

EPISIOTOMIA E SUAS IMPLICAÇÕES

EPISIOTOMY AND ITS IMPLICATIONS

Solange Ribeiro Peña

Curso de Pós graduação – Anatomia e Histologia: métodos
de ensino e pesquisa. Guaíra/PR
solange.r.pena@hotmail.com

Célia Regina de Godoy Gomes

Docente DCM/UEM
Maringá/PR
celinhagogo@gmail.com

Resumo

Episiotomia é um procedimento realizado em mulheres no período expulsivo do trabalho de parto. Trata-se de uma incisão na parede ínfero-posterior da vagina podendo ser mediana ou médio-lateral. Atualmente há diversos trabalhos sendo publicados sobre a questão de essa prática ser útil ou desnecessária e até que ponto ela pode contribuir ou não com a passagem do feto pela vagina para diminuir riscos para o mesmo ou para a mãe. O principal objetivo deste estudo é esclarecer sobre as indicações da episiotomia, sua eficácia e repercussões para a vida da mulher. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza qualitativa, no qual foi realizado um levantamento bibliográfico a partir de publicações científicas, livros, dissertações, teses e outras documentações eletrônicas vinculadas às bases de dados como SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BIREME (Biblioteca virtual em saúde) e PUBMED (National Center Biotechnology Information). Foram utilizadas as palavras parto, períneo e diafragma da pelve para guiar a pesquisa. Conclui-se que a episiotomia não deve ser uma prática rotineira, devido às suas implicações na saúde, sexualidade, autoestima da mulher. Entende-se que este trabalho traz uma contribuição importante para que sejam adotadas práticas alternativas para a preservação do períneo feminino no trabalho de parto.

Palavras-chave

Parto; períneo; diafragma da pelve

Abstract

Episiotomy is a procedure performed on women in the second stage of labor. It is an incision in the vaginal wall below rear may be median or mid-lateral. There are currently several works being published on the issue of this practice be useful or unnecessary and to what

extent it can contribute or not with the passage of the fetus through the vagina to reduce risks to it or to the mother. The main objective of the study is to clarify the indications of episiotomy, its effectiveness and impact on women's lives. This is a basic, descriptive, simple literature from scientific journals, books, dissertations, theses and other electronic documentation linked databases as SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BIREME (Biblioteca virtual em saúde) and PubMed (National Center Biotechnology Information). It concludes that episiotomy should not be a routine practice, because of its implications on health, sexuality, self-esteem of women. It is understood that this work makes an important contribution to alternative practices are adopted to preserve the female perineum in labor.

Key words

Childbirth; perineum; the pelvic diaphragm

Introdução

O parto é um evento natural e fisiológico tanto para a mulher quanto para o bebê e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), o ideal é que tenha o mínimo de intervenções possível. A OMS não estabelece um percentual aceitável para realização desse procedimento, porém, alguns autores propõem que cerca de 10% a 30% seria justificável. Apesar dessa orientação, existem práticas de intervenção que são utilizadas rotineiramente nos hospitais em diversos países, inclusive no Brasil. Uma dessas práticas é a episiotomia, que é realizada em cerca de 62,5% dos partos nos Estados Unidos e 30% na Europa. Na América Latina, inclusive no Brasil, habitualmente é utilizada nas primíparas e em parturientes com episiotomia prévia (MATTAR et al., 2007).

Além de considerar a orientação da OMS, é extremamente importante que as intervenções em obstetrícia, realizadas rotineiramente, sejam avaliadas se necessárias ou dispensáveis, baseando-se em evidências mostradas por estudos. Um questionamento sobre a prática abusiva de procedimentos muitas vezes desnecessários, que alteram o curso fisiológico do parto e do nascimento, com consequências desfavoráveis tanto para a parturiente como para o bebê também deve ser considerado (SCHNECK; RIESCO, 2003).

Dita como uma ampliação do períneo, realizado normalmente durante o último período do parto, através de uma incisão cirúrgica, a episiotomia é utilizada para prevenir danos (lacerações) no períneo das mulheres no momento do parto. Sendo, logo após o parto, realizado uma sutura para corrigi-la, a episiorrafia (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010a). Esse procedimento foi inicialmente utilizada no passado para prevenir lacerações, problemas ginecológicos, auxiliar na liberação do feto e evitar morbidade e mortalidade infantil. Trata-se de uma incisão cirúrgica no períneo e na parede póstero-inferior

da vagina, realizada para aumentar o óstio vaginal e impedir uma laceração denteadada dos músculos do períneo (MOORE; DALLEY, 1999; COSTA E SOUZA 2010).

Introduzida há mais de 250 anos na prática clínica, atualmente vem sendo questionada por diversos autores sobre sua eficácia ou benefícios se utilizada rotineiramente, ou seja, em todas as parturientes.

Estudos mostram que, se utilizado rotineiramente, o procedimento não reduz o risco de lesões graves no períneo ou relaxamento da musculatura do assoalho pélvico. Consequentemente, não reduz a incidência de incontinência urinária ou fecal. Verifica-se também que seu uso indiscriminado não tem impacto sobre a morbidade e mortalidade do recém-nascido, sendo demonstrado que seu uso seletivo traz melhores resultados (BORGES; SERRANO; PEREIRA, 2003).

Ainda não há uma concordância sobre quais seriam as reais indicações do procedimento em questão, pois até mesmo nas situações ditas como indicações, está sendo discutida a real necessidade da incisão (AMORIM; KATZ, 2008). Portanto, as indicações descritas são diversas. Mouta et al. (2008) apontam que períneo pouco distensível, sofrimento fetal e prematuridade, são algumas situações em que se realiza o procedimento. Silveira e Riesco (2008) citam sofrimento fetal, macrossomia, prematuridade, episiotomia anterior, elasticidade restrita, períneo curto, risco de laceração de terceiro ou quarto grau, leucorreia, falta de colaboração materna no desprendimento e utilização de fórceps como justificativa para o procedimento. Para Santos et al. (2008) as situações apontadas para justificar a incisão são: gestações precoces (adolescência), inexperiência do trabalho de parto, em situações de rigidez do tecido perineal, primiparidade e/ou multiparidade com episiotomia anterior, entre outros.

Episiotomias ainda são realizadas em grande número de partos vaginais, no entanto, há grande discussão sobre a episiotomia profilática de rotina, e sua frequência vem diminuindo (MOORE, AGUR; DALLEY, 2013). No entanto, trata-se de uma conduta frequentemente utilizada de maneira inadequada. Considerando que práticas desnecessárias devem ser evitadas, considera-se importante um estudo sobre a eficácia de tal procedimento e suas repercussões para a vida da mulher. Portanto o objetivo deste estudo é esclarecer sobre as indicações da episiotomia, sua eficácia e repercussões.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza qualitativa, no qual foi realizado um levantamento bibliográfico a partir de publicações científicas, livros, dissertações, teses e outras documentações eletrônicas vinculadas às bases de dados como SCIELO (Scientific

Eletronic Library Online), BIREME (Biblioteca virtual em saúde) e PUBMED (National Center Biotechnology Information). A utilização frequente do procedimento em obstetrícia motivou a escolha do assunto. Foram utilizadas as palavras parto, períneo e diafragma da pelve para guiar a pesquisa. Foram selecionadas publicações do período de 1996 a 2015, porém, foi incluída uma publicação do ano 1982, tendo em vista a relevância sobre o assunto. Ao total, foram revisados trinta e dois trabalhos. Nas bases de dados, foram considerados apenas artigos na íntegra, excluindo aqueles que apresentavam somente resumos.

Desenvolvimento

Anatomia do períneo

O períneo é uma região em forma de losango posicionada inferiormente ao assoalho da pelve entre as coxas (FERRON; RANCANO, 2007; DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2015). É delimitado lateralmente pelo sulco gênilo-femoral e mede aproximadamente 2,5 cm de comprimento (REIFFENSTUHL; PLATZER; KNAPSTEIN, 1999). Situa-se abaixo da abertura inferior da pelve e é separado da cavidade pélvica pelo diafragma da pelve (MOORE; AGUR; DALLEY, 2013).

O assoalho da pelve é formado pelo diafragma da pelve, o qual fecha inferiormente a pelve óssea, em forma de funil, que consiste nos músculos levantador do ânus e coccígeo e nas fáscias que recobrem as faces superior e inferior desses músculos (MOORE; AGUR; DALLEY, 2013).

O músculo levantador do ânus consiste em três grupos de músculos entremeados, que formam uma camada muscular única (iliococígeo, pubococígeo e puborretal). O músculo levantador do ânus é uma importante estrutura de suporte para as vísceras pélvicas nos bípedes e ajuda a manter o fechamento da vagina e do reto (NETTER, 2015).

O períneo está limitado pela projeção da sínfise púbica, dos ramos do púbis e do ísquio, tuberosidades isquiáticas, ligamentos sacrotuberais e cóccix (MILCHESKI et al., 2013; NETTER, 2015). Uma linha traçada entre as projeções das tuberosidades isquiáticas divide o períneo em anterior (ou triângulo urogenital) e posterior (ou triângulo anorretal) (COSTACURTA, 1982; MILCHESKI et al., 2013; MOORE; AGUR; DALLEY, 2013; DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2015).

O triângulo urogenital está voltado para baixo e nele está situada uma membrana- a membrana do períneo e as raízes da genitália externa (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2015; MOORE; DALLEY; AGUR, 2010). A membrana do períneo é uma folha fibrosa espessa que

preenche o triângulo urogenital e o divide em espaços profundo e superficial do períneo. Imediatamente acima da membrana do períneo, é o espaço profundo do períneo que contém uma camada de músculo esquelético e estruturas neurovasculares. Já o espaço superficial está entre a membrana do períneo (superiormente) e a lâmina membranácea da fáscia superficial, e as principais estruturas nesse espaço são os tecidos eréteis do pênis e do clitóris e os tecidos esqueléticos associados (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2015).

Em resumo a região urogenital, partindo da superfície para a parte mais profunda, é constituída por pele, tela subcutânea, espaço superficial do períneo e seu conteúdo, diafragma urogenital e espaço profundo do períneo. A pele nessa região é pigmentada e consideravelmente fina, especialmente na parte mais posterior, com presença de grande número de glândulas. Apresenta uma saliência ou rafe na linha mediana (COSTACURTA, 1982).

O períneo posterior ou triângulo anal encontram-se as estruturas anorretais (ânus, esfíncteres anais interno e externo) e suas respectivas coberturas cutâneas. A região anal está voltada mais posteriormente e contém a abertura anal (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2015). O triângulo anal do períneo é definido lateralmente pelas margens mediais dos ligamentos sacrotuberais, anteriormente por uma linha horizontal entre os dois túberes isquiáticos e posteriormente pelo cóccix. O principal músculo no triângulo anal é o músculo esfíncter externo do ânus, que envolve o canal anal, e é constituído por músculo estriado esquelético (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2015).

Entre a uretra e o ânus, está localizado o corpo perineal, que é uma massa fibromuscular mal definida, localizado no plano mediano, entre o canal anal e a membrana do períneo. Nas mulheres situa-se profundo à pele e ao tecido subcutâneo, posterior ao vestíbulo da vagina e anterior ao ânus e canal anal (MOORE; AGUR; DALLEY, 2013). Nessa região, há um cruzamento das estruturas do períneo e do assoalho pélvico. O músculo levantador do ânus, os músculos dos triângulos urogenital (m. bulboesponjoso, mm. transversos superficial e profundo do períneo) e anal (m. esfíncter externo do ânus) estão ligados ao corpo perineal (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2015).

O corpo de períneo é uma estrutura especialmente importante nas mulheres porque é o suporte final das vísceras pélvicas, e o estiramento ou a ruptura da fixação dos músculos do períneo no corpo do períneo pode prejudicar a sustentação proporcionada pelo assoalho da pelve (MOORE; AGUR; DALLEY, 2013).

A figura 1 representa as principais estruturas do períneo feminino.

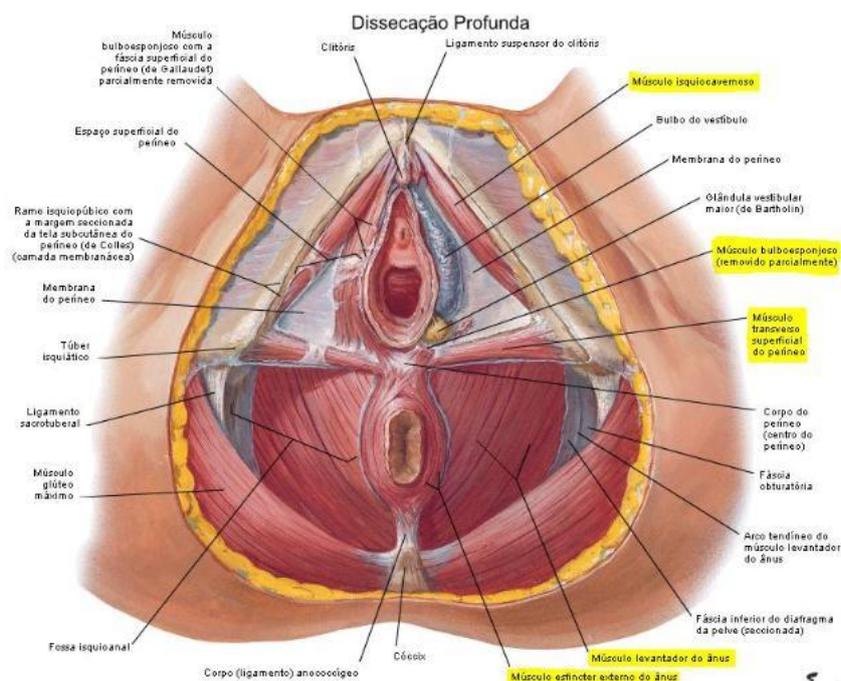


Figura 1- Anatomia do períneo e assoalho pélvico feminino. Fonte: <http://www.ebah.com.br>

Episiotomia e lacerações do períneo durante o parto

A episiotomia é definida como uma incisão realizada com o objetivo de aumentar a abertura vaginal externa, o que preveniria lacerações descontroladas da vagina e do períneo (BRITO et al., 2010). Durante o parto, o assoalho da pelve sustenta a cabeça do feto. Dessa forma, o períneo, o músculo levantador do ânus e a fáscia da pelve podem ser lesionados. É o músculo pubococcígeo, parte do músculo levantador do ânus, que geralmente é dilacerado. Essa parte do músculo é importante porque circunda e sustenta a uretra, a vagina e o canal anal (MOORE; AGUR; DALLEY, 2013).

Reiffenstuhel, Latzer e Knapstein (1999) conceituam a episiotomia como um procedimento realizado durante o trabalho de parto quando o períneo é inflexível ou tenso, o arco púbico é estreito, ou em casos em que a cabeça do feto é grande ou defletida. Trata-se de uma incisão cirúrgica que pode ser realizada de duas formas, mediana ou médio-lateral, podendo ser feita com tesoura ou lâmina de bisturi e requerendo sutura para sua correção.

Ao se realizar um procedimento de episiotomia, frequentemente são seccionados epiderme, mucosa, músculo transverso superficial do períneo e o músculo bulboesponjoso (SANTOS et al., 2008).

Como representado na figura 2, a episiotomia pode ser mediana ou médio-lateral.

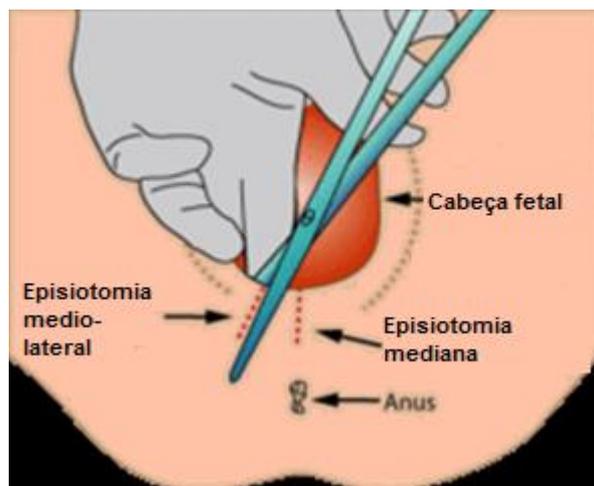


Figura 2- Representação da episiotomia. Fonte: fisioedoulamariahcoeli.blogspot.com.br (modificado)

Na episiotomia mediana é seccionado o corpo perineal enquanto que na episiotomia médio-lateral a incisão é realizada em 45° da linha média (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2015). Porém o termo médio-lateral é usada de forma incorreta, na realidade, refere-se a uma incisão mediana e então se curva lateralmente à medida que prossegue posteriormente (MOORE; DALLEY, 1999).

Introduzida inicialmente para prevenção de uma laceração grave, ou a um suposto afrouxamento pélvico irreversível, também a episiotomia começou a ser utilizada de modo profilático, na prevenção da morbimortalidade infantil e problemas ginecológicos, tais como retocele, cistocele e relaxamento da musculatura pélvica (OLIVEIRA; MIQUILINI, 2005).

Acreditava-se que o corte impedia a ruptura das fibras musculares que compõem o assoalho pélvico, porém isto foi um engano, pois a perineotomia lesiona tecido muscular, nervoso, vasos, mucosa e pele (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010b).

Atualmente há diversos trabalhos sendo publicados sobre a questão dessa prática ser útil ou desnecessária e até que ponto ela pode contribuir ou não com a passagem do feto pela vagina e diminuir riscos para o feto ou para a mãe.

Para Reiffenstuhl, Latzer e Knapstein (1999), a episiotomia é útil no parto com fórceps, extrações a vácuo, quando a integridade da musculatura do assoalho pélvico está em perigo, em manipulações manuais e apresentação pélvica. Os autores expõem ainda que se realizada em profundidade e momento adequados, pode prevenir laceração iminente da mucosa do períneo bem como da musculatura do assoalho pélvico. Além disso, pode encurtar o período expulsivo e o canal do parto.

Já para Oliveira e Miquilini (2005) além da episiotomia não prevenir traumas posteriores do assoalho pélvico, elas podem inclusive acentuá-los, além de provocarem maior

perda sanguínea. Como qualquer procedimento cirúrgico, a episiotomia é também responsável por complicações, como extensão da lesão perineal, hemorragia, edema, infecção, hematoma, dispareunia, dor após o parto e rejeição materna ao neonato devido à dor (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010b). Riesco et al. (2011) completam que mulheres que não foram submetidas à episiotomia têm uma chance maior de ter o períneo preservado durante o parto devido, provavelmente, ao fato do tecido da vagina possuir maior elasticidade em relação ao tecido cicatricial.

Vale salientar que a maior parte das lacerações profundas de períneo acontece em mulheres que já foram submetidas à episiotomia anteriormente, o que leva à conclusão de que uma melhor seleção para sua realização poderia minimizar o número dessas lacerações (OLIVEIRA; MIQUILINI, 2005). Inere-se dessa forma que a episiotomia é um fator de risco para lacerações de terceiro e quarto grau no períneo (PEREIRA; PINTO, 2011). Segundo Santos et al.(2008), a ocorrência de lacerações perineais no parto vaginal depende de diversos fatores, tanto maternos como fetais, relacionadas ao parto e à prática da episiotomia. Enfim, Barbosa et al. (2005) concluem em sua pesquisa que a episiotomia é um dos fatores que contribuem para a diminuição da força muscular do assoalho pélvico.

A não necessidade do uso de episiotomia de rotina estaria relacionada ao fato da vagina e podendo, assim como todo o organismo feminino, passarem por grandes alterações morfológicas, durante o período da gestação. Como exemplo, a vagina adquire grande elasticidade devido à embebição (CARRARA; DUARTE, 1996).

Para a OMS, a utilização da episiotomia rotineiramente, possui desvantagens em relação à utilização restrita como, por exemplo, o risco de trauma de períneo posterior, necessidade de sutura e de complicações de cicatrização são menores quando utilizada restritamente. Quanto à prevenção de lacerações graves, estudos mostram que não houve melhores resultados nas episiotomias de rotina em relação às restritas, assim como não houve diferenças em relação à dispareunia e dores intensas. Como desvantagem da episiotomia restrita, os mesmos estudos apontam que há um maior risco de trauma perineal anterior (BRASIL, 2001). Assim, para a OMS, se houver sinais de sofrimento fetal ou progressão insuficiente do parto ou ainda, ameaça por laceração de terceiro grau (a ocorrência de lesão de 3º grau em parto anterior também deve ser considerada), estes são motivos adequados para intervenção de episiotomia (BRASIL, 2001).

Beleza et al. (2012) comentam que é importante destacar que a presença da dor e das limitações por ela causada durante o período pós-parto é pouco valorizada entre os profissionais da saúde, que negligenciam os cuidados maternos em detrimento dos cuidados

neonatais. Tal acontecimento pode afetar a qualidade de vida da puérpera, pois as limitações sentidas em decorrência da dor interferem na sua mobilidade.

Progianti, Araújo e Mouta (2008) realizaram um estudo com 10 mulheres que já haviam passado pelo procedimento em algum momento da vida, sendo que as entrevistadas responderam a um questionário semiestruturado com a questão inicial sobre a experiência das mesmas sobre o parto e pós-parto, especialmente sobre a episiotomia. Algumas entrevistadas descreveram ter sentido dor durante a realização do procedimento ou na episiorrafia e/ou no pós-parto, relatando desconforto ao sentar ou ainda após algum tempo, durante as relações sexuais. Ainda foi observado que várias mulheres descreveram uma preocupação com a estética da vagina após o procedimento, inclusive haver constrangimento na intimidade devido à aparência da genitália, podendo contribuir para separação do casal. Houve um depoimento que demonstra até mesmo repúdio ao parto natural devido à experiência do corte realizado em sua vagina. Esse tipo de experiência ruim pode vir a gerar uma escolha da mulher por uma cirurgia num próximo parto, o que foi demonstrado no estudo também. A dispareunia foi bem comum entre as entrevistadas, sendo que houve relato de uma mulher só ter conseguido ter relações sexuais dois meses após o parto e outra de ter dispareunia por mais de um ano.

A literatura chama a atenção para a prática da episiotomia e da episiorrafia, que parecem ser os procedimentos que causam maiores desconfortos no pós-parto. Atualmente o uso rotineiro de tal procedimento passa a ser questionado devido às diversas consequências provocadas ao assoalho pélvico feminino, pois a realização desta incisão não garante menores chances de morbidade no puerpério (BELEZA et al., 2012).

O Código de Ética Médica (2010), no Artigo 31, determina que “é vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente, salvo em caso de iminente risco de morte”, e complementando, o Artigo 34 ampara que “é vedado deixar de informar ao paciente os riscos e os objetivos do tratamento”. Assim, vemos a necessidade de um melhor conhecimento por parte das pacientes sobre seus direitos, pois muitas desconhecem o objetivo da episiotomia e até mesmo os riscos quando realizada sem necessidade.

Em uma pesquisa realizada sobre a visão das mulheres em relação à episiotomia, Previatti e Souza (2007), apontam que essa falta de conhecimento por parte da mulher pode ter profundo impacto sobre o controle do seu próprio corpo e até mesmo influenciando sobre a visão em relação ao mesmo, achando muitas vezes que sua vagina não era adequada para passagem do feto. Observa-se também que à medida que as mulheres não são informadas

adequadamente sobre o procedimento, igualmente não são consultadas se querem ou não realizar o mesmo, limitando-se o direito de escolha ou de expressar opiniões, sobre o assunto e até mesmo ferindo sua autonomia.

Um estudo realizado por Frigo et al. (2014) com mulheres que tiveram parto vaginal em um centro obstétrico e dispuseram a participar da pesquisa, ao serem inqueridas sobre a explicação do profissional de saúde para justificar o procedimento de episiotomia, os autores identificaram que 28,6% eram para facilitar o parto, 50% não comentou ou justificou o procedimento, e 21,4 % não recorda ou não quis comentar a explicação do profissional da saúde. Nesta mesma pesquisa foi perguntado sobre o consentimento para realização do corte no momento do parto, apenas 35,7% lhes foi solicitado o consentimento para a realização da episiotomia, e 64,3% não foi solicitado o consentimento.

Embora a episiotomia seja um dos procedimentos mais comuns na atenção obstétrica, é comumente realizado sem o consentimento da mulher, e sua justificação se volta à prevenção de lacerações perineais severas, uma melhor preservação da função sexual posterior, uma redução da incidência de incontinência urinária e fecal e a proteção do recém-nascido (PREVIATTI; SOUZA, 2007).

Considerações finais

Conclui-se que a episiotomia não deve ser uma prática rotineira. Suas consequências em curto prazo, ao ser utilizada sem uma real necessidade, podem ser dor, aumento da lesão perineal, inclusive maior chance de laceração grave e como qualquer procedimento cirúrgico, possui riscos. Além disso, na maioria das vezes o procedimento não é explicado para a mulher durante o pré-natal ou apenas informado momentos antes do parto, quando esta se encontra em um período muito sensível. Dessa forma, entende-se ser ferida a autonomia da mulher. Em longo prazo, as consequências podem ser diminuição da força muscular do assoalho pélvico (contribuindo quiçá para incontinência urinária e/ou fecal), dispareunia e preocupação com a estética da vagina.

As indicações para utilização do procedimento são sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto, desproporção céfalo-pélvica ou ainda, ameaça por laceração grave.

Sugerem-se estudos para avaliação das estruturas do assoalho pélvico e preservação de suas funções em espaço de tempo superiores há um ano após o parto.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M. R.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, São Paulo, v.36, n.1, p. 47-54, ago. 2008.

BARBOSA, A. M. P; CARVALHO, L. R. MARTINS, A. M. V. C; CALDERON, I. M. P.; RUDGE, M. V. C; Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. **Rev. Bras. Ginecol, Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 677-82, nov. 2005.

BELEZA, A. C. S; FERREIRA, C. H. J; SOUZA, L; NAKANO, A. M. S.. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. **Rev. Bras. Enferm, Brasília**, v. 65, n. 2, p. 264-8, mar./abr. 2012.

BORGES, B. B; SERRANO, F; PEREIRA, F. Episiotomia: uso generalizado versus selectivo. **Acta Médica Portuguesa**. Lisboa, n.16, p. 447-454, 2003.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br>>. Acesso em: 23 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRITO, P. S; THAIS, B; OLIVEIRA, J; ESTHER, M. **A Importância da Assistência de Enfermagem**. São Paulo: Clube de Autores, 2009.

CARRARA H. H. A; DUARTE G. Semiologia Obstétrica. Capítulo IX. In: SIMPÓSIO: SEMIOLOGIA ESPECIALIZADA, n.1., 1996, Ribeirão Preto. **Medicina, Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, v. 29. p. 88-103.1996.

CARVALHO, C. C. M.; SOUZA, A. S. R.; MORAES FILHO, O. B. Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 56, n. 3, p. 3

COSTA L.C., SOUZA, L.M. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Femina**, Recife, v. 38, n. 5, mai. 2010a.

_____. Prevalência e correlação de fatores associados à prática de episiotomia em um hospital público do Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde.**; v. 20, n.4, p. 315-24, 2009.33-9, 2010b.

COSTACURTA, L. **Anatomia médico-cirúrgica da pelve humana**. São Paulo: Atheneu: Ed. da Universidade de São Paulo, 1982.

DRAKE, R. L.; VOGL, A. W; MITCHELL, A. W. M.; **Gray's anatomia para estudantes**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

FERRON, M.; RANCANO, J. **Grande Atlas Do Corpo Humano**. Barueri-SP: Editora Manole Ltda, 2007.

FRIGO, J.; CAGOL, G; ZOCHE, D. A; ZANOTELLI, S. S; RODRIGUES, R. M; ASCARI, R. A. Episiotomia: (des)conhecimento sobre o procedimento sob a ótica da mulher. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research BJSCR**, v. 6, n. 2, p. 05-10, mar.-mai, 2014.

MATTAR, R; AQUINO, M. M. A; MESQUITA, M. R. S. A prática da episiotomia no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 29, n. 1, p. 1-2, 2007.

MILCHESKI, D. A; ZAMPIERI, F. M. C; NAKAMOTO, H. A; TUMA JUNIOR, P; FERREIRA, M. C. Terapia por pressão negativa na ferida traumática complexa do períneo. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 40, n. 4, p. 312-317, 2013.

MOORE, K. L.; DALLEY, A. **Anatomia orientada para a clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

MOORE, K. L.; AGUR, A. M. R.; DALLEY, A. F. **Fundamentos de anatomia clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

MOORE, K.L. DALLEY II, A.F. AGUR, A. M. R. **Anatomia orientada para a clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

MOUTA, R. J. O. PILOTTO, D. T. S; VARGENS, O. M. C; PROGIANTI, J. M. Relação entre posição adotada pela mulher no parto: integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.472-6, out.-dez. 2008.

NETTER, F. H. **Anatomia clínica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

OLIVEIRA, S. M. J. V; MIQUILINI, E. C. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. **Rev. Esc. Enferm. USP**; v. 39, n.3, p. 288-95, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Saúde Materna e Neonatal. Unidade Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra, 1996.

PEREIRA, G. V; ARTHUZO PINTO, F. Episiotomia: uma revisão de literatura. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde [online]**, v. 15, n. 3, 2011, p. 183-196. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26021120015>>. Acesso em: 23 set. 2015.

PREVIATTI, J. F; SOUZA, K. V. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 197- 201, mar./abr. 2007.

PROGIANTI, J. M; ARAÚJO, L. M; MOUTA, R. J. O. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. Esc. Anna Nery. **Rev. Enferm**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 45-9, mar. 2008.

REIFFENSTUHL, G.; PLATZER, W.; KNAPSTEIN, P. J. **Operações vaginais**: Anatomia cirúrgica e técnica. 2. ed. São Paulo: Editora Manole Ltda, 1999.

RIESCO, M. L. G; COSTA, A. S. C; ALMEIDA, S. F. S; BASILE, A. L. O; OLIVEIRA, S. M. J. V. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 77-83, jan.-mar. 2011.

SANTOS, J. O; BOLANHO, I. C; MOTA, J. Q. C; COLEONI, L.; OLIVEIRA, M. A. [Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar.](#) Esc. Anna Nery. **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 658-63, dez. 2008.

SCHNECK, C. A; RIESCO, M. L. G. Tendências para a assistência ao nascimento: bases para a construção de um novo modelo. **Cadernos Centro Universitário S. Camilo**. São Paulo. v.9, n.2, p. 9-15, abr.-jun. 2003.

SILVEIRA, J. C.; RIESCO, M. L. G. Ensino da prevenção e reparo do trauma perineal nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 512-7, out.-dez. 2008.