

A EPISIOTOMIA E O RETORNO À VIDA SEXUAL PÓS-PARTO

THE EPISIOTOMY AND RETURN TO SEX LIFE AFTER CHILDBIRTH

MARCIA GUERINO DE LIMA^{1*}, MICHELLE BENAVIDES AMORIM DA SILVA², TAÍS ALVES DE SOUZA³, LAURINDO PEREIRA DE SOUZA⁴

1. Especialista em Obstetrícia e Obstetrícia Social, Docente do curso de Enfermagem - FACIMED, Pós-Graduada em Didática do Ensino Superior- FACIMED; 2. Especialista em Obstetrícia e Obstetrícia Social pela FADAP/FAP Tupã/SP; 3. Especialista em Obstetrícia e Obstetrícia Social pela FADAP/FAP Tupã/SP; 4. Mestrando em Ciências da Saúde (IAMSPE- SP), Especialista em Unidade de Terapia Adulto- Pediátrico e Neonatal(UNINGA/2011), Título em unidade de terapia intensiva adulto (ABENTI/AMIB-2012), Docente do curso de Enfermagem-FACIMED, Coordenador Pós Graduação Lato Sensu Enfermagem em UTI/FACIMED, Coordenador Regional RUTE SIGs Cacoal/RO, Assistencialista UTI Adulto/HRC-RO.

* Rua Pedro Kemper, 3660, Parque Alvorada, Cacoal – RO, Brasil. CEP-76961-591. marcia_guerino211@hotmail.com

Recebido em 16/09/2013. Aceito para publicação em 29/09/2013

RESUMO

O presente estudo objetivou-se analisar a influência da episiotomia na relação sexual pós-parto. Trata-se de revisão de literatura realizada com livros, artigos científicos publicados em língua portuguesa, num recorte temporal de 2003 a 2008, nas bases de dados SciELO, Medline e Lilacs. Pode-se afirmar que a episiotomia tornou-se rotineira, usada de modo profilático como justificativa para evitar traumas perineais à morbidade e mortalidade infantil e problemas ginecológicos tais como retoccele, cistocele e relaxamento do assoalho pélvico. O retorno às atividades sexuais varia num tempo específico para cada mulher dependendo da sua libido, do “medo”, da cicatrização das incisões ou lacerações perineais e do grau de atrofia vaginal secundária e a episiorrafia é um evento que interfere nesse tempo. Muitas mulheres não participam da decisão de se fazer ou não a episiotomia nem tão pouco são informadas a respeito das práticas rotineiras que trazem consequência e influenciam na qualidade da vida sexual da mesma. Mais estudos se fazem necessário para elucidar o sentimento da mulher submetida à episiotomia e a repercussão na sua vida sexual.

PALAVRAS-CHAVE: Episiotomia, dispareunia, vida sexual pós-parto.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze the influence of episiotomy during intercourse postpartum. This is a review of literature was performed using books, scientific articles published in Portuguese in a time frame from 2003 to 2008, in SciELO databases, Medline and Lilacs. It can be argued that episiotomy has become routine, used prophylactically as justification to avoid perineal trauma morbidity and mortality and gynecolog-

ical problems such as rectocele, cystocele and relaxation of the pelvic floor. The return to sexual activity varies in a specific time for each woman depending on your libido, "fear", the healing of perineal lacerations or incisions and the degree of vaginal atrophy and secondary episiorrhaphy is an event that affects this time. Many women do not participate in the decision to make or not an episiotomy nor are they informed about the routine practices that bring consequence and influence the quality of sexual life of it. More studies are needed to elucidate the woman feeling underwent episiotomy and the impact on your sex life.

KEYWORDS: Episiotomy, dyspareunia, sexual life postpartum.

1. INTRODUÇÃO

A episiotomia é um procedimento cirúrgico muito frequente nos partos vaginais, constituindo-se num procedimento de uso liberal. No entanto, trata-se de uma conduta frequentemente utilizada de maneira inadequada^{1,2,3}.

De um lado, seus defensores costumam sublinhar a ação protetora desta intervenção, alegando razões tais como: a prevenção de lacerações no períneo; melhor cicatrização; redução da duração do segundo estágio do parto; ampliação do canal vaginal nos casos em que há necessidade de manipulação, para facilitar o nascimento, e facilidade na extração assistida por vácuo ou na utilização de fórceps. Por outro lado, os opositores de seu uso apontam que as lacerações podem ocorrer mesmo com a realização da episiotomia. Referem que a dor e o desconforto resultante desta conduta trazem consequên-

cias negativas maiores que as associadas às lacerações, maior perda sanguínea, dor, edema e disfunção sexual¹.

É fato que a episiotomia vem sendo utilizada de forma indiscriminada na assistência obstétrica⁴. É fato também que os profissionais de saúde arraigados a conceitos e práticas que não contemplam os resultados de evidência científica atuais, bem como, as práticas baseadas nos direitos das mulheres, insistem na realização deste procedimento, mantêm um enfoque intervencionista e assim subtraem da mulher parturiente a possibilidade de experienciar o parto, como um processo fisiológico e fortalecedor de sua autonomia^{1,3,5,6}.

Com base no exposto objetivou-se buscar na literatura as repercussões da episiotomia no retorno a vida sexual da mulher após o parto.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O estudo aqui evidenciado fundamentou-se em uma pesquisa de revisão bibliográfica. Primeiramente foram realizadas buscas em fonte de dados na Biblioteca da Faculdade de Tupã, Faculdade da Alta Paulista – FAP e em base de dados da literatura científica do site eletrônico da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS). A busca bibliográfica foi realizada utilizando-se como descritores as palavras: episiotomia, dispareunia, vida sexual pós-parto. Os dados coletados referem-se à publicação do período de 2003 a 2008.

Em seguida os artigos foram agrupados segundo o assunto abordado. Os conteúdos temáticos, encontrados nos resumos dos trabalhos, eram categorizados segundo suas características, histórias, puérpera, e vida sexual pós-parto.

3. DESENVOLVIMENTO

A Episiotomia e suas características

Os A episiotomia é uma incisão cirúrgica realizada no períneo da mulher no momento da expulsão – segundo período do parto³.

Tem o objetivo de impedir ou diminuir o trauma dos tecidos do canal do parto, favorecer a libertação do conceito e evitar lesões desnecessárias do polo cefálico submetido à pressão sofrida de encontro ao períneo².

A episiotomia pode ser feita com tesoura ou bisturi, possui modalidades diferentes: perineotomia, médio-lateral e lateral. A sua sutura é feita com fio cirúrgico absorvível pelo organismo e é chamada episiorrafia. É importante ressaltar que toda a técnica é asséptica e feita com utilização de anestésico.

Atualmente a episiotomia é um dos procedimentos mais comuns em obstetrícia, sendo superado apenas pelo

corde e pinçamento do cordão umbilical². A episiotomia foi sugerida para auxiliar os partos vaginais mais complicados, no entanto passou a ser indicada sistematicamente por importantes ginecologistas desde 1918. Entre 1915 e 1925, a episiotomia era usada periodicamente sob a justificativa de evitar traumas perineais e prevenir a morbimortalidade infantil e problemas ginecológicos, tais como retocele, cistocele e relaxamento da musculatura pélvica⁷.

Desde então, este modelo vem sendo adotado frequentemente, novamente sob a justificativa de prevenir o suposto afrouxamento pélvico irreversível do parto.

A incisão costuma ser feita quando a cabeça fetal está suficientemente baixa, a ponto de distender o períneo, porém, antes de ocorrer uma distensão exagerada. Também não pode ser realizada cedo demais, pois se deve prevenir um sangramento excessivo^{8,2}.

Tipos de episiotomia

A episiotomia pode ser lateral, médio-lateral e mediana. A episiotomia lateral está abandonada por seus inconvenientes, pois essa região, além de muito vascularizada, ainda pode lesar os feixes internos do músculo elevador do anus².

A episiotomia médio-lateral, por sua vez, é a mais usada e a incisão abrange a pele, mucosa vaginal, aponeurose superficial do períneo e fibras dos músculos bulbocavernoso e do transverso superficial do períneo e algumas vezes, fibras internas do elevador do anus. Pode ser realizada com tesoura ou bisturi, devendo ser executada antes que o polo fetal esteja distendendo acentuadamente o períneo, e sem que a pele esteja apresentando lesão. A incisão é realizada partindo-se da linha média da fúrcula posterior da vulva em direção a tuberosidade isquiática até um ponto lateral, distante do esfíncter anal, aço cerca de 4 cm de comprimento, podendo atingir o tecido celular subcutâneo da fossa isquiorretal. É mais frequente sua realização do lado direito da paciente, porém o lado da escolha é indiferente^{1,9,10,11}.

A episiotomia mediana apresenta como vantagens menor perda sanguínea, é fácil de reparar, maior respeito à integridade anatômica do assoalho muscular, menor desconforto doloroso e raramente é acompanhada de dispareunia, ou seja, dores nas relações sexuais, enquanto as episiotomias mediolaterais evitam mais eficazmente o esfíncter anal e reto^{2,3}.

Indicações

A maior justificação para a prática da episiotomia é a prevenção de roturas de períneo severas (grau III e IV). A indicação mais objetiva é o sofrimento fetal no período expulsivo, neste caso a episiotomia abrevia o tempo para saída do bebê trazendo benefícios para sua vitalidade. Fetos muito grandes estão associados à maior incidência de lacerações importantes, neste caso a episio-

tomia pode ser preventiva, mas algumas mulheres com fetos grandes e períneos elásticos e preparados com exercícios e massagens perineais podem não apresentar lacerações^{6,4}.

Outra indicação é a iminência de ruptura no períneo resistente. A aplicação do fórceps deve ser acompanhada da episiotomia, pois este instrumento faz com que a cabeça do bebê saia muito rápida além de se somar ao tamanho da cabeça do bebê tornado este volume muito grande, o que em muitos casos pode provocar lacerações vaginais importantes¹².

É importante ressaltar que a episiotomia está indicada para todas as primíparas, assim como para as múltiparas com episiotomia anterior, então esse procedimento caba sendo praticado quase que em todos os partos, como rotina hospitalar, sem analisar outros fatores como vantagens e desvantagens pra cada parturiente.

Contraindicação

O efeito traumático do parto vaginal é o resultado de disfunção da musculatura do assoalho pélvico e esta disfunção deve ser avaliada com mais atenção durante o exame ginecológico de rotina.

Vantagens

Com a realização da episiotomia preserva-se a resistência do assoalho pélvico, reduzindo-se a incidência dos prolapso uterinos, das cistoceles e das retoceles além da proteção das estruturas vaginais anteriores e posteriores, diminuindo o segundo período do parto. Há grandes benefícios para o lado fetal pela diminuição da compressão da cabeça sobre o períneo, evitando lesões cerebrais, notadamente nos fetos pré-termos, ou recém-nascidos das mães diabéticas cujos filhos são sempre macrosômicos¹³.

Outro dos benefícios atribuídos a episiotomia é a proteção do feto de lesões perinatais sendo habitualmente recomendada na prevenção ou diminuição do risco de lesões resultantes do sofrimento fetal e da distócia de ombros. Outros benefícios:

- i. Prevenção de asfixia neonatal;
- ii. Prevenção de lacerações perineais brandas ou severas;
- iii. Necessidade de sutura para as lacerações perineais;
- iv. Cicatrização facilitada;
- v. Prevenção de incontinência urinária e distócias pélvicas.

Desvantagens

Segundo alguns autores, a episiotomia não cumpre a maioria dos objetivos pelos quais é justificado, isto é, não diminui o risco de lesões perineais severas, não previne o desenvolvimento de relaxamento pélvico e não

tem impacto sob a morbimortalidade de recém-nascido.

Atualmente a episiotomia é apontada como fator de aumento de risco de traumas, infecções, hematomas, dor e também considerada um dos únicos procedimentos e realizado sem qualquer consentimento da paciente^{13, 14}.

Complicações

Algumas complicações podem ocorrer com o procedimento da episiotomia, entre eles^{15, 10, 16}:

- i. Extensão da lesão;
- ii. Hemorragia significativa;
- iii. Dor no período pós-parto;
- iv. Edema;
- v. Infecções;
- vi. Hematoma;
- vii. Dispareunia;
- viii. Fistulas retovaginais;
- ix. Endometriose da episiorrafia;
- x. Vaginite infecciosa;
- xi. Angustias, irritação da mucosa durante a relação sexual, perda da libido;
- xii. Roturas do períneo;
- xiii. Celulite;
- xiv. Deiscência;
- xv. Abscesso;
- xvi. Incontinência de gases;
- xvii. Incontinência de fezes;
- xviii. Lesão do nervo pudendo;
- xix. Fascite necrosante;
- xx. Morte e outros.

O puerpério

O período logo após o parto chama-se Puerpério, também conhecido como pós-parto ou resguardo. Dura em torno de 6 a 8 semanas e só termina com o retorno das menstruações. Este é um período variável, de evolução diferente de mulher para mulher, onde concomitante ao efetivo exercício da maternidade a mulher experimenta profundas modificações genitais, gerais e psíquicas, com gradativo retorno ao período não gravídico^{1,3,14}.

O puerpério inicia-se após a dequitação da placenta ou pela cessação de sua função endócrina nos casos de morte ovular, e divide-se em três etapas¹:

- i. Puerpério imediato (1° ao 10° dia);
- ii. Puerpério tardio (10° ao 45° dia);
- iii. Puerpério remoto (após o 45° dia).

Com a dequitação da placenta a mulher perde, subitamente, a sua fonte produtora de estrógenos, uma vez que os ovários tinham sua função bloqueada durante a gravidez, após cumprida a função do corpo lúteo.

A queda dos hormônios esteroides que inibiam o efeito da prolactina, aliada a uma liberação aumentada da prolactina como efeito da sucção, determina o início da lactação. Ainda por conta do hipostrogenismo a

puérpera irá experimentar um período de atrofia genital, denominado de "crise genital" até que os ovários retomem a sua função endócrina plena, período este variável e dependente da função da lactação.

Em nenhuma outra fase da vida modificações físicas tão grandes acontecem em tão curto espaço de tempo. Todos os órgãos, principalmente os genitais, se recuperam das alterações ocorridas ao longo da gravidez e do parto e nessa fase se inicia a lactação. Além disso, importantes modificações psicológicas ocorrem.

A relação sexual no pós-parto

Quanto ao retorno da vida sexual, a grande maioria das mulheres não reinicia sua vida sexual após seis semanas do parto, principalmente devido à preocupação com o início de métodos contraceptivos para evitar-se uma nova gravidez^{11, 17}.

A frequência de relações sexuais sofre queda linear a cada trimestre, em relação ao período pré-gestacional e vai caindo mais até o final da gravidez. A frequência de orgasmo também cai muito no período gestacional, e as duas principais causas para esta mudança é a diminuição da libido e a dor durante a relação sexual.

Segundo Mouta (2006)¹¹, Rezende (2005)¹ a sexualidade feminina, como fenômeno que pode ser estimulado ou reprimido pelo estado de gravidez, tem sido motivo de muitas conjecturas. Os tabus e sanções relativos a este tema talvez sejam somente comparáveis àqueles que relacionam a sexualidade ao fluxo menstrual. Muitos deles tentam basear-se em fundamentos biológicos, quando, na realidade, apoiam em fontes que vão da especulação obscura a preconceitos extremos. O relacionamento sexual durante a gestação parece ser um dos pontos mais vulneráveis do relacionamento do casal podendo acarretar crise na vida conjugal.

Apesar da grande importância deste tema, sexo durante a gravidez é considerado um dos últimos tabus a serem desvendados.

Na gestação, a mulher passa por uma revolução hormonal e por profundas alterações em seu esquema corporal. Não seria sensato negar as contundentes alterações físicas que acontecem como o crescimento abdominal, a sensibilidade mamária, a ocorrência inoportuna de náuseas e vômitos, a maior lubrificação vaginal. Todas essas são alterações orgânicas que as mulheres experimentam durante a gestação e que podem influir fortemente na vida sexual do casal^{18,4}.

A sexualidade da mulher na gravidez dependerá, também, de como se percebe, se avalia e se valoriza. Sentir-se amada e atraente depende, também, dos esforços do seu companheiro em deixar claro seu sentimento por ela, aumentando, assim, sua afetividade.

O exercício da sexualidade durante a gestação depende fortemente de como é visto pela própria mulher

antes da gestação. Se a visão anterior for negativa, ou seja, visto como algo sujo, ruim ou até pecaminoso, é óbvio que não se conseguirá reverter durante o curto período da gestação para uma visão positiva.

Dispareunia e episiotomia: comprometimento da relação sexual

A dispareunia é o termo médico utilizado para descrever intercurso doloroso, ou seja, a presença de dor durante a relação sexual. A disfunção pode ocorrer principalmente pela falta de lubrificação vaginal muitas vezes resultado de ausência de carícias ou preliminares, podendo ocorrer tanto no homem como na mulher.

Além da falta de lubrificação, a possibilidade de infecção vaginal também deve ser considerada, pois pode indicar inflamações pélvicas tais como herpes ou vaginite. Mesmo após a cura da infecção, algumas mulheres podem ainda apresentar dor na relação, o que resulta em uma reavaliação da prática sexual do casal que pode estar contribuindo para a disfunção^{1,17,11}.

A dispareunia é uma queixa muito comum no consultório dos ginecologistas. Grande parte das mulheres sexualmente ativas já sentiu ou pode vir a sentir algum tipo de dor ou dificuldade sexual ao longo da vida.

O exame físico minucioso, com identificação das áreas dolorosas, inspeção detalhada para verificar alterações da anatomia e a presença ou não de lesões vulvares, na maioria das vezes, demonstra a causa. Alguns fatores podem diminuir a lubrificação vaginal e causar atrofia vulvovaginal, como a menopausa ou o uso de alguns medicamentos. Infecções vulvares, vaginais, doença inflamatória pélvica, endometriose, retroversão uterina, miomatose, patologias dos anexos (ovários e trompas), aderências pélvicas ou doenças do trato urinário também provocam dor na relação sexual¹⁷.

Quando no parto vaginal, é utilizada a episiotomia, as queixas de dispareunia são ainda mais frequentes.

Muitos médicos e enfermeiras obstétricas afirmam que¹¹: *"a episiotomia e a única operação feita sobre o corpo de uma mulher saudável sem o seu consentimento. por essa razão, é um procedimento que viola os direitos sexuais e reprodutivos da mulher e desrespeita os princípios éticos profissionais"*¹¹.

Em um estudo realizado por Mouta (2008)¹¹, ele afirma que a maioria das mulheres entrevistadas relatam terem sentido dor durante a episiotomia e uma sensação de estranheza como se tivessem ficado "largas", além de demonstrarem uma grande preocupação em relação à ocorrência de deformidades na aparência da genitália. Todos os depoimentos que evidenciaram vivência da sensação de dor, proveniente da realização da episiotomia, fortalecem a ideia de que este procedimento causa um trauma. Além disso, muitas relataram que sua sexualidade foi atingida porque elas sentiram dor nas relações sexuais (dispareunia), e algumas mostraram uma certa

irritação quando reconheceram o desrespeito a sua integridade corporal.

O retorno às atividades sexuais varia em um tempo que é singular para cada mulher. É fato que o desejo e a disposição para o retorno das relações sexuais variam muito entre as mulheres na dependência de sua libido, da cicatrização das incisões e/ou lacerações perineais e do grau de atrofia vaginal secundária a amamentação^{11, 4, 17}.

Quando, porém, a episiotomia é realizada, a ideia difundida de que a relação sexual pode ser reiniciada logo no pós-parto, sempre que o períneo estiver adequado e quando o sangramento diminuir, e altamente questionável, pois para algumas mulheres o períneo não retornou ao estado de adequado nem mesmo depois de um ano de pós-parto^{4, 11}.

Outra repercussão da episiotomia na sexualidade das mulheres diz respeito ao constrangimento causado na sua relação com o parceiro. Esse constrangimento (aparência física da vagina) alterou a intimidade na relação do casal, chegando a ponto de a mulher evitar as relações genitais, causando, inevitavelmente a separação do casal^{11, 17}.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo, concluímos que são necessários estudos mais detalhados para o melhor conhecimento da sexualidade feminina durante o ciclo gravídico-puerperal, na perspectiva das profundas mudanças sociais e econômicas do mundo atual, e em especial na nossa sociedade, onde há poucos trabalhos abordando este tema extremamente relevante e que se reflete no comportamento e bem-estar integral da saúde da mulher.

Afora os problemas de indicação, respaldo científico, benefícios e riscos, critérios, taxas de utilização, pesquisas realizadas e crenças, a episiotomia é, acima de tudo, uma questão de gênero. Com relação ao retorno a vida sexual pós-parto, é perfeitamente observável que para a maioria das mulheres que realizaram a episiotomia, é bastante constrangedor ter que dizer ao companheiro que sentem dor e desconforto durante a penetração, também se sente fisicamente diferentes o que dificulta as relações e causam a dispareunia.

É penoso saber que com uma episiotomia desnecessária quando de rotina, feita sem indicação, a mulher pode ter dores e problemas sexuais por muito tempo.

Vale ressaltar que a maioria das mulheres não são perguntadas sobre a preferência de se fazer ou não a episiotomia e é muito importante que a mulher conheça os problemas associados a esse procedimento, compreendendo que podem ter musculatura perineal forte com a prática de exercícios evitando uma episiotomia desnecessária, inclusive recusando o procedimento. Devem decidir sobre tudo o que é realizado no seu corpo, uma vez que é através dele que sente prazer, compreende sua sexualidade nesta importante fase da vida, facilitando a

sua integração com o parceiro, o recém-nascido e o círculo familiar e social.

REFERÊNCIAS

- [1] Rezende J. *Obstetrícia*. 10ª ed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S.A, 2005.
- [2] Miquilini EC, Oliveira SMJV. Freqüência e critérios para indicar a episiotomia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo. 2005; 39(3).
- [3] Bento PAS. Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. *Escola Ana Nery Escola de Enfermagem*. Rio de Janeiro. 2006; 10(3):553-4.
- [4] Araújo LM, Mouta RJO, Progianti JM. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Escola Ana Nery Escola de Enfermagem*, Rio de Janeiro. 2008; 12(1):46-8.
- [5] Davim RMB, Enders BC, Reis MN. Estudo retrospectivo quanto a prática da episiotomia e a ocorrência de lacerações perineais em uma maternidade-escola. *Nursing*. 2003; 6(62):38-42.
- [6] Previati JF, Souza KV. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. *Revista brasileira de enfermagem*. Brasília. 2007; 60(2):197-205.
- [7] Camargo FO, Mendes BC, Leite LW, Moreno AL, Aquino RC, Ferreira MGS, *et al.* Variáveis do parto vaginal e desencadeamento de problemas no assoalho pélvico. *Femina*. 2005; 33(6):463-6.
- [8] Mejía ME. La episiotomia deve ser um procedimento de rotina? *Colomb Médica*. 2004; 35(2):76-80.
- [9] Colacioppo PM, Pereira FG, Riesco ML. Uso da anestesia local para episiotomia e reparo do trauma perineal no parto normal: práticas de enfermeiras e médicos. *Nursing*. 09(103):1158-62.
- [10] Junior EFM, Lima MC, Freire S. Fatores associados à realização seletiva de episiotomia em hospital universitário, *Revista de Ciências Médicas*. 2006; 15(2):95-100.
- [11] Mouta RJ, Araújo LM, Progianti JM, Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Escola Ana Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro. 2008; 12(1):45-9.
- [12] Ong Amigas do parto: Episiotomia: necessidade ou fantasia? Disponível em <<http://www.amigasdo parto.or.br/2007>>. Acesso em 18/10/2008.
- [13] Menta S, Schirmer J. Relação entre a pressão perineal no puerpério e o tipo de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2006; 28(9).
- [14] Cumin ES, Faria DGS, Soler ZASG. *Cuidart Enfermagem*. 2007; 1(1):100-3.
- [15] Santos JO. Episiotomia: um sofrimento necessário?/ Jacqueline de Oliveira Santos. Campinas [s.n].2004.
- [16] Progianti JM, Vargens OMC, Porfírio, AB, Lorenzoni, DP. A preservação perineal como prática de enfermeiras obstétricas. *Escola Ana Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro. 2006; 10(2): 266-70.
- [17] Arellano ES, Arrizón AV, Soberanis JL, Turanzas MC, Cruz JE, Neil Andersson, N. Dispareunia em mujeres después del parto: estudio de casos y controles em um hospital de Acapulco, México. *Rev Panam Salud Pública*. 2008; 23(1):44-51.
- [18] Enkin M. *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. 3ª ed. Guanabara Koogan S.A, Rio de Janeiro, 2005.

