

## A FISIOTERAPIA NA PREVENÇÃO DE TRAUMAS PERINEAIS NO PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Amanda Cezar da Silva<sup>1</sup>  
Isabelle Albuquerque<sup>2</sup>

### RESUMO

O trauma do trato genital no parto vaginal espontâneo é comum. Nas últimas décadas, pesquisas na área da saúde materna buscam soluções para diversos problemas, dentre os quais, os traumas perineais. O presente trabalho procura demonstrar a efetividade das técnicas fisioterapêuticas utilizadas na prevenção de lacerações perineais no parto. Foi realizada uma revisão de literatura utilizando as bases de dados PubMed, LILACS, SciELO e PEDro no período de novembro de 2017 a julho de 2018. Foram abordados os recursos fisioterapêuticos que previnem significativamente a incidência de episiotomias e lacerações perineais graves, diminuindo a morbidade a curto e longo prazo, otimizando a integridade muscular no parto vaginal e reduzindo o tempo do trabalho de parto. Os recursos fisioterapêuticos analisados, aplicados na prevenção dos traumas perineais induzidos pelo parto, são métodos seguros e eficazes para diminuir a incidência de lacerações perineais no parto.

**Palavras-chave:** Fisioterapia. Parto. Lacerações. Períneo.

**Data de submissão:** 25/04/2020

**Data de aprovação:** 14/05/2020

### INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são fatores de risco para alteração da força muscular do assoalho pélvico, uma vez que o incremento do peso corporal materno e do útero grávidico aumenta a pressão sobre essa musculatura durante a gestação, proporcionando, frequentemente, nas mulheres, trauma perineal no parto, particularmente nas primíparas (MARCELINO e LANUEZ, 2009).

O trabalho de parto ocorre em duas fases: primeiro, a dilatação do colo uterino até 10 centímetros; depois, a expulsão fetal. Na primeira fase estão presentes as contrações uterinas que induzem a dilatação progressiva do colo uterino e, neste momento, o estresse emocional e a dor são predominantes. Na segunda fase, a dilatação se completa e as contrações são mais

---

<sup>1</sup> Aluna do Curso de Fisioterapia da FMGR: amandacezar.2@hotmail.com

<sup>2</sup> Professora orientadora do curso de Fisioterapia da FMGR.

proeminentes, resultando no período de expulsão fetal, ou seja, o parto propriamente dito (CASTRO *et al.*, 2012).

Nas últimas décadas, pesquisas na área da saúde materna buscam soluções para os traumas perineais - lacerações ou episiotomia - nos órgãos genitais durante o parto, que afetam a qualidade do trabalho ativo (DEMIREL e GOLBASI, 2015).

Estima-se que, aproximadamente, 70% das mulheres que têm parto vaginal vão sofrer algum grau de trauma perineal e três quartos dessas vão necessitar de sutura para facilitar a cicatrização do tecido lesado. Em consequência, prevenir o trauma perineal no parto tem impacto contra as principais morbidades decorrentes, especialmente sangramento, dor, infecção, prolapso de órgãos pélvicos e dispareunia. Outras possíveis consequências que podem ser evitadas são hematoma, fístula retal, incontinência urinária e anal (SANTOS e RIESCO, 2016).

A restrição à realização da episiotomia aumenta a probabilidade de preservar a integridade perineal, porém podem ocorrer taxas maiores de lacerações espontâneas. Estas lacerações são classificadas em graus, dependendo dos tecidos atingidos. Aquelas de primeiro grau afetam a pele e a mucosa; as de segundo grau estendem-se até os músculos perineais; e as de terceiro grau, atingem o músculo esfíncter do ânus. Alguns autores consideram, ainda, o quarto grau, quando a laceração atinge a mucosa anal (COLACIOPPO *et al.*, 2011).

As taxas de episiotomia apresentam grande variação, com valores de 9,7% (Suécia) a 100% (Taiwan), com taxas menores em países de língua inglesa como Canadá (23,8%) e Estados Unidos (32,7%), permanecendo elevadas em muitos países como Equador (96,2%), China (82%) e África do Sul (63,3%). No Brasil, dados do inquérito nacional “Nascer no Brasil”, estudo nacional de base hospitalar composto por 23.940 puérperas, registrou que a episiotomia foi realizada em 53,5% das mulheres (SANTOS e RIESCO, 2016).

A atuação multidisciplinar no processo parturitivo tem sido desenvolvida a fim de proporcionar à parturiente o equilíbrio físico e psíquico, bem como a sensação de bem-estar. A assistência do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar tem como benefícios a diminuição das dores da parturiente e dos sintomas de desconforto, redução no tempo do trabalho de parto, diminuição dos índices de lacerações e da ocorrência de episiotomias (CASTRO *et al.*, 2012).

Dentre os recursos da fisioterapia para atuar na prevenção dos traumas perineais, um programa de treinamento composto de exercícios para o assoalho pélvico (AP) e massagem perineal ganham destaque pelos resultados significativos em estudos experimentais, quando aplicados em mulheres primíparas a partir da 32ª semana de gestação (LEON-LARIOS *et al.*, 2017).

Atualmente, estudos realizados para avaliação de técnicas perineais durante o segundo estágio do trabalho de parto demonstraram que a utilização de compressas mornas é uma prática que tem sido recomendada pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists* para reduzir a incidência de lacerações de terceiro e quarto grau (SANTOS e RIESCO, 2016).

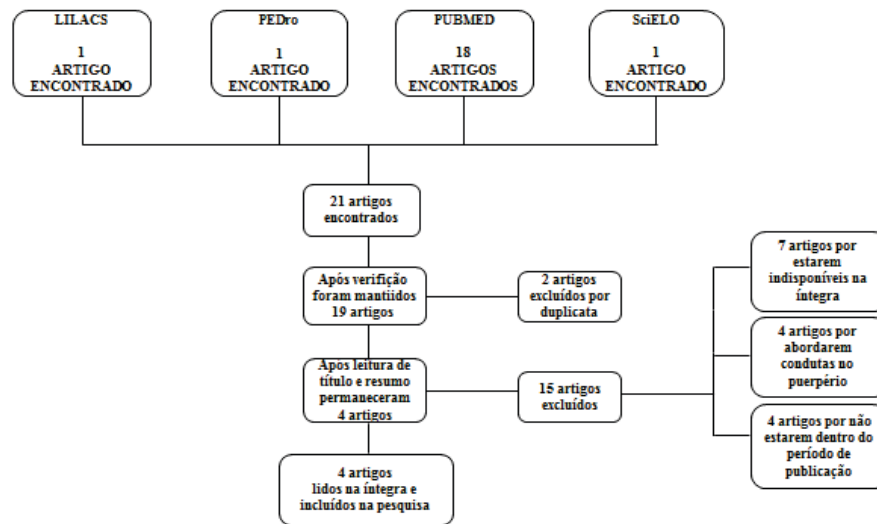
O objetivo deste estudo foi avaliar, através de uma revisão integrativa da literatura, os benefícios da atuação fisioterapêutica na diminuição da incidência de lacerações perineais no parto.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura. As pesquisas eletrônicas foram realizadas entre os meses de Novembro/2017 a Julho/2018, através de buscas nas bases de dados da PubMed, Biblioteca Eletrônica Científica Online – SciELO, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS e o Banco de dados de evidências fisioterapêuticas – PEDro. Foram utilizados os seguintes descritores (DeCS/Mesh): Fisioterapia / *Physical Therapy Modalities*; Lacerações / *Lacerations*; Períneo / *Perineum*, combinados entre si pelo operador booleano AND.

Os critérios de inclusão dos artigos foram estudos publicados de 2010 a julho de 2018, nos idiomas português e inglês, abordando o tema em questão. Foram excluídos artigos que não estavam disponíveis na íntegra, que abordassem condutas fisioterapêuticas no puerpério ou que estivessem em duplicata nas bases de dados. Na figura 1, encontra-se o diagrama de coleta de dados.

Figura 1 - Representação da estratégia de coleta de dados



Fonte: própria autoria.

## RESULTADOS

Foram encontrados 21 artigos. Após a leitura prévia dos títulos e resumos foram excluídos 17 artigos. 2 por estarem em duplicata nas bases de dados, 7 por estarem indisponíveis na íntegra, 4 por abordarem condutas no puerpério e 4 por não estarem dentro do período de publicação estipulado para serem inclusos neste estudo. Ao todo foram revisados quatro artigos.

## DISCUSSÃO

O trauma perineal está associado à considerável morbidade a curto e longo prazo. O risco e a gravidade das complicações são proporcionais à extensão do trauma. O risco de sofrer trauma perineal no parto está relacionado a vários fatores. Alguns são determinados antes do trabalho de parto como fatores demográficos, nutrição, etnia, nível de atividade física, paridade e tamanho do bebê. Contudo, existem várias intervenções intraparto que podem potencialmente modificar esse risco (BULCHANDANI *et al.*, 2015).

Em países desenvolvidos, tem-se avaliado a massagem perineal como técnica de preparação pré-parto, durante o último mês de gravidez, sugerindo-a como um possível método para fazer o tecido perineal expandir-se mais facilmente no parto. É também proposto que ela possa aumentar a flexibilidade dos músculos perineais e reduzir a resistência muscular, o que possibilitará ao períneo alongar-se durante o parto, reduzindo o risco de lacerações espontâneas e a necessidade de episiotomias. A técnica é simples, podendo ser realizada pela

própria mulher, com o auxílio de um óleo natural, usando os dedos indicadores ou polegares de ambas as mãos ou indicadores e dedos médios de uma delas, colocados na vagina, e fazendo movimentos oscilantes rítmicos em “U” para cima, lateralmente na vagina, com pressão para baixo, estirando o períneo, de um lado a outro, sendo a frequência e a duração determinadas pelo terapeuta (MARCELINO e LANUEZ, 2009).

A aplicação da massagem perineal paralela à técnica “*hands off*” (mãos afastadas do períneo) corroborou para uma incidência de períneo intacto aumentada e menos lacerações de terceiro e quarto graus no grupo de massagem perineal, mas não houve diferenças claras entre os grupos para ocorrência de trauma perineal requerendo sutura, lacerações de primeiro ou segundo grau (AASHEIM *et al.*, 2017).

Através dos resultados obtidos por Demirel e Golbasi (2015), em um estudo clínico comparativo que não diferiu em idade materna, idade gestacional ou perímetro cefálico neonatal, aumentando a confiabilidade dos presentes achados, foi possível verificar que, no grupo de tratamento que recebeu a massagem perineal mediada por glicerol, significativamente, menos mulheres que receberam massagem perineal foram submetidas à episiotomia, indicando um efeito positivo da massagem perineal aplicada durante o primeiro e segundo estágios do trabalho de parto, quando comparado a um grupo controle de mulheres que não receberam massagem. A episiotomia foi realizada entre 44 (31,0%) mulheres no grupo massagem e 99 (69,7%) no grupo controle ( $p = 0,001$ ).

Sayiner e Demirci (2007) estabeleceram uma taxa de laceração espontânea de 12% (6 mulheres) no grupo de massagem perineal pré-natal e 2% (1 mulher) no grupo de controle. Contudo, no estudo realizado por Demirel e Golbasi (2015), 9,2% (142 mulheres) no grupo de massagem no primeiro e segundo estágios do trabalho de parto desenvolveram lacerações, em comparação com 4,2% (142 mulheres) no grupo controle. Assim, esse achado pode sugerir que a massagem aplicada durante o primeiro e o segundo estágios do trabalho de parto evite mais eficazmente a laceração espontânea do que a massagem aplicada apenas durante o período pré-natal.

O suporte perineal manual (MPS) é comumente referido pelos clínicos como a técnica “*hands on*”, com uma ampla variedade de técnicas praticadas em todo o mundo. Acredita-se que esse método reduza o traumatismo perineal, reduzindo seu diâmetro de apresentação fetal (BULCHANDANI *et al.*, 2015).

Uma revisão sistemática com metanálise, realizada por Bulchandani e colaboradores (2015), constatou que na Noruega o programa de intervenção “*hands on*” teve grande sucesso na redução da incidência de lesões obstétricas do esfíncter anal (OASIS), em geral nos partos

vaginais espontâneos (de 4,7 para 2,0%) e operatórios (de 4,0 para 1,9%). Ainda na mesma revisão, foi feita análise de um ensaio clínico randomizado (ECR) com 99 mulheres que foram designadas para manobras de Ritgen, técnica *hands off* ou técnicas de massagem perineal; neste, 97% que realizaram manobra de Ritgen (32 pacientes) apresentaram lacerações perineais espontâneas comparados com 81,8% nos grupos de massagem perineal (27 pacientes) ( $p = 0,04$ ).

A metanálise dos ensaios clínicos não randomizados (NRs), realizada por Bulchandani e colaboradores (2015), demonstrou em um dos estudos incluídos um aumento nas taxas gerais de episiotomia em todos os tipos de parto vaginal ( $p < 0,001$ ); porém, na análise de subgrupos, identificaram que o principal contribuinte para esse aumento foi um acréscimo nas taxas de episiotomia do parto operatório ( $p < 0,001$ ). Os dois grandes estudos incluídos na metanálise de NRs testaram um programa de intervenção que incluía não apenas MPS, mas também outros aspectos do nascimento com suporte perineal, como uma boa comunicação entre o profissional e a parturiente, uma posição de parto que fornecesse visualização do períneo durante os últimos minutos de parto e instruções sobre o uso da episiotomia quando indicada. Portanto, acredita-se que, tanto no desenho do estudo quanto na prática clínica, a MPS não deve ser considerada isoladamente, mas como parte de uma série de intervenções coordenadas que ocorrem durante o parto.

Uma revisão sistemática realizada por Aasheim *et al.* (2017) incluiu vinte ensaios, envolvendo 15.181 mulheres sem complicações médicas que esperavam um parto vaginal com o objetivo de avaliar o efeito das técnicas perineais durante o segundo estágio do trabalho de parto sobre a incidência de trauma perineal. A análise comparativa das técnicas *hands on* ou *hands off* demonstrou que menos mulheres tiveram episiotomia no grupo *hands off*, mas não houve diferença entre os grupos quanto ao número de mulheres sem lacerações ou nos graus de lacerações perineais.

O uso de compressas mornas contrapondo a técnica *hands off*, demonstrou que menos mulheres no grupo de compressas quentes apresentaram lacerações de terceiro ou quarto graus, mas não houve diferença entre os grupos quanto ao número de mulheres com períneo intacto, lacerações exigindo sutura, lacerações de segundo grau ou episiotomia (AASHEIM *et al.*, 2017).

A realização da manobra de Ritgen demonstrou menor probabilidade de ocasionar laceração de primeiro grau, mais propensão de gerar uma laceração de segundo grau, mas não afetou a incidência de lacerações de terceiro ou quarto graus (AASHEIM *et al.*, 2017).

Um estudo realizado por Leon-Larios e colaboradores (2017) teve como objetivo investigar os efeitos de um treinamento dos músculos do assoalho pélvico (MAP), combinando exercícios pélvicos à massagem perineal, em mulheres primigestas de 32 semanas até o nascimento, sobre trauma perineal após o parto. Quatrocentos e sessenta e seis mulheres foram abordadas e consentiram em participar do estudo (254 mulheres alocadas para o grupo de intervenção e 212 para o grupo controle). No programa de intervenção sugerido por dois fisioterapeutas, a massagem perineal foi realizada diariamente pela mulher ou parceiro durante oito minutos, das 32 semanas de gestação até o nascimento. Um a dois dedos foram introduzidos de 3 a 4 centímetros na vagina, uma pressão descendente e lateral foi usada e o azeite foi usado como lubrificante durante a massagem. O treinamento dos MAP foi realizado duas vezes ao dia. Dez a quinze contrações voluntárias dos MAP foram realizadas por cinco segundos cada, com relaxamento do assoalho pélvico após cada um. Outros exercícios envolviam contrair os músculos e aumentar gradualmente a intensidade, como se os músculos fossem um elevador que subisse andar por andar.

As mulheres receberam um folheto descrevendo a massagem / exercícios e um membro do grupo de pesquisa explicou como elas deveriam ser realizadas com simuladores. O grupo controle não recebeu instruções sobre exercícios de massagem ou do assoalho pélvico. Para o grupo de controle foi perguntado se tinham realizado qualquer tipo de treinamento do assoalho pélvico durante a gravidez, quando internados no hospital em trabalho de parto. Além disso, as mulheres foram convidadas a preencher um diário indicando se elas realmente haviam feito exercícios do assoalho pélvico ou se seus parceiros haviam realizado a massagem. Instruções escritas e diagramáticas foram dadas e o acompanhamento telefônico ocorreu semanalmente após a inscrição para incentivar a adesão (LEON-LARIOS *et al.*, 2017).

Os resultados encontrados demonstraram que mulheres atribuídas à intervenção perineal mostraram uma redução de 31,63% na episiotomia (50,56% versus 82,19%,  $p < 0,001$ ) e uma maior probabilidade de ter um períneo intacto (17,61% versus 6,85%,  $p < 0,003$ ). Houve também menos lacerações de terceiro (5,18% versus 13,12%,  $p < 0,001$ ) e quarto (0,52% versus 2,5%,  $p < 0,001$ ) graus. Além disso, as mulheres alocadas no grupo de intervenção também tiveram menos dor perineal no pós-parto (24,57% versus 36,30%,  $p < 0,001$ ) e necessitaram de menos analgesia no período pós-natal (21,14% versus 30,82%,  $p < 0,001$ ) (LEON-LARIOS *et al.*, 2017).

Nas lesões perineais obstétricas mais graves o tecido mole, músculo, fáscia, tecido adiposo, pele e mucosa não são suficientemente extensíveis para permitir a passagem fetal. No entanto, esses tecidos moles perineais podem se distender e a extensão da distensão varia tanto entre parturientes quanto entre multiparidade. A distensibilidade do períneo é muito importante durante o segundo estágio do trabalho de parto para evitar o trauma do nascimento, devido à alta pressão imposta pela cabeça do feto sobre os músculos do assoalho pélvico e esta distensão pode ser reduzida ou aumentada durante o curso da gravidez, promovendo o encolhimento ou alongamento dos tecidos perineais moles, respectivamente, utilizando métodos fisioterapêuticos. Dentre esses métodos está o dilatador vaginal Epi-no Delphine Plus que consiste em um balão inflável de silicone conectado a um manômetro através de um tubo de borracha (ZANETTI *et al.*, 2016).

Zanetti *et al.* (2016) realizaram um estudo de coorte observacional prospectivo que incluiu 227 nascimentos únicos consecutivos a termo na apresentação cefálica com até 9,0 centímetros de dilatação, com objetivo de determinar um valor de corte, em centímetros, para a distensibilidade do assoalho pélvico medida pelo balão Epi-no, que poderia ser utilizado como um fator preditor para a integridade muscular no parto vaginal. Para o teste, as parturientes foram colocadas em decúbito dorsal com membros inferiores flexionados e abduzidos (de 30 a 45°) e com os pés apoiados no leito. Elas foram solicitadas a não contrair seus músculos glúteos, perineais ou adutores. O balão foi coberto com um preservativo e, após a aplicação de um lubrificante de gel, foi introduzido na vagina até que fossem visíveis apenas dois centímetros fora do introito vaginal. Esta foi a garantia de que o balão havia atingido não apenas a camada superficial do assoalho pélvico (períneo), mas também a camada mais profunda (incluindo o músculo elevador do ânus). O balão foi então inflado gradualmente até que o limite tolerável, que foi subjetivamente determinado pelo paciente, fosse atingido. Todas as avaliações dos pacientes foram realizadas pelo mesmo examinador. Em seguida, o balão foi retirado lentamente enquanto ainda estava totalmente insuflado, o preservativo foi removido e a maior circunferência do balão foi medida com fita métrica.

Ainda no mesmo estudo, o trauma perineal foi classificado com base na laceração de terceiro grau (quando a extensão da lesão incluiu o esfíncter anal externo total ou parcialmente) e na laceração de quarto grau (quando a mucosa retal estava envolvida). O diagnóstico de trauma perineal foi feito tanto pelos médicos quanto pelas parteiras que auxiliavam no trabalho de parto, mas os reparos foram feitos apenas por médicos. Após o parto, 66 pacientes (29,1% da coorte) foram excluídas da análise: 57 (25,1%) porque o parto



foi por cesariana, oito (3,5%) por não fornecerem dados médicos suficientes e um (0,44%) porque a paciente deixou o hospital contra conselhos médicos (ZANETTI *et al.*, 2016).

Os resultados encontrados por Zanetti e colaboradores (2016) apontam que com relação aos desfechos perineais das 161 pacientes incluídas, 50,9% (n = 82 pacientes) receberam episiotomia mediolateral direita, 21,8% (n = 35) sofreram laceração e 27,3% (n = 44) mantiveram um períneo intacto. Acredita-se que o principal viés desse estudo foi a insuflação do balão Epi-no até o limite tolerável, o qual foi subjetivamente determinado pelo paciente. No entanto, todos os pacientes receberam informações sobre a segurança do balão Epi-no antes de usá-lo.

Uma das queixas mais frequentes dos pacientes em relação ao parto vaginal é o medo de uma lesão perineal (como ocorre com episiotomia ou laceração, por exemplo) que poderia levar à disfunção sexual após o parto. Em alguns países da América Latina, incluindo o Brasil, a incidência de cesáreas chega a 80% nos cuidados privados e leva a uma preocupação persistente dentro do sistema de saúde. A introdução de um teste que pudesse prever a probabilidade de uma lesão não ocorrer poderia permitir que a futura mãe se sentisse mais confortável e “segura” em optar pelo parto vaginal. A esse respeito, os fatores preditivos para lesões do assoalho pélvico durante o parto vaginal devem ser mais estudados (ZANETTI *et al.*, 2016).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo foi possível caracterizar os recursos fisioterapêuticos mais aplicados na prevenção dos traumas perineais induzidos pelo parto, conceituados como métodos seguros e efetivos. Dentre as técnicas analisadas, ganham evidência a massagem perineal, o uso de compressas mornas, o suporte perineal manual, os exercícios de treinamento para o assoalho pélvico e o balão Epi-No.

Todos os recursos apresentaram resultados satisfatórios em relação aos benefícios da atuação fisioterapêutica, dentre os quais se destacam: o aumento da flexibilidade dos músculos perineais e redução da resistência muscular, possibilitando um alongamento perineal que facilita o mecanismo do parto e promove o encurtamento do primeiro e segundo estágio do trabalho de parto; a diminuição da incidência de lacerações perineais graves e episiotomias que resultam na redução de morbidades decorrentes a curto e longo prazo, otimizando a integridade muscular no parto vaginal.

A incidência de traumas perineais é alta no Brasil e em diversos países do mundo. Com a realização deste estudo foi observada a insuficiência de trabalhos relacionados ao tema,

despertando atenção aos profissionais quanto à necessidade de serem elaborados mais estudos para incrementar o conhecimento sobre o assunto e aprimorar as opções de intervenções durante a gestação.

## REFERÊNCIAS

AASHEIM, V. *et al.* Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. v. 13, n. 6, p. 1-115, 2017. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006672.pub3/epdf/full>. Acesso em: 20 abr. 2018.

BULCHANDANI, S. *et al.* Manual perineal support at the time of childbirth: a systematic review and meta-analysis. **BJOG: International Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 122, n. 9, p. 1157-65, 2015. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.13431>. Acesso em: 27 abr. 2018.

CASTRO, A.S.; CASTRO, A.C.; MENDONÇA, A.C. Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor. **Fisioterapia e Revista**, v. 19, n. 3, p. 210-14, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v19n3/a04v19n3.pdf>. Acesso em: 11 maio 2018.

COLACIOPPO, M. P. *et al.* Avaliação do viés de classificação da laceração perineal no parto normal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 61-6, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v24n1/v24n1a09>. Acesso em: 18 maio 2018.

DEMIREL, G.; GOLBASI, Z. Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing. **International Journal Of Gynecology And Obstetrics**, v. 131, n. 2, p. 183-6, 2015.

LEON-LARIOS, F. *et al.* Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. **Midwifery**. v. 50, p. 72-77, 2017.

MARCELINO, T. C.; LANUEZ, F. V. Abordagem fisioterapêutica na massagem perineal no pré-parto. **ConScientiae Saúde**. v. 8, n. 2, p. 339-44, 2009. Disponível em: <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/12/massagem-perineal-no-pre-parto.pdf>. Acesso em: 20 maio 2018.

SANTOS, R.C.S.; RIESCO, M.L.G. Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, p. 1-1, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37nspe/0102-6933-rgenf-1983-14472016esp68304.pdf>. Acesso em: 28 maio 2018.

SAYINER, D. F.; DEMIRCI, N. Effectiveness of Prenatal Perineal Massage in Vaginal Delivery. **Florence Nightingale Journal of Nursing**. v. 15, p. 146-54, 2007.

ZANETTI, M. R. D. *et al.* Determination of a cutoff value for pelvic floor distensibility using the Epi-no balloon to predict perineal integrity in vaginal delivery: ROC curve analysis. Prospective observational single cohort study. **São Paulo Medical Journal**, v. 134, n. 2, p. 97-102, 2016.