

# Associação entre trauma perineal e dor em primíparas\*

ASSOCIATION BETWEEN PERINEAL TRAUMA AND PAIN IN PRIMIPAROUS WOMEN

ASOCIACIÓN ENTRE EL TRAUMA PERINEAL Y DOLÓR EM PRIMÍPARAS

Adriana Amorim Francisco<sup>1</sup>, Mirian Hiromi Kinjo<sup>2</sup>, Caroline de Souza Bosco<sup>3</sup>, Renata Luana da Silva<sup>4</sup>, Edilaine de Paula Batista Mendes<sup>5</sup>, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira<sup>6</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar a associação entre trauma perineal e dor em 473 primíparas.

**Método:** Estudo transversal, no qual dor foi mensurada por meio da escala numérica de dor (0 a 10 – sendo 0 ausência de dor e 10 dor máxima). A prevalência e a média de intensidade de dor foram 33,0% e 4,7 (Desvio Padrão = 2,0) pontos na escala numérica, respectivamente. **Resultados:** A episiotomia foi o trauma mais frequente (46,7%). A ocorrência e a intensidade da dor foram associadas ao trauma perineal e ao tempo de pós-parto. Ter trauma perineal triplicou a chance de dor. Cada hora decorrida depois do parto reduziu a chance de dor em 4,8%. **Conclusão:** As primíparas estão sujeitas a elevada frequência de trauma perineal, sobretudo episiotomia. A dor perineal afeta, aproximadamente, um terço das primíparas e está associada ao tempo de pós-parto e aos traumas locais.

## DESCRITORES:

Dor  
Episiotomia  
Paridade  
Período pós-parto  
Enfermagem obstétrica

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the association between perineal trauma and pain in 473 primiparous women. **Method:** Cross-sectional study in which pain was measured by the numerical pain scale (0 to 10 - 0 being no pain and 10 maximal pain). **Results:** The prevalence and mean intensity of pain were 33.0% and 4.7 points (standard deviation = 2.0) in the numeric scale, respectively. Episiotomy represented the most frequent trauma (46.7%). The occurrence and intensity of the pain were associated with perineal trauma and postpartum time. Having perineal trauma tripled the chance of pain. Each hour elapsed following the birth reduced the chance of pain by 4.8%. **Conclusion:** Primiparous women are subject to a high frequency of perineal trauma, with episiotomy being the most prominent. Perineal pain affects approximately one-third of primiparous women and is associated with the postpartum time and perineal traumas.

## DESCRIPTORS:

Pain  
Episiotomy  
Parity  
Postpartum period  
Obstetrical nursing

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la asociación entre el trauma y el dolor perineal en 473 primíparas. **Método:** Estudio transversal, en el que el dolor se midió por medio de la escala numérica del dolor (0 a 10; 0 = ningún dolor y 10 = dolor máximo). La prevalencia y el promedio de intensidad del dolor fueron 33,0% y 4,7 (Desviación Estándar = 2,0) puntos en la escala, respectivamente. **Resultados:** La episiotomía fue el trauma más frecuente (46,7%). La ocurrencia y la intensidad del dolor se asociaron con el trauma y el tiempo del postparto. Tener trauma perineal triplica la probabilidad de tener dolor. Cada hora transcurrida después del nacimiento reduce la posibilidad de dolor en 4,8%. **Conclusión:** Las primíparas están sujetas a altas tasas de trauma perineal, especialmente episiotomía. El dolor perineal afecta aproximadamente a un tercio de las primíparas y se asocia con el tiempo de postparto y el traumatismo local.

## DESCRIPTORES:

Dolor  
Episiotomía  
Paridad  
Período de postparto  
Enfermería obstétrica

\* Extraído do trabalho "Length of perineal analgesia using cryotherapy: a randomized controlled trial", 1ª Mostra de Trabalhos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2013. <sup>1</sup> Doutoranda, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. <sup>2</sup> Enfermeira Graduada pela Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. <sup>3</sup> Mestranda, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. <sup>4</sup> Mestranda, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, <sup>5</sup> Mestranda, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, <sup>6</sup> Professora Associada, Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiátrica, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo

## INTRODUÇÃO

Em decorrência do parto vaginal, a maioria das mulheres apresenta algum grau de trauma perineal, que pode ser caracterizado pela ocorrência de laceração espontânea, episiotomia ou de ambos. Os índices desses traumas variam internacionalmente, sobretudo em relação à episiotomia. Em países asiáticos, como China e Taiwan, sua taxa ultrapassa 82%, enquanto em países europeus, tais como Suécia, Dinamarca e Inglaterra, ela está entre 9,7% e 13%<sup>(1)</sup>. No Brasil, os resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada por meio de um inquérito nacional com cerca de 4.000 mulheres, apontou que nos cinco anos anteriores à pesquisa a episiotomia foi praticada em 70% dos partos ocorridos no país, com proporções menores apenas entre mulheres com pelo menos três filhos<sup>(2)</sup>.

Quando se considera a paridade, as taxas mostram-se ainda mais elevadas. Observa-se que primíparas estão mais expostas ao trauma perineal<sup>(3-4)</sup>, principalmente à episiotomia. Mulheres sem parto vaginal anterior têm três vezes mais chance de serem submetidas a esse procedimento<sup>(5)</sup>, enquanto entre as múltiparas a probabilidade de se sujeitar a essa intervenção é 55% menor<sup>(4)</sup>. Em alguns países da América do Sul a proporção de primíparas sujeitas à episiotomia ultrapassa 90%<sup>(1)</sup>. Outros dados apontam que a taxa desse procedimento em nulíparas foi, em média, 44% superior àquela observada em todos os partos vaginais registrados em hospitais de seis países emergentes<sup>(6)</sup>.

Diante disso, deve-se considerar que essas lesões estão associadas a complicações que incluem maior risco de trauma perineal posterior, necessidade de sutura, complicações na cicatrização<sup>(7)</sup>, risco de infecção, incontinência anal<sup>(8)</sup> e urinária, dispareunia e dor perineal<sup>(9-10)</sup>.

A dor perineal é um sintoma comum entre as puérperas, que pode apresentar-se desde os primeiros dias após o parto e persistir para além do período pós-natal. Um *survey* realizado com 2.400 mulheres nos Estados Unidos apontou que, entre 1.656 puérperas que tiveram parto vaginal, 40% se queixaram de dor perineal nos primeiros dois meses após o parto. Aos seis meses ou mais, algumas delas ainda relataram a dor no períneo como um problema persistente<sup>(11)</sup>.

Em geral, a ocorrência e a intensidade da dor perineal estão relacionadas à gravidade do trauma nessa região. Estudo conduzido com 215 mulheres australianas 72 horas após o parto vaginal apontou que a intensidade da dor perineal foi significativamente afetada pelo grau do trauma<sup>(12)</sup>. O *survey* citado anteriormente mostrou que a gravidade da dor esteve fortemente relacionada à existência de episiotomia, pois entre as puérperas com parto vaginal 7% relataram um períneo doloroso seis meses após o parto, enquanto para aquelas com episiotomia a proporção foi de 9%<sup>(11)</sup>. Contudo, ainda que o períneo esteja íntegro, algumas mulheres podem se queixar de dor<sup>(12)</sup>.

A dor perineal é debilitante e afeta a mulher na sua mobilidade. Por consequência, muitas delas relatam dor ao sentar, andar, amamentar e cuidar do bebê<sup>(12-13)</sup>. Essa interferência varia de leve a extrema<sup>(11)</sup> e pode repercutir negativamente na experiência da maternidade.

Assim, entendendo que o puerpério é um período de muitas adaptações, sobretudo para as mulheres que vivem a maternidade pela primeira vez, e que a dor perineal é um fator que dificulta a realização das atividades de autocuidado, bem como a interação entre o binômio, investigar se há associação entre a dor e a ocorrência do trauma perineal nesse grupo de mulheres é importante para oferecer evidências para embasar a assistência obstétrica.

O objetivo do estudo foi identificar a ocorrência de associação entre trauma perineal e dor em primíparas.

## MÉTODO

O Estudo transversal realizado no Alojamento Conjunto (AC) de uma maternidade filantrópica, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), que atende parturientes de risco habitual e moderado.

Nessa instituição, a equipe de médicos obstetras é responsável pela admissão da gestante, por assistir partos operatórios e distócicos, bem como fornecer retaguarda nas intercorrências detectadas pelas enfermeiras obstétricas durante o trabalho de parto e parto. A assistência ao trabalho de parto e parto de evolução fisiológica é prestada por enfermeiras obstétricas e obstetizas.

A coleta de dados ocorreu entre 10 de dezembro de 2012 e 8 de fevereiro de 2013.

Foram incluídas no estudo mulheres que deram à luz na instituição nesse período e que atenderam os critérios de inclusão: pós-parto normal, sem parto vaginal anterior, gestação de feto único, a termo, em apresentação cefálica, sem analgesia raquidiana ou peridural no parto, sem intercorrências clínicas ou obstétricas, sem dificuldades de comunicação ou compreensão da língua portuguesa e com o recém-nascido (RN) em boas condições clínicas no momento da inclusão no estudo.

A dor perineal foi mensurada por meio da escala numérica de dor<sup>(14)</sup> (0 a 10 – sendo 0 ausência de dor e 10 dor máxima). A mulher foi questionada sobre a ocorrência de dor no períneo, por meio da pergunta *Você está com dor no períneo, agora?*. Se a resposta fosse afirmativa, aplicava-se a escala de dor para mensurar sua intensidade. Foram considerados como dor os relatos de dor, ardor, fisgada, desconforto e incômodo na região perineal.

Os dados foram coletados por meio de entrevista e consulta ao prontuário, utilizando um formulário estruturado que continha informações de identificação da participante, características sociodemográficas (idade, cor de pele e escolaridade), dados do parto (data e horário do

parto, presença de trauma perineal e de sutura, tipo de trauma e peso do RN) e de ocorrência e intensidade de dor perineal.

A variável cor da pele foi obtida segundo o autorrelato da mulher. O número de trauma perineal foi classificado de acordo com a ocorrência de lesões em um ou mais locais (0 a 2), registradas no prontuário médico. Na ocorrência de mais de um tipo de trauma simultaneamente, considerou-se o de maior gravidade.

Para fins de análise estatística foram utilizados os testes de Shapiro-Wilks, Qui-Quadrado, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Além desses, ajustou-se um modelo de regressão logística para avaliar fatores independentes associados à presença de dor perineal. Todos os testes foram realizados considerando nível de significância de 5%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (Processo nº 1119/2012/CEP-EEUSP). A participação das puérperas foi voluntária, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Foram incluídas no estudo 473 puérperas, que apresentavam cor de pele predominantemente parda (50,7%), com média de 22 (DP=4,8) anos de idade, 9,9 (DP=2,0) anos de estudo e de 16 (DP=11,6) horas de pós-parto. O peso do RN foi em média 3.179g (DP=379g) (variação de 2.130g a 4.485g).

A prevalência e a média de intensidade de dor foram 33,0% e 4,7 (DP=2,0) pontos na escala numérica, respectivamente.

Setenta e uma mulheres (15,0%) mantiveram a integridade perineal. A episiotomia foi o trauma mais frequente (46,7%), seguido pela laceração de primeiro (32,4%) e segundo graus (5,1%). Em quatro prontuários não havia informação sobre o grau de traumatismo perineal. Não foram registrados casos de laceração de terceiro ou de quarto grau.

A sutura perineal foi praticada em 83,5% do total das participantes. Quando se consideraram apenas as lacerações de primeiro grau, 96,3% das mulheres foram suturadas.

Ao comparar as puérperas segundo a ocorrência de dor, houve diferença estatística significativa apenas quanto ao número de trauma perineal ( $p=0,017$ ) e ao tempo de pós-parto ( $p=0,001$ ). A taxa de períneo íntegro foi maior entre as mulheres sem dor (12,3% contra 2,7%), enquanto aquelas com dor tiveram um ou dois traumas perineais. No entanto, a comparação da queixa de dor entre as mulheres com um ou dois traumas não mostrou diferença significativa ( $p=0,930$ ). No momento em que foram entrevistadas, as mulheres com dor perineal apresentavam menor média de tempo de pós-parto (12,9 e DP=7,3 versus 17,6 e DP=12,9 horas).

Quanto ao tipo de trauma perineal, observou-se que a episiotomia foi mais frequente entre as puérperas com dor, ao passo que, entre aquelas sem dor, prevaleceu a laceração de primeiro grau. Contudo, essa diferença não foi estatisticamente significativa ( $p=0,703$ ).

A intensidade da dor perineal também foi associada ao número de traumas ( $p=0,027$ ) e ao tempo de pós-parto ( $p<0,001$ ). Puérperas com um trauma perineal relataram aproximadamente quatro vezes mais dor de intensidade moderada do que aquelas de períneo íntegro (5,6% versus 20,7%). Entre os grupos com traumatismo perineal, não houve diferença significativa quanto à intensidade de dor. Primíparas com menor tempo de pós-parto referiram dor perineal mais intensa.

A análise de regressão logística mostrou que, comparadas às mulheres com períneo íntegro, primíparas com um ou dois traumas perineais tiveram quase três vezes mais chance de ter dor perineal. Quanto ao tempo de pós-parto observou-se que, para cada hora transcorrida depois do parto, a chance de ocorrer dor diminuiu 4,8%, uma vez que o OR para cada hora decorrida foi 0,952; o coeficiente de tempo de pós-parto igual a 0,048 foi obtido da diferença (1-0,952) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Estimativa da razão de chance (OR) e intervalo de confiança (IC) do tempo de pós-parto e número de trauma perineal para dor no períneo, segundo o modelo de regressão logística – São Paulo, 2012 e 2013

Variável	Dor	
	OR	IC (95%)
Tempo de pós-parto	0,952	0,930–0,973
Número de trauma perineal		
0	1	
1	2,8	1,516–5,608
2	2,9	1,065–8,013

## DISCUSSÃO

A proposta deste estudo foi identificar a associação entre trauma perineal e dor em primíparas.

A alta frequência de dor e de traumatismo perineal identificada neste estudo reforça as evidências de que a primiparidade predispõe a mulher ao trauma<sup>(5,15-16)</sup> e à dor perineal após o parto<sup>(17)</sup>.

A associação entre ocorrência de dor e o número de traumas perineais mostrou que puérperas com um ou dois traumas perineais apresentaram quase três vezes mais chance de ter dor do que aquelas com o períneo íntegro. Porém, pode-se dizer que esse efeito decorreu apenas da relação entre ter lesão ou não, uma vez que não foi encontrada diferença significativa ao comparar os grupos com um ou mais traumas.

A intensidade da dor também foi maior entre as mulheres com traumatismo perineal. Elas relataram aproximadamente quatro vezes mais dor moderada do que aquelas com períneo íntegro. Entretanto, em relação às mulheres com traumas perineais, a distribuição da frequência dos escores de dor não seguiu o padrão esperado, ou seja, que aquelas com maior número de lesões referissem níveis mais elevados de dor.

Quanto ao tipo de trauma, observou-se que a episiotomia destacou-se como a lesão mais frequente, sobretudo entre as mulheres que relataram dor perineal. Por outro lado, entre aquelas sem dor, predominou a laceração de primeiro grau. Contudo, não foi constatada associação entre o tipo de trauma perineal e a ocorrência e intensidade de dor.

No entanto, estudos prévios apontaram estreita relação entre o tipo de trauma no períneo e a dor. A episiotomia foi associada à ocorrência e persistência da dor. Ela elevou em quatro vezes a chance de dor perineal e foi apontada como fator preditivo para dor nessa região no pós-parto vaginal, independente da paridade<sup>(15)</sup>. Seis meses após o parto, ela esteve associada a proporções maiores de queixa de dor<sup>(11)</sup>.

Quanto à intensidade da dor, puérperas com episiotomia ou lacerações suturadas relataram dor perineal mais intensa do que aquelas com períneo íntegro ou lacerações não suturadas em um estudo australiano<sup>(18)</sup>.

Em primíparas, uma política de episiotomia seletiva aumentou a possibilidade de manter o períneo íntegro, enquanto o uso rotineiro elevou significativamente a intensidade de dor perineal logo após, 24 e 48 horas depois do parto<sup>(10)</sup>.

O tempo de pós-parto também diferiu entre os grupos de participantes deste estudo. Mulheres que relataram dor perineal tinham menos horas de pós-parto. O modelo de regressão logística mostrou que a chance de ter dor diminuiu quase 5% a cada hora decorrida após o parto. Porém, essa variável refere-se ao momento em que as participantes foram entrevistadas; assim, deve ser interpretada com cautela, pois pode não refletir, necessariamente, o momento em que se iniciou a sensação dolorosa. Convém comentar que foram encontradas elevadas taxas de sutura perineal neste estudo, sobretudo em relação às lacerações de primeiro grau. Assim, não foi possível analisar a associação entre essa variável e a ocorrência de dor. Entretanto, um ensaio clínico aleatorizado demonstrou que primíparas cujas lacerações de primeiro e segundo graus foram suturadas tiveram mais desconforto perineal ( $p=0,038$ ) comparadas ao grupo não suturado<sup>(19)</sup>. Nesse sentido, questiona-se quais fatores influenciam o profissional a reparar o trauma. Um estudo exploratório australiano mostrou que essa decisão é determinada por aspectos que incluem as características da lesão, a experiência do profissional, o consentimento da mulher e o potencial desconforto que esse procedimento pode causar, entre outros<sup>(20)</sup>. Por outro lado, no Brasil, onde a assistência ao

parto é caracterizada pela relação autoritária entre o profissional que presta os cuidados obstétricos e a mulher<sup>(21)</sup>, dificilmente a opinião da puérpera é considerada.

Ademais, na instituição onde o estudo foi conduzido, a técnica de sutura tradicional e o fio catgut são convencionalmente utilizados no reparo perineal. Porém, duas revisões sistemáticas apontaram que a técnica de sutura contínua está associada a menos dor, menor necessidade de analgesia e remoção da sutura comparada à técnica interrompida<sup>(22)</sup>, enquanto o fio catgut aumentou a queixa de dor perineal no puerpério imediato<sup>(23)</sup>.

O impacto do traumatismo perineal na saúde materna no período pós-natal, incluindo a dor, faz com que a sua prevenção seja considerada um componente importante da qualidade da assistência obstétrica.

A frequência dessas lesões varia consideravelmente e pode ser atribuída a fatores que incluem condições maternas e fetais e as características da assistência obstétrica. Entre primíparas, o peso do recém-nascido, o uso de ocitocina e a posição materna semissentada durante o período expulsivo foram apontados como os fatores de risco para traumatismo perineal<sup>(4)</sup>.

Por outro lado, a introdução de práticas que visam proteger o períneo, tais como posições não litotômicas no período expulsivo, massagem perineal<sup>(24-25)</sup>, prática seletiva de episiotomia<sup>(7)</sup>, manejo como *hands-on* e *hands-off*<sup>(26)</sup> e uso seletivo de ocitocina<sup>(17)</sup>, poderia contribuir para aumentar as taxas de integridade perineal e reduzir o número de episiotomia. Entretanto, a adoção dessas práticas exige mudanças no modelo de cuidado e na formação dos profissionais responsáveis pela assistência obstétrica.

O contraste entre as evidências científicas e a prática assistencial é influenciado pelo profissional que presta os cuidados de saúde e por como a assistência está estruturada na instituição.

Em um estudo que comparou mulheres cujo parto ocorreu em três ambientes diferentes, houve associação significativa entre parir no ambiente hospitalar e ter trauma perineal. Nulíparas cujo parto ocorreu no hospital tiveram mais episiotomia e lacerações de terceiro e quarto graus. Por outro lado, no ambiente extra-hospitalar predominaram o períneo íntegro e as lacerações de segundo grau, de grandes e pequenos lábios e de parede vaginal<sup>(3)</sup>.

Na maternidade onde este estudo foi realizado, o modelo de cuidado foi estruturado para promover o parto fisiológico. De acordo com a Revisão Sistemática Cochrane, nesse modelo de assistência há menos intervenções, lacerações perineais e maiores taxas de parto vaginal espontâneo comparado com cuidados prestados em unidades obstétricas<sup>(27)</sup>, porém a proporção de traumas perineais apontada no atual estudo foi elevada, sobretudo a taxa de episiotomia, que foi quase cinco vezes maior do que aquela recomendada pela OMS para essa paridade (10%)<sup>(28)</sup>.

A formação e o treinamento do profissional que assiste o parto também tem impacto no manejo perineal. O profissional pode ser formado para acreditar que as intervenções garantam um parto bem-sucedido; assim, resiste a mudanças das práticas padronizadas<sup>(29)</sup>. Ademais, a insegurança do profissional na implementação de práticas baseadas em evidências também pode ser um fator limitador para as mudanças assistenciais.

Um estudo realizado com 338 obstetrias que atuam no Reino Unido revelou que grande parte dessas profissionais sentia-se insegura quanto à realização da episiotomia e à avaliação e ao reparo perineal após o parto. Apenas obstetrias com 20 anos ou mais de experiência e aquelas com maior grau de qualificação profissional eram mais propensas a implementar as recomendações baseadas em evidências e sentiam-se mais confiantes sobre os cuidados perineais<sup>(30)</sup>.

Mudanças no cuidado perineal podem ser alcançadas por meio de treinamento profissional baseado na compreensão e no uso das evidências disponíveis. Estudo apontou que a redução do número de episiotomia e de lacerações de terceiro e quarto graus, assim como o aumento das taxas de períneo íntegro, foram obtidos após um programa de treinamento profissional para o uso das práticas baseadas em evidências<sup>(31)</sup>, resultando em melho-

rias no cuidado em saúde e na redução da gravidade dos desfechos decorrentes da assistência obstétrica.

## CONCLUSÃO

Primíparas estão sujeitas a uma elevada frequência de trauma perineal, sobretudo de episiotomia. A maioria dos traumas perineais é suturada, principalmente as lacerações de primeiro grau. A dor perineal afeta cerca de um terço das primíparas após o parto normal e está associada ao tempo de pós-parto e à presença de traumas locais. A chance de uma primípara ter dor perineal é cerca de três vezes maior após traumas nessa região do que aquelas com períneo íntegro e 4,8% menor para cada hora decorrida depois do parto.

O reconhecimento da associação entre a dor e a ocorrência do trauma perineal nesse grupo de mulheres é importante para aprimorar a assistência obstétrica. Por outro lado, os resultados aqui apresentados incitam a refletir sobre o contraste entre o cuidado prestado à primípara durante o parto normal e as evidências científicas para prevenir o trauma perineal, tais como o uso restrito da episiotomia, a sutura perineal (sutura contínua e o tipo de fio) e as posições não litotômicas para o parto.

## REFERÊNCIAS

1. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth*. 2005;32(3):219-23.
2. Brasil. Ministério da Saúde; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: Relatório final [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2014 mar. 16]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio\\_final\\_pnds2006.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf)
3. 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(1):59.
4. Silva FM, Oliveira SM, Bick D, Osava RH, Tuesta EF, Riesco ML. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. *J Clin Nurs*. 2012;21(15-16):2209-18.
5. 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.
6. Kropp N, Hartwell T, Althabe F. Episiotomy rates from eleven developing countries. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005;91(2):157-9.
7. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD000081.
8. Laine K, Skjeldestad FE, Sanda B, Horne H, Spydslaug A, Staff AC. Prevalence and risk factors for anal incontinence after obstetric anal sphincter rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011;90(4):319-24.
9. Chang SR, Chen KH, Lin HH, Chao YM, Lai YH. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(4):409-18.
10. Shahraki AD, Aram S, Pourkabirian S, Khodae S, Choupannejad S. A comparison between early maternal and neonatal complications of restrictive episiotomy and routine episiotomy in primiparous vaginal delivery. *J Res Med Sci*. 2011;16(12):1583-9.
11. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Herrlich A. Major Survey Findings of Listening to Mothers(SM) III: New Mothers Speak Out: Report of National Surveys of Women's Childbearing Experiences. *J Perinat Educ*. 2014;23(1):17-24.
12. East CE, Sherburn M, Nagle C, Said J, Forster D. Perineal pain following childbirth: prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. *Midwifery*. 2012;28(1):93-7.
13. Beleza ACS, Ferreira CHJ, Sousa LD, Nakano AMS. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(2):264-8.

14. Pimenta CAM, Cruz DALM, Santos JLF. Instrumentos para avaliação da dor: o que há de novo em nosso meio. *Arq Bras Neurocir.* 1998;17(1):15-24.
15. Francisco AA, Oliveira SMJV, Silva FMB, Bick D, Riesco MLG. Women's experiences of perineal pain during the immediate postnatal period: A cross-sectional study in Brazil. *Midwifery.* 2011;27(6):e254-9.
16. Landy HJ, Laughon SK, Bailit J, Kominiarek MA, Gonzalez-Quintero VH, Ramirez M, et al. Characteristics associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2011;117(3):627-35.
17. Leeman L, Fullilove AM, Borders N, Manocchio R, Albers LL, Rogers RG. Postpartum perineal pain in a low episiotomy setting: association with severity of genital trauma, labor care, and birth variables. *Birth.* 2009;36(4):283-8.
18. East CE, Begg L, Henshall NE, Marchant PR, Wallace K. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(5):CD006304.
19. Lundquist M, Olsson A, Nissen E, Norman M. Is it necessary to suture all lacerations after a vaginal delivery? *Birth.* 2000;27(2):79-85.
20. Cioffi JM, Swain J, Arundell F. The decision to suture after childbirth: cues, related factors, knowledge and experience used by midwives. *Midwifery.* 2010;26(2):246-55.
21. de Carvalho VF, Kerber NPD, Busanello J, Goncalves BG, Rodrigues ED, de Azambuja EP. How the workers of a birthing center justify using harmful practices in natural childbirth. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(1):30-7.
22. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(11):CD000947.
23. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(6):CD000006.
24. Karacam Z, Ekmen H, Calisir H. The use of perineal massage in the second stage of labor and follow-up of postpartum perineal outcomes. *Health Care Women Int.* 2012;33(8):697-718.
25. Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2000;95(3):464-71.
26. Aasheim V, Vika Nilsen AB, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12):CD006672.
27. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(8):CD000012.
28. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group [Internet]. Geneva; 1996 [cited 2014 Apr 17]. Available from: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/who\\_frhm\\_msm\\_9624/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frhm_msm_9624/en/)
29. Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum.* 2009;19(2):313-26.
30. Bick DE, Ismail KM, Macdonald S, Thomas P, Tohill S, Kettle C. How good are we at implementing evidence to support the management of birth related perineal trauma? A UK wide survey of midwifery practice. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:57.
31. Ho JJ, Pattanittum P, Japaraj RP, Turner T, Swadpanich U, Crowther CA. Influence of training in the use and generation of evidence on episiotomy practice and perineal trauma. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010;111(1):13-8.