

José Marcos de Jesus Santos¹
Maria Wiliane do Nascimento Cunha¹
Rosemar Barbosa Mendes¹
Letícia Souza Ávila Silveira¹
Jéssica Oliveira da Cunha¹
Diego da Silva Dantas¹

Pregnant woman's position during vaginal delivery: discrepancies between medical and nursing practices

| Posição da parturiente durante o parto vaginal: divergência entre a prática médica e da enfermagem

ABSTRACT | Introduction: *Historically, health professionals have been trained to perform delivery with women remaining in vertical position. The increased participation of physicians in child delivery led to changes in this scenario, particularly in the hospital environment. Objective:* *To evaluate the association between the position of the woman in vaginal delivery and the professional category performing the delivery. Methods:* *This cross-sectional study adopted descriptive and analytical approaches, and used document analysis (log book of the delivery room). The sample consisted of 330 women who underwent vaginal delivery in a maternity ward in Lagarto, Sergipe. For statistical analysis, univariate and bivariate techniques were used along with the Chi-square and Chances Ratio tests, with the SPSS statistical software, version 20 for Windows. Results:* *Among the vaginal deliveries with identified position (n = 227), 81.5% (n = 185) used a horizontal position. Verticals (n = 42) positions predominated when obstetrical nurses were in charge (92.9%; n = 39; p = <0.001; OR: 12.7; 95% CI: 3.78-42, 6). Vaginal deliveries without episiotomy and / or laceration (n = 127) was also predominantly associated with these professionals (63.8%; n = 81; p = 0.041; OR: 1.64; 95% CI: 1.01-2.66). Conclusion:* *Most vaginal deliveries are still carried out in horizontal position, particularly when physicians are in charge.*

Keywords | *Pregnant women; Humanized birth; Positioning of the patient.*

RESUMO | Introdução: Historicamente, as mulheres sempre utilizaram as posições verticais no momento do parto, ocorrendo mudanças a partir do aumento da atuação médica, sobretudo no ambiente hospitalar. **Objetivo:** Avaliar a associação entre a posição da mulher no parto vaginal e a categoria profissional que assistiu o parto. **Métodos:** Estudo transversal, com abordagens descritiva e analítica, realizado por meio de análise documental (livro de registro da sala de parto). A amostra foi composta por 330 mulheres que tiveram parto vaginal em uma maternidade de risco habitual em Lagarto, Sergipe. Para análise estatística, foram utilizadas as técnicas univariada e bivariada e os testes Qui-quadrado e Razão de Chances no programa *IBM SPSS Statistics*, versão 20 para *Windows*. **Resultados:** Entre os partos vaginais com posição identificada (n= 227), 81,5% (n= 185) aconteceram em posição horizontalizada. Entretanto, observou-se que a maioria dos verticalizados (n= 42) foram assistidos por enfermeiros obstetras (92,9%; n= 39; p= <0,001; OR: 12,7; IC 95%: 3,78-42,6), bem como os partos vaginais sem ocorrência de episiotomia e/ou laceração (n= 127) estão relacionados, principalmente, a estes profissionais (63,8%; n= 81; p= 0,041; OR: 1,64; IC 95%: 1,01-2,66). **Conclusão:** A maioria dos partos vaginais ainda ocorre em posição horizontalizada, principalmente quando assistidos pela categoria médica.

Palavras-chave | Gestantes; Parto humanizado; Posicionamento do paciente; Episiotomia.

¹Universidade Federal de Sergipe, Lagarto/SE, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto passou por importantes configurações no decorrer do tempo, sobretudo com a transição do nascimento do ambiente doméstico para o hospitalar¹. Historicamente, tal atenção era de responsabilidade exclusivamente feminina, marcada pela presença singular das parteiras em todo o processo de parturição. Entretanto, a partir do século XX, com a intensificação da hospitalização, outros sujeitos e tipos de parto passaram a ser registrados².

Como consequência dessas mudanças, desde a década de 1990 a taxa de cesarianas no Brasil tem apresentado um crescimento contínuo, sendo ainda considerada uma das maiores no mundo³. Nesse sentido, dados de uma pesquisa de base hospitalar nacional realizada com 11.074 puérperas mostraram que, embora 72,3% delas tenham referido o desejo pelo parto vaginal no início da gravidez, a cirurgia cesariana ocorreu em 55,4% dos casos⁴— percentual semelhante ao encontrado no município de realização deste trabalho (50,2%)⁵.

Ademais, quanto ao parto vaginal, entendido como o mais seguro para a mulher e criança¹, ressalta-se que, até o aumento da atuação médica (especialmente no ambiente hospitalar), as mulheres sempre utilizaram as posições verticais na parturição². Porém, em um trabalho recentemente realizado com 238 mulheres em Belo Horizonte, Minas Gerais, evidenciou-se que a maioria delas permaneceu em posição horizontal durante seu parto vaginal (66,8%)⁶.

Pontua-se que, desde 1996, a Organização Mundial de Saúde recomenda às mulheres adotarem a posição que melhor lhes agrada para o parto, mas que evitem longos períodos em posição horizontal⁷. As principais vantagens da posição verticalizada no parto vaginal são: menor duração do parto, redução do desconforto e dificuldade nos puxos, dores menos intensas e menor risco de traumas vaginais e perineais e de infecções^{1,8,9}.

Dessa forma, em uma perspectiva de humanização da assistência à mulher, espera-se que os profissionais de saúde passem a respeitar as decisões femininas e sua fisiologia, evitando intervenções desnecessárias e reconhecendo os aspectos culturais do parto e nascimento¹⁰, haja vista que, em uma pesquisa com 20 profissionais da obstetrícia, apenas dois consideraram ser importante o respeito à autonomia da parturiente neste processo¹¹.

Vale ainda destacar que, além do profissional médico obstetra, o enfermeiro também tem autonomia e habilidades para atuar nesta área¹², e, por isso, o presente trabalho pode contribuir para um melhor entendimento das práticas assistenciais à parturiente relacionadas a cada profissão, sobretudo no que diz respeito à posição da mulher no momento do parto.

A questão norteadora deste estudo foi: “A categoria profissional pode interferir na posição da mulher durante seu parto vaginal?”. Assim, objetivou-se avaliar a associação entre a posição da mulher no parto vaginal e a categoria profissional que assistiu o parto em uma maternidade de risco habitual em Lagarto, Sergipe.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal, com abordagens descritiva e analítica, realizado por meio de análise documental entre os meses de outubro e dezembro de 2015. O campo de estudo foi uma maternidade de risco habitual, de administração pública municipal, localizada em Lagarto, Sergipe. Nesta maternidade, há espaços que permitem a privacidade no pré-parto, parto e puerpério, além de contar com enfermeiros obstetras no acompanhamento dos partos vaginais de baixo risco.

A coleta de dados aconteceu por meio de consulta a um livro de registro da sala de parto da instituição em questão, sendo coletados os dados referentes aos partos que ocorreram entre maio e novembro de 2015. Ressalta-se que alguns dados foram computados como “ignorado”, pois a descrição não constava no referido livro.

Ao considerar o critério de inclusão (parto vaginal), dos 706 registros encontrados, 561 foram de atendimentos à parturição, e, desses, 330 foram vaginais. Portanto, o estudo foi realizado a partir desse número amostral (n=330). Verificou-se ainda que somente 227 registros dos partos elegíveis apresentavam a informação sobre a posição utilizada pela parturiente neste processo, e, assim, a avaliação da associação entre a posição da mulher no parto vaginal e a categoria profissional que assistiu o parto foi realizada considerando este número de sujeitos (n=227).

Foram consideradas as seguintes variáveis: posição utilizada pela mulher durante o parto; ocorrência de

episiotomia e/ou laceração neste processo; e a categoria profissional que assistiu o parto. As variáveis relacionadas às características do parto vaginal foram analisadas segundo a categoria profissional que assistiu o parto (médico ou enfermeiro).

Os dados foram tabulados no programa *Microsoft Excel (2010)* e importados para o *IBM® SPSS - Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20 para Windows, no qual foram analisados. A exploração dos dados se deu pelas técnicas univariada (para obtenção dos valores de frequência e de porcentagem) e bivariada (para identificação das associações com aplicação de testes estatísticos). As associações foram investigadas por meio do teste Qui-quadrado de independência de Pearson. Foi estimada a Razão de Chances (*Odds Ratio* - OR) como medida de associação e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) com uso do método de Mantel-Haenzel. Em todos os casos, foi adotada significância de 5%.

O trabalho está vinculado ao Projeto Nascer no Caminho da Humanização, com aprovação em 20 de outubro de 2015 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAAE: 48582015.8.0000.5546). Os pesquisadores seguiram as diretrizes e normas regulamentadoras preconizadas na Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre as pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS |

A apresentação dos resultados está subdividida em análises univariada e bivariada. Na primeira, é apresentada a descrição da amostra quanto aos aspectos sociodemográficos e características dos partos em estudo; e, na segunda, são apresentadas as associações com suas respectivas interpretações.

Na Tabela 1 são apresentadas algumas características sociodemográficas das participantes deste estudo (n= 330). A média de idade foi de 24,3 anos (desvio padrão= 6,3); sendo 14, a mínima; e, 43, a máxima. A maioria encontrava-se na faixa etária ≥ 20 anos; e ≤ 34 anos (64,8%; n= 214), com menores de 20 anos correspondendo a 27,6% (n= 91); e maiores de 35 anos, a 7,6% (n= 25) da amostra. A procedência predominante foi de cidades circunvizinhas (61,5%; n= 203), e o convênio

SUS (Sistema Único de Saúde) foi o único utilizado pelas parturientes (100%; n= 330).

Tabela 1 - Aspectos sociodemográficos das parturientes atendidas em uma maternidade de risco habitual (n= 330). Lagarto/SE, 2015

Variável	Sim		Total	
	N	%	N	%
Idade				
≤ 19 anos	91	27,6		
≥ 20 anos e ≤ 34 anos	214	64,8	330	100
≥ 35 anos	25	7,6		
Procedência				
Do mesmo município	127	38,5		
De outros locais	203	61,5	330	100
Convênio utilizado				
SUS	330	100		
Particular	0,0	0,0	330	100

Na Tabela 2 são expostas algumas características dos partos vaginais (n= 330). Foram identificadas ocorrências de episiotomia em 45,5% (n= 150) e de laceração em 16,1% (n= 53) do total de partos estudados. Além disso, ao considerar apenas os partos vaginais com a identificação da posição utilizada pela parturiente (n= 227), constatou-se elevado percentual da posição horizontal neste processo (81,5%; n= 185).

Tabela 2 - Características dos partos vaginais ocorridos em uma maternidade de risco habitual (n= 330). Lagarto/SE, 2015

Variável	Sim		Total	
	N	%	N	%
Posição da mulher no parto vaginal				
Verticalizada	42	18,5		
Horizontalizada	185	81,5	227	100
Ocorrências no parto				
Episiotomia	150	45,5		
Laceração	53	16,1	330	100
Não houve episiotomia e/ou laceração	127	38,4		
Profissional que assistiu o parto				
Médico	120	36,3		
Enfermeiro	187	56,7	330	100
Ignorado	23	7,0		

Dos 227 partos vaginais cuja posição da parturiente foi identificada, somente 18,5% (n= 42) deles ocorreram em posição verticalizada. Entretanto, observou-se que a maioria dos verticalizados foram assistidos por enfermeiros obstetras (92,9%; n= 39), quando comparadas à categoria médica (7,1%; n= 3) (p= <0,001) – estas variáveis, quando associadas, apresentaram significância estatística (p= <0,05).

Vale ainda ressaltar que foi evidenciada uma razão de chances de 12,7 vezes maior dos partos vaginais ocorrerem com a mulher em posição verticalizada quando assistidos por enfermeiros obstetras (OR: 12,7; IC 95%: 3,78 - 42,6) (Tabela 3).

Além disso, verificou-se que, entre os 330 partos vaginais estudados, somente 38,4% (n= 127) deles não tiveram ocorrência de episiotomia e/ou laceração neste processo e, de modo semelhante, o maior percentual da não ocorrência destas situações está relacionado aos processos de parturição assistidos por enfermeiros obstetras (63,8%; n= 81) (p= 0,041) – estas variáveis, quando associadas, apresentaram significância estatística (p= <0,05).

Neste caso, pontua-se que também foi observada uma razão de chances de quase duas vezes maior de o parto vaginal ocorrer sem episiotomia e/ou laceração quando assistido pelo enfermeiro obstetra (OR: 1,64; IC 95%: 1,01 - 2,66) (Tabela 3).

DISCUSSÃO |

A maioria (64,8%; n= 214) das parturientes encontrava-se na faixa etária indicada para gestação à época da pesquisa, uma vez que mulheres menores de 20 anos ou maiores de 35 anos estão mais suscetíveis a resultados perinatais adversos¹³⁻¹⁵. O

percentual de participantes consideradas adolescentes pela definição da Organização Mundial de Saúde¹⁶ foi de 27,6% (n= 91), e, quanto a isso, pontua-se que, em alguns países, a gravidez na adolescência tem sido considerada um problema de saúde pública, pois aumenta o risco de complicações obstétricas com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como de problemas psicossociais e econômicos relacionados à constituição precoce da maternidade¹⁷.

No que se refere às características dos partos vaginais, observou-se que 81,5% (n= 185) das mulheres tiveram seu parto em posição horizontal. Evidências científicas mostram que o uso rotineiro da posição horizontal no parto vaginal é prejudicial à parturição, e, por isso, deve ser evitado^{1,7,18,19}. Contudo, apesar das recomendações, a maioria das maternidades brasileiras ainda utiliza as posições não verticalizadas neste processo¹⁹.

Ressalta-se que foi observado maior percentual de posições verticalizadas nos partos vaginais assistidos por enfermeiros obstetras (92,9%; n= 39; p= <0,001; OR: 12,7; IC 95%: 3,78 - 42,6). Este resultado corrobora com um trabalho realizado no Rio de Janeiro, cuja prevalência da posição verticalizada foi maior nos partos vaginais assistidos por estes mesmos profissionais²⁰.

Ainda sobre este achado, a Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere à parturiente que, evitando-se a posição horizontal, seja adotada alguma outra mais confortável para o período expulsivo²¹. Neste caso, a posição de cócoras geralmente é a escolhida², uma vez que está relacionada com a redução do relato da dor e menor ocorrência de episiotomia²².

No presente estudo foi evidenciado que 45,5% (n= 150) das participantes tiveram episiotomia e 16,1% (n= 53) laceração durante seu processo de parturição.

Tabela 3 - Associação entre as características do parto vaginal e a categoria profissional que o assistiu em uma maternidade de risco habitual. Lagarto/SE, 2015

Variável independente	Características do parto vaginal							
	Parturiente em posição verticalizada (n= 42 de 227)		Testes		Não houve ocorrência de episiotomia e/ou laceração (n= 127 de 330)		Testes	
	N	%	p-valor	OR (IC 95%)	N	%	p-valor	OR (IC 95%)
Profissional que assistiu o parto								
Médico	3	7,1			38	29,9		
Enfermeiro	39	92,9	<0,001	12,7 (3,78-42,6)	81	63,8	0,041	1,64 (1,01-2,66)
Ignorado	0	0			8	6,3		

OR = Razão de Chances. IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%.

A laceração costuma ocorrer na região posterior do períneo, sobretudo em primíparas²³. Vale destacar que o percentual de lacerações encontrado neste trabalho foi muito inferior aos 78% identificados em um estudo realizado com 603 puérperas de Recife, Pernambuco²⁴, o que pode estar relacionado à maior ocorrência de episiotomia entre as participantes deste trabalho.

Quanto à episiotomia, definida como sendo a ampliação cirúrgica do orifício vulvo-vaginal durante o segundo período do parto²⁵, é importante pontuar que sua utilização é indicada somente para situações de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e quando houver risco de laceração de terceiro grau⁷. Porém, apesar das restrições supracitadas, estudo nacional mostrou que seu uso ocorre de forma indiscriminada pelos profissionais, chegando a 90% do total de partos instrumentados (parto vaginal com a ajuda de vácuo, fórceps ou espátulas)²⁶.

As principais variáveis clínicas associadas à episiotomia são: primiparidade, indução do trabalho de parto e utilização da posição horizontal durante a expulsão fetal²⁶. Há ainda alguns fatores externos predisponentes, tais como a falta de estabelecimento de critérios únicos para realização deste procedimento, controvérsias entre grandes autores da obstetria brasileira, órgãos governamentais e instituições de saúde, experiência profissional e formação acadêmica intervencionista²⁵.

Cabe destacar que o maior percentual de partos vaginais sem ocorrência de episiotomia e/ou laceração está relacionado aos processos de parturição assistidos por enfermeiros obstetras (63,8%; n= 81; p= 0,041; OR: 1,64; IC 95%: 1,01–2,66), resultado já evidenciado em outro trabalho com delineamento semelhante²⁷.

Pontua-se que a intenção inicial da episiotomia era de reduzir o dano causado pela laceração natural do períneo, reduzir o risco de uma posterior incontinência urinária e fecal e proteger o neonato do trauma do parto. Todavia, com a instrumentação do parto e conseqüente uso indiscriminado deste procedimento, suas restrições acabaram perdendo importância por parte dos profissionais que a realizam. Trata-se de uma prática incorporada à rotina da assistência obstétrica no início do século passado, sem que nenhum trabalho que avaliasse seus riscos e benefícios tivesse sido realizado²⁸.

Nesse sentido, chama-se a atenção à importância de os profissionais de saúde intervirem apenas quando

fundamentados cientificamente sobre os benefícios e malefícios relacionados a cada atividade assistencial, além de buscarem possuir uma visão holística das parturientes, criando vínculos e transmitindo-lhes confiança e tranquilidade neste momento tão singular da vida²⁹.

CONCLUSÃO |

O presente trabalho corroborou as evidências de estudos anteriores que também identificaram particularidades no processo de parturição quando assistido por diferentes categorias profissionais, no que se refere à posição da parturiente e ocorrência de episiotomia e/ou laceração.

Foi identificado que a maioria dos partos vaginais aconteceu em decúbito dorsal, possivelmente devido à grande tendência histórica da hospitalização e medicalização do parto.

Demonstrou-se também que os enfermeiros obstetras utilizaram-se de práticas de cuidado humanizado, evitando intervenções desnecessárias e vistas por órgãos competentes como prejudiciais à mulher e a seu bebê.

Ademais, sugere-se a realização de trabalhos complementares visando determinar os fatores que condicionam os profissionais (principalmente médicos) a não adotarem a tendência atual da restrição de episiotomia nos partos vaginais, bem como para entender os motivos que os levam a não aderirem às várias posições verticais que as mulheres poderiam utilizar na parturição.

Por fim, vale ressaltar que a principal limitação deste trabalho está relacionada à utilização de dados secundários, uma vez que muitas informações foram computadas como “ignoradas” (indisponíveis) por não constarem no livro de registros da sala de partos da maternidade estudada.

AGRADECIMENTOS |

À direção da maternidade Zacarias Júnior em Lagarto/SE e ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Extensão da Universidade Federal de Sergipe (PIBIX-UFS).

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(1):101-16.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
6. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2016; 20(2):324-31.
7. Organização Mundial da Saúde. Normal childbirth care: a practical guide. Genebra: OMS; 1996.
8. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Sao Paulo Med J*. 2011;129(5):362.
9. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour: update. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 20(8):1-6.
10. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):699-705.
11. Pinheiro BC, Bittar CML. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. *Aletheia*. 2012; 37:212-27.
12. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº. 516, de 23 de junho de 2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais. *Diário Oficial da União*; 27 jun 2016.
13. Gravena AAF, Paula MG, Marcon SS, Carvalho MDB, Pelloso SM. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(2):130-5.
14. Gravena AAF, Sass A, Marcon SS, Pelloso SM. Resultados perinatais em gestações tardias. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(1):15-21.
15. Santos MMAS, Baião MR, Barros DC, Pinto AA, Pedrosa PLM, Saunders C. Estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso materno, condições da assistência pré-natal e desfechos perinatais adversos entre puérperas adolescentes. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(1):143-54.
16. Organização Mundial da Saúde. Problemas de la salud de la adolescência: informe de un comité de expertos de la OMS. Genebra: OMS, 1965.
17. Yazlle MEHD. Gravidez na adolescência [editorial]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28(8):443-445.
18. Jonge A, Teunissen TAM, Lagro-Janssen ALM. Supine position compared to other positions during the second stage of labor: a meta-analytic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2004; 25(1):35-45.
19. Silva LB, Silva MP, Soares PCM, Ferreira QTM. Posições maternas no trabalho de parto e parto. *Femina*. 2007; 35(2):101-6.
20. Silva TF, Costa GAB, Pereira ALDF. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. *Cogitare Enferm*. 2011; 16(1):82-7.
21. Organização Mundial de Saúde. Managing complications in pregnancy and childbirth : a guide for midwives and doctors. Genebra: OMS; 2007.
22. Olsen O. Meta-analysis of the safety of home birth. *Birth*. 1997; 24(1):4-13.

23. Caroci AS, Riesco MLG, Leite JS, Araújo NM, Scarabotto LB, Oliveira SMJV. Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. *Rev Enferm UERJ*. 2014; 22(3):402-8.

24. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2016; 16(1):29-37.

25. Costa LC, Souza LM. Prevalência e correlação de fatores associados à prática de episiotomia em um hospital público do Distrito Federal. *Comun Ciênc Saúde*. 2009; 20(4):315-23.

26. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Episiotomia e sua relação com diferentes variáveis cínicas que influenciam sua realização. *Rev Latino-Am Enferm*. 2016; 24:1-6.

27. Figueiredo SG, Santos TTR, Reis CSC, Mouta RJO, Progiante JM, Vargens OMC. Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19(2):181-5.

28. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(Supl.):17-47.

29. Pereira SS, Oliveira ICMS, Santos JBS, Carvalho MCMP. Parto natural: a atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada. *Tempus, Actas de Saúde Colet*. 2016; 10(3):199-213.

Correspondência para/Reprint request to:

José Marcos de Jesus Santos

Departamento de Enfermagem, UFS, Bloco C, 1º Andar,

Av. Governador Marcelo Déda Chagas, 13,

São José, Lagarto/SE, Brasil

CEP: 49400-000

Tel.: (79) 9-9932-4201

E-mail: jsmarcos.ufs@hotmail.com

Submetido em: 08/12/2016

Aceito em: 08/05/2017