternal and perinatal outcomes in women who had spontaneous tears during vaginal birth in a referral hospital in Recife. **METHOD:** This is a descriptive, observational study, developed from the doctoral thesis "Not Conducting episiotomy versus Selective episiotomy: A Randomized Clinical Trial." It was held at the Institute of Integrative Medicine Professor Fernando Figueira (IMIP), with pregnant women treated at Aconchego Space and Pre-delivery. Data collection took place between September-October 2015 from the original research database. Data analysis was performed using the Epi Info 7.1.5 program. Initially, the frequency distributions of the variables obtained were used to characterize the sample. **RESULTS:** It was found that the patients who participated in the original study, 83.1% had spontaneous laceration, 1.68% underwent episiotomy and 15.2% had integrate the perineum. As for the age group, 74.1% were between 19 and 35 years, 69.0% were between 37 and 39 weeks gestation and 65.5% were in first pregnancy. It was found that 62.9% had 1st degree laceration which required suture in 92.4%. Pain was reported by 64.8% of women as a complication of suture. As for the neonatal outcome, it was observed that 50.2% of infants had birth weight between 3,001 and 3,500 g, to 89.8% and 98.5 presented Apgar score ≥ 7 at 1 and 5 min respectively. **CONCLUSION:** Evidence suggests the adoption of a less interventionist care delivery and guided the concepts of humanization, respecting the rights and autonomy of women. In this way, we ensure a safer delivery, quality and better maternal and perinatal outcomes.

KEYWORDS: Normal delivery, Perineum, Laceration, Episiotomy.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), incentivado pelo movimento em prol da humanização do nascimento e do parto e com base nas evidências científicas, publicou em 1996, um guia prático para a assistência ao parto normal, no qual preconizou o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento.¹

Em 2002, seguindo as mesmas diretrizes, este documento foi traduzido e publicado no Brasil pelo Ministério da Saúde, recomendando que deva haver uma razão válida para a interferência no processo natural do parto, devendo o mesmo acontecer com o mínimo de intervenções.²

Estes documentos classificaram as práticas comuns na condução do parto normal em categorias de acordo com sua utilidade, eficácia e risco. O uso liberal ou rotineiro da episiotomia, incisão cirúrgica realizada na região perineal da mulher durante o parto vaginal, foi classificado como prática freqüentemente utilizada de modo inadequado, devendo ser realizada somente nos casos em que houver necessidade, indicada em cerca de 10% a 15% dos casos.¹⁻²

Durante a gravidez, observa-se que fatores importantes estão ligados as mudanças gestacionais como: as mudanças hormonais mediadas no colágeno e no músculo involuntário; aumento do volume total de sangue e assim para útero e rins; o crescimento do feto resultando na conseqüente ampliação e deslocamento do útero; e finalmente o aumento do peso do corpo e as mudanças adaptáveis no centro de gravidade e postura que influenciam no períneo.³

O nascimento no âmbito domiciliar era visto como um processo natural e fisiológico, e assim também era considerado o funcionamento do períneo durante e depois do parto. Com a hospitalização, o nascimento passou a ser considerado um

processo patológico, requerendo necessariamente a realização de intervenções obstétricas para prevenir ou reduzir a incidência de complicações.⁴

A ocorrência de lacerações perineais no parto vaginal, depende de vários fatores, que podem estar relacionados às condições maternas e fetais, ao parto em si e à prática da episiotomia, que pode aumentar a gravidade da laceração. As lacerações espontâneas são classificadas como de primeiro grau quando afetam pele e mucosa; de segundo grau quando se estendem até os músculos perineais; de terceiro grau quando atingem o músculo esfíncter do ânus; e quarto grau quando a lesão do períneo envolve o conjunto do esfíncter anal e exposição do epitélio anal.⁵

A episiotomia é definida como alargamento do períneo, realizado por incisão cirúrgica durante o período expulsivo, feito com lâmina de bisturi ou tesoura, necessitando de sutura para sua correção. As primeiras indicações foram feitas para auxiliar os partos laboriosos, com a justificativa de proteger o corpo da mulher de traumas ocorridos durante o processo do parto.⁶ Foi sugerida para auxiliar os partos vaginais complicados.⁷

Com a medicalização do parto, deixando de ser um processo natural, a episiotomia passou a ser vista como uma intervenção necessária para melhorar os resultados maternos e neonatais.⁸

Atualmente, a episiotomia é um dos procedimentos mais comuns em obstetrícia.⁹ Uma das principais indicações para a realização da episiotomia é a iminência de laceração de 3º e 4º graus (lesões que afetam esfíncter externo do ânus e mucosa retal respectivamente) - estado de rigidez perineal que causa lacerações se não for realizada a episiotomia. Pode-se observar que essa indicação é subjetiva, já que ainda não existem instrumentos que mensurem a elasticidade perineal.¹⁰

As lacerações são definidas como a ocorrência de lesões na região perineal que ocorrem de forma espontânea no momento do parto e podem ser classificadas como: lacerações quando presentes em 1º grau (envolve a pele e/ou a mucosa vaginal), 2º grau (atingem a musculatura perineal), 3º grau (o músculo esfíncter do ânus é atingido) e 4º grau: além do esfíncter, ampliam-se até a mucosa retal¹¹. São consideradas como trauma perineal grave as lacerações de 3º e 4º grau.

Admite-se que a episiotomia, além de provocar maior perda sangüínea, não previne posteriores transtornos do assoalho pélvico, podendo em alguns casos aumentá-los.⁹ Dentre os riscos e prejuízos deste procedimento estão a perda sangüínea, incontinência urinária, dispareunia, piora da função sexual e aumento da taxa de infecção. Soma-se a isto o fato de que a episiotomia não previne lacerações graves, de terceiro e quarto graus.⁸

A não realização de episiotomia de rotina está relacionada à menor perda de sangue, acarreta menor necessidade de sutura, menor risco de infecção e melhor cicatrização, apresenta menor risco de trauma posterior e maior risco de traumatismo anterior, não previne distopias, não encurta o período expulsivo e não melhora escores de Apgar nem protege contra incontinência urinária de esforço pós-parto. Assim, a utilização rotineira deste procedimento não está indicada.¹²

As evidências científicas comprovam que as lacerações perineais de 1º e 2º graus, decorrentes dos partos onde a episiotomia não foi utilizada, apresentam melhores resultados e cursam com menos complicações em termos de perda sangüínea, dor, dispareunia, cicatrização e retorno da função muscular, acarretando menos prejuízos para a mãe.¹³

Fundamentando-se na importância do resgate do papel central da mulher durante o parto e na crescente especulação de hospitais ditos como “humanizados”, além do

respeito às recomendações da OMS e Ministério da Saúde do Brasil, considera-se importante levantar o número de episiotomias realizadas nas instituições hospitalares brasileiras, analisando também a quantidade de lacerações ocorridas durante o processo de parturição por via baixa para se avaliar o número de mulheres que sofrem algum tipo de lesão perineal durante este período e, assim, implementar a assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal.¹⁴

Um preparo, durante a gestação, da musculatura do assoalho pélvico, incluindo massagem e exercícios específicos, poderia aumentar sua capacidade de distensão. Já que existem poucas contraindicações ou efeitos colaterais, a massagem perineal deveria ser ensinada à todas as gestantes.¹⁰

Com a realização desta pesquisa pretende-se contribuir para a melhoria da assistência às parturientes, no sentido de reforçar a não realização de episiotomias sem indicação.

OBJETIVO GERAL

Descrever os desfechos maternos e perinatais em mulheres que apresentaram lacerações espontâneas durante o parto vaginal em um hospital de referência da cidade do Recife.

Objetivos Específicos:

- Descrever o perfil das parturientes;
- Classificar o tipo de laceração sofrida pelas parturientes e a necessidade de sutura;
- Identificar as complicações das correções das lacerações
- Verificar o desfecho neonatal das parturientes.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, com abordagem quantitativa, sendo este desenvolvido a partir da tese de doutorado “Não Realização de Episiotomia versus Episiotomia Seletiva: Um Ensaio Clínico Randomizado”.

Foi realizado no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), com parturientes atendidas no Espaço Aconchego e Pré-parto.

A coleta dos dados foi proveniente do banco de dados da pesquisa original, realizada no período de setembro a outubro de 2015. Foi obtida uma amostra não probabilística, de conveniência, determinada de acordo com as mulheres que preencherem os critérios de elegibilidade no período do estudo e que constam no banco de dados da tese. A análise dos dados foi realizada por estatística descritiva com os valores expressos em frequências simples. Assim, foram analisadas 237 mulheres das quais 197 apresentaram laceração perineal espontânea, 04 foram submetidas a episiotomia no parto vaginal e 36 apresentaram períneo íntegro.

Foram estudadas as seguintes variáveis: **Sociodemográficas:** idade da gestante; número de gestações; paridade; idade gestacional; escolaridade. **Comorbidades:** diabetes, hipertensão, ruptura prematura das membranas, restrição do crescimento fetal. **Trabalho de parto:** espontâneo ou induzido. **Tipo de parto:** espontâneo ou instrumental. **Desfechos neonatais:** peso ao nascer e Apgar. **Características Perineais:** frequência de lacerações espontâneas (grau de laceração, localização: anterior ou posterior); frequência de trauma perineal grave; necessidade de sutura perineal e dor perineal pós-parto.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP com o CAAE nº: 10816312.2.0000.5201 e o parecer nº 3365-12, conforme recomendado na resolução 466/12.

RESULTADOS

Na tabela 1 podemos verificar que das pacientes que fizeram parte do estudo original 83,1% tiveram laceração espontânea, 1,68% foram submetidas à episiotomia e 15,2% da amostra apresentaram o períneo íntegro.

Tabela 1. Distribuição de frequência dos desfechos perineais das parturientes de uma Maternidade Pública do Recife, 2012-2013.

Desfecho perineal	n (237)	%
Episiotomia	04	1,68
Laceração espontânea	197	83,1
Períneo íntegro	36	15,2

Fonte: Banco de dados da tese: Não Realização de Episiotomia *versus* Episiotomia seletiva: Um Ensaio Clínico Randomizado.

Em relação à idade, 74,1% encontravam-se entre 19 e 35 anos. No que se refere ao município de residência 48,7% eram procedentes da cidade do Recife. Observa-se que 73,1% tinham entre 09 e 12 anos de estudo. Observa-se que 69% delas encontravam-se entre 37 a 39 semanas de gestação, 65,5% estavam na primeira gestação e que 69,5% não tinham filhos. (Tabela 2).

Tabela 2. Características sociodemográficas e obstétricas das parturientes que apresentaram laceração espontânea de uma Maternidade Pública do Recife, 2012-2013.

Características sociodemográficas	n (197)	%
Idade		
≤ 18	43	21,8
19-35	146	74,1
≥36	08	4,1
Município de Residência		
Recife	96	48,7
RMR	74	37,6
Interior	27	13,7
Escolaridade (anos de estudo)		
↓ de 09 anos	47	23,8
09 - 12	144	73,1
↑ de 12 anos	06	3,1
Idade Gestacional na admissão		
37 sem a 39 sem	136	69,0
> 39 sem	61	31,0
Gesta		
I	129	65,5
II	46	23,3
III	13	6,6
>III	09	4,6
Paridade		
0	137	69,5
1	47	23,9
2	08	4,1
≥3	05	2,5

No que se refere ao grau de laceração foi verificado que 62,9% tiveram laceração de 1º grau havendo necessidade de sutura em 92,4% sendo utilizado apenas 01 fio em 41,2% delas. A dor foi referida por 64,8% das mulheres como complicações da sutura. (Tabela 3)

Tabela 3 - Distribuição de frequência das parturientes que apresentaram laceração espontâneas segundo o grau, necessidade de sutura e complicações das correções de uma Maternidade Pública do Recife, 2012-2013.

Características Obstétricas	n (197)	%
Grau da laceração		
1º grau	124	62,9
2º grau	67	34,0
3º grau	5	3,1
Necessidade de sutura		
Sim	182	92,4
Não	15	7,6
Quantidade de fios usados		
01 fio	75	41,2
02 fios	64	35,2
≥ 03 fios	43	23,6
Complicações da sutura		
Sim	121	66,5
Não	61	33,5
Complicações*		
Dor	118	64,8
Edema	67	36,8
Hiperemia	04	2,2

Fonte: Banco de dados da tese: Não Realização de Episiotomia *versus* Episiotomia seletiva: Um Ensaio Clínico Randomizado.

Foi observado que 50,2% dos Rns apresentaram o peso ao nascimento entre 3.001 e 3.500g, que 89,8% apresentaram Apgar ≥ 7 no 1º min e 98,5% com Apgar ≥ 7 no 5º min e 97,5% foram encaminhados ao alojamento conjunto.(Tabela 4)

Tabela 4 – Desfecho neonatal de RNs de uma Maternidade Pública do Recife, 2012-2013.

Desfecho Neonatal	n (197)	%
Peso do RN		
↓ de 2.500g	06	3,0
2.501 – 3.000g	37	18,9
3.001 – 3.500g	99	50,2
3.501 – 3.999g	49	24,9
↑ 4000g \geq	06	3,0
Apgar ≥ 7 no 1º min		
Sim	177	89,8
Não	20	10,2
Apgar ≥ 7 no 5º min		
Sim	194	98,5
Não	03	1,5
Destino do RN		
Alojamento Conjunto	192	97,5
UTI Neonatal	05	2,5

Fonte: Banco de dados da tese: Não Realização de Episiotomia *versus* Episiotomia seletiva: Um Ensaio Clínico Randomizado.

DISCUSSÃO

Das parturientes, 83,1% tiveram laceração espontânea e 15,2% da amostra apresentaram o períneo íntegro. Em relação à idade, 74,1% encontravam-se entre 19 e 35 anos. Em estudo que verificou a frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar, foi verificado que 87,1% encontravam-se entre 17 e 36 anos. Observa-se, que a maioria das mulheres pariu na idade fértil.¹⁶ Não foram encontrados estudos associando o trauma perineal à idade materna.

No que se refere as características obstétricas das parturientes, observa-se que 69,0% delas encontravam-se entre 37 a 39 semanas de gestação, tempo considerado hábil para o parto pela maturidade fetal.

Quanto ao grau de laceração, foi verificado que 62,9% tiveram laceração de 1º grau que têm evolução clínica favorável, havendo necessidade de sutura em 92,4% sendo utilizado apenas 01 fio em 41,2% delas. Em estudo que analisou a caracterização das lacerações perineais espontâneas no parto normal em 2012 foi encontrado um percentual de 77,5% de laceração de 1º grau.¹⁷ Amorim et al. adotando um protocolo de não realização de episiotomia associado a estratégias de proteção perineal, encontraram uma taxa de 23% das mulheres que precisaram de sutura perineal.^{18, 19, 20}

Neste estudo, 65,5% das mulheres estavam vivenciando a primeira gestação. A nuliparidade associa-se com maior chance de preservação da integridade perineal atribuída à maior elasticidade perineal entre as mulheres sem cicatriz anterior.²¹

A dor foi referida por 64,8% das mulheres como complicações da sutura. Dos 303 partos vaginais ocorridos em um hospital universitário, na cidade de São Paulo, foi observado que 53,6% das mulheres mencionaram que a sensação dolorosa ocorreu predominantemente nas primeiras 24 h após o parto.²² Em 2009, Carroli mencionava menor risco de trauma perineal grave, menor necessidade de sutura, menor frequência

de dor perineal no pós-parto, menor risco de complicações da sutura perineal (edema, deiscência, infecção e hematoma), menor perda de força perineal pós-parto e menor risco de dispareunia como as vantagens da não realização de episiotomia.¹¹

Foi observado que 50,2% dos Rns apresentaram o peso ao nascimento entre 3.001 e 3.500g, que 89,8% apresentaram Apgar ≥ 7 no 1º min e 98,5% com Apgar ≥ 7 no 5º min e que 97,5% foram encaminhados ao alojamento conjunto. Estudo avaliando o trauma perineal no parto verificou que o peso do RN apareceu como a única variável associada à laceração perineal, indicando que quanto maior o peso, maior é a chance de sua ocorrência e que as mulheres com bebês acima de 3.300 gramas têm 1,6 mais chances de ter laceração de 2º grau.²¹ Em pesquisa realizada para identificar os fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em núlparas, verificou que houve uma concentração maior de recém-nascidos com peso maior ou igual a 3.000 gramas, entre as parturientes com laceração perineal.²³

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu concluir que devido a elevada prevalência de laceração de grau 1 havendo necessidade de sutura em 92,4% dos casos, se faz necessário a adoção de uma assistência ao parto menos intervencionista. A partir das considerações feitas faz-se necessário o resgate da obstetrícia em seu significado “ficar ao lado”. Ficar ao lado e não a frente da parturiente é a principal função do profissional que assiste ao nascimento intervindo somente quando necessário respeitando a individualidade feminina, os direitos humanos das mulheres e a prática da obstetrícia baseada na evidência científica, garantimos um parto mais seguro, de qualidade e com melhores resultados maternos e perinatais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial de Saúde – OMS. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília (DF); 1996.
2. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. 1ª Ed. Brasília (DF); 2001.
3. Myers- Helfgott MG, Helfgott AW. Routine use of episiotomy in modern obstetrics. Should it be performed? *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1999; 26: 305-25.
4. Kettle C, O'Brien PMS. Methods and materials used in perineal reappair. *RCOG. Guideline 2004;* 23: 1-8.
5. Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho OB. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Femina*, 38 (5): 2008. Maio [acesso em 2012 Out 24].
6. Ymayo MR, Bourget MM, Labrecque M, Eason E, Daniels F. Prevenção do trauma perineal noparto: porque evitar a episiotomia como rotina? São Paulo: s.n.; 1999.
7. Lobo SF. O uso da episiotomia e sua associação com as alterações maternas e neonatais [manuscrito]/ Sara Fleury Lobo, 2010. 87f.: Il., figs, tabs.
8. Osava RH. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico. [tese] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública USP; 1997.
9. Zanetti MRD; Petricelli CD; Alexandre SM; Torloni MR; Nakamura MU; Sass N. Episiotomia: revendo conceitos. *Femina*. 2009 Junho. Vol 37 nº 7.
10. Angiolli R, Gómez-Marín O, Cantuaria G, O'Sullivan MJ. Severe perineal lacerations during vaginal delivery: The University of Miami experience. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182(5):1083-5.
11. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2009. Oxford: Update Software.

12. Amorim MMR de, Katz L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina*. 2008;36:47-54.
13. Santos JO, Shimo AKK. Discurso do sujeito coletivo das mulheres que sofreram episiotomia. *Rev Min Enferm*, 11 (4): [5p]. 2007 Out-Dez [acesso em 2012 Out 25].
14. Santos JO, Shimo AKK. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008 Dez [acesso em 2012 Out 26]; 12 (4): [5p].
15. Leeman LM, Rogers RG, Greulich B, Albers LL. Do unsutured second-degree perineal lacerations affect postpartum functional outcomes? *J Am Board Fam Med*. 2007;20(5):451.
16. Santos JO, Bolanho IC, Mota JQC, Coleoni L, Oliveira MA. Frequência de lesões perineais nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008 dez; 12 (4): 658-63.
17. Jaqueline Souza Leite. Caracterização das lacerações perineais espontâneas no parto normal. Dissertação de mestrado, São Paulo, 2012.
18. Amorim MM, Franca-Neto AH, Leal NV, Melo FO, Maia SB, Alves JN. Is it possible to never perform episiotomy during vaginal delivery? *Obstet Gynecol*. 2014;123Suppl 1:38S.
19. Leal NV, Amorim MM, Franca-Neto AH, Leite DF, Melo FO, Alves JN. Factors associated with perineal lacerations requiring suture in vaginal births without episiotomy. *Obstet Gynecol*. 2014;123Suppl 1:63S-4S.
20. Amorim MMR, Maia SB, Leite DFB, et al. Assistência humanizada ao parto no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA): resultados maternos. *Saúde Ciência*. 2010;1:80-6.
21. Riesco MLG, Costa ASC, Almeida SFS, Basile ALO, Oliveira SMJV. Trauma perineal no parto normal. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1):77-83).
22. Francisco AA, Oliveira SMJV, Santos JO, Silva FMB. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. *Acta Paul Enferm* 2011;24(1):94-100.
23. Scarabotto LB, Riesco MLG. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(3):389-395.
24. Melo MIB. Tese de Doutorado “Não Realização de Episiotomia versus Episiotomia Seletiva: Um Ensaio Clínico Randomizado”.