



Anelice Calixto Ruh
(Organizadora)

Saberes e
Competências
em Fisioterapia e
Terapia Ocupacional

Anelice Calixto Ruh
(Organizadora)

Saberes e Competências em Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Lorena Prestes
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
S115	Saberes e competências em fisioterapia e terapia ocupacional [recurso eletrônico] / Organizadora Anelice Calixto Ruh. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Saberes e Competências em Fisioterapia e Terapia Ocupacional; v. 1) Formato: PDF. Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia. ISBN 978-85-7247-470-2 DOI 10.22533/at.ed.702191007 1. Fisioterapia. 2. Terapia ocupacional. I. Ruh, Anelice Calixto. II. Série. CDD 615
Elaborado por Maurício Amormino Júnior CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Nesta edição do Ebook “Saberes e Competências em Fisioterapia e Terapia Ocupacional” apresentamos um compilado de estudos relevantes para estas áreas das ciências da saúde. Discussões a cerca de temas que precisam de constante atualizações devido ao movimento da saúde populacional.

Uma revisão sistemática sobre dor lombar e temas neurológicos, sempre em voga dada sua alta prevalência. Muitas vezes tabu, a disfunção sexual feminina nunca foi debatida, hoje com a liberdade moral e científica apresentamos trabalhos a cerca deste tema.

Crianças, futuros adultos, com temas variados na área do desenvolvimento motor, cognitivo, inclusão em políticas públicas, tratamento e prevenção de doenças. Doenças pulmonares que culminam com o envelhecimento da população.

Boa Atualização!

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ORIGEM DA DOR LOMBAR, SUAS COMPLICAÇÕES E MÉTODOS DE TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	
Diana Corrêa Barreto Camila Carolina Brito Maia Flávio Dos Santos Feitosa Grenda Luene De Farias	
DOI 10.22533/at.ed.7021910071	
CAPÍTULO 2	8
PREVALÊNCIA DE DORES OSTEOMUSCULARES EM TRABALHADORES DE UMA BIBLIOTECA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO (PE)	
Noêmia da Silva Tavares Danielle Ferreira de Siqueira Cristie Aline Santos Araújo	
DOI 10.22533/at.ed.7021910072	
CAPÍTULO 3	17
A FUNÇÃO SEXUAL NO PÓS-PARTO DE PRIMÍPARAS COM EPISIOTOMIA	
Lorena Carneiro de Macêdo Hellen Batista de Carvalho Danilo de Almeida Vasconcelos Leila Katz Melania Maria Ramos de Amorim	
DOI 10.22533/at.ed.7021910073	
CAPÍTULO 4	32
EFEITOS DA GINÁSTICA ABDOMINAL HIPOPRESSIVA NO PUERPÉRIO IMEDIATO E TARDIO	
Carolina Nascimben Matheus Karoline de Almeida Teles Nadyne Bhrenda Conceição de Lima	
DOI 10.22533/at.ed.7021910074	
CAPÍTULO 5	45
CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE A ABORDAGEM TERAPÊUTICA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA	
Ruth Ellen Ribeiro dos Santos Denise Cristina Cardoso Ferreira Renato Mendes Gomes de Oliveira Camila Teixeira Vaz	
DOI 10.22533/at.ed.7021910075	
CAPÍTULO 6	60
EFEITOS DA TERAPIA POR EXPOSIÇÃO À REALIDADE VIRTUAL NA MODIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA: UMA SÉRIE DE CASOS	
Karen Valadares Trippo Ananda de Oliveira Silva Adriana Saraiva	
DOI 10.22533/at.ed.7021910076	

CAPÍTULO 7	74
PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM CORREDORAS	
Rafaela de Melo Silva	
Vanessa Santos Pereira Baldon	
Ana Paula Magalhães Resende	
DOI 10.22533/at.ed.7021910077	
CAPÍTULO 8	87
DOR PÉLVICA CRÔNICA EM MULHERES E ANÁLISE DA MARCHA	
Mariana Cecchi Salata	
Paulo Ferreira dos Santos	
Patrícia Silveira Rodrigues	
Arthur Marques Zecchin-Oliveira	
Daniela Cristina Carvalho de Abreu	
Omero Benedicto Poli-Neto	
DOI 10.22533/at.ed.7021910078	
CAPÍTULO 9	95
AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE TREINAMENTO FUNCIONAL NO EQUILÍBRIO POSTURAL, NA AUTONOMIA FUNCIONAL E NA FLEXIBILIDADE DE MULHERES DE UMA COMUNIDADE DA CIDADE DO RECIFE	
Renata Soraya Coutinho da Costa	
Camila Siqueira Melo de Andrade	
Lázaro Inácio Cabral	
DOI 10.22533/at.ed.7021910079	
CAPÍTULO 10	109
ANÁLISE DE JOGOS DO PACOTE WII FIT PLUS DA NINTENDO® COMO AUXILIAR NA REABILITAÇÃO VESTIBULAR	
Camila de Barros Prado Moura Sales	
Érika Rosângela Aves Prado	
DOI 10.22533/at.ed.70219100710	
CAPÍTULO 11	121
AÇÕES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE VOLTADAS PARA AS CRIANÇAS: PERCEPÇÃO DE DISCENTES DE FISIOTERAPIA	
Andressa Padilha Barbosa	
Lara Freire de Menezes Costa	
Raiany Azevedo dos Santos Gomes	
Clarissa Cotrim Anjos	
DOI 10.22533/at.ed.70219100711	
CAPÍTULO 12	133
O PICADEIRO COMO ESTRATÉGIA LÚDICA DE APRESENTAÇÃO DO SUS PARA CRIANÇAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Raissa da Silva Matos	
Marina de Sousa Almeida	
Antonia Ágda Oliveira Formiga	
Luísa Maria Antônia Ferreira	
Simone Sousa de Maria	
Tatiana Lúcia da Rocha Carvalho	
DOI 10.22533/at.ed.70219100712	

CAPÍTULO 13 138

ATIVIDADE MOTORA COMO PREDITORA PARA CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS EM CRIANÇAS

Natália Ferraz de Araújo Malkes
Bruna Thays Santana de Araújo
Plínio Luna de Albuquerque

DOI 10.22533/at.ed.70219100713

CAPÍTULO 14 145

EFEITOS DA PRÁTICA DO SUPORTE DE PESO CORPORAL EM CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL: UMA SÉRIE DE CASOS

Geison Sebastião Reitz
Milena Julia Chirolli
Letícia Carolina Gantzel
Beatriz Schmidt Lunardelli
Suzana Matheus Pereira
Helio Roesler

DOI 10.22533/at.ed.70219100714

CAPÍTULO 15 156

ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR EM CRIANÇAS COM SÍNDROME PÓS-ZIKA VÍRUS: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Monique Ornellas de Almeida Avelino
Priscila Correia da Silva Ferraz

DOI 10.22533/at.ed.70219100715

CAPÍTULO 16 166

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS DOS GENITORES DE CRIANÇA COM MICROCFALIA RELACIONADA PELO ZIKA VÍRUS

Priscila Correia da Silva Ferraz
Amanda Estrela Gonçalves
Sibele Dayane Brazil Tenório

DOI 10.22533/at.ed.70219100716

CAPÍTULO 17 181

ANÁLISE COMPARATIVA DOS DISPOSITIVOS FLUTTER E ACAPELLA GREEN - UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Eduarda Martins de Faria
Efraim Caio Oliveira Silva
Bruno Tavares Caldas
Álvaro Camilo Dias Faria
Carlos Eduardo da Silva Alves
Angélica Dutra de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.70219100717

CAPÍTULO 18 192

DESEMPENHO FUNCIONAL DE PESSOAS COM COMPROMETIMENTO RESPIRATÓRIO PROVENIENTE DE HIV/AIDS

Janilly Moura Vasconcelos
João Ancelmo dos Reis Neto
Kamilla Peixoto Bandeira
Nívea Carla dos Reis Silva do Amorim
Monique Carla da Silva Reis

DOI 10.22533/at.ed.70219100718

CAPÍTULO 19	204
O TESTE DE SENTAR E LEVANTAR COMO INSTRUMENTO AVALIATIVO DE FUMANTES E NÃO FUMANTES	
Patrícia Maria de Melo Carvalho Tamara Karina da Silva Elaine Macedo Periard Bruna Elisa Ferreira Mayrink	
DOI 10.22533/at.ed.70219100719	
CAPÍTULO 20	222
COMPARAÇÃO DE CUSTOS EM DIFERENTES PROCESSOS DE ABASTECIMENTO DE MATERIAIS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE PORTE EXTRA	
Cassio Stipanich Juliana Barbosa Goulardins Marion Elke Sielfeld Araya de Medeiros Francisca Pires de Maria Clarice Tanaka	
DOI 10.22533/at.ed.70219100720	
CAPÍTULO 21	233
EFEITO DE PALMILHAS E ÓRTESES DE JOELHO EM PACIENTES COM GONARTROSE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE	
Larissa de Fátima Orlando de Matos Luiza Carla Trindade Gusmão Cícero Luiz Andrade Roberto Poton Martins	
DOI 10.22533/at.ed.70219100721	
CAPÍTULO 22	245
OS BENEFÍCIOS DA ENDERMOLOGIA ASSOCIADO AO USO DO ULTRASSOM E OUTROS RECURSOS DA DERMATO-FUNCIONAL NO TRATAMENTO DE FIBRO EDEMA GELÓIDE: REVISÃO DE LITERATURA	
Fernanda Ferreira de Sousa Elisângela Neres de Andrade Eveline de Sousa e Silva Flames Thaysa Silva Costa Daniella Nunes Martins Mendes Luciane Marta Neiva de Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.70219100722	
CAPÍTULO 23	254
A BIOMECÂNICA DO EXERCÍCIO SNATCH DO CROSSFIT POSSUI FATORES QUE PREDISPÕE SEUS PRATICANTES A LESÕES RELACIONADAS À COLUNA VERTEBRAL: UMA ANÁLISE EVIDENCIADA POR FOTOGRAFIOMETRIA	
Geiferson Santos do Nascimento Carlos Henrique Barbosa Priscila Menon dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.70219100723	
SOBRE A ORGANIZADORA	263

A FUNÇÃO SEXUAL NO PÓS-PARTO DE PRIMÍPARAS COM EPISIOTOMIA

Lorena Carneiro de Macêdo

Mestre em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e Pesquisadora pelo Instituto de Pesquisa Prof. Joaquim Amorim Neto (IPESQ) (lorenacmacedo@gmail.com)

Hellen Batista de Carvalho

Mestre em Saúde Materno Infantil pelo IMIP e Docente do curso de fisioterapia da Unifacisa (hellenbcar@hotmail.com)

Daniilo de Almeida Vasconcelos

Doutor em Saúde Materno Infantil (IMIP); Docente do curso de Fisioterapia na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e Docente do Programa de Pós-graduação de Ciência e Tecnologia em Saúde (NUTES-UEPB) (osteopatia@gmail.com)

Leila Katz

Doutora em Tocoginecologia pela Universidade de Campinas (UNICAMP); Docente da Pós-graduação em Saúde Materno Infantil do IMIP e Pesquisadora pelo Instituto de Pesquisa Prof. Joaquim Amorim Neto (IPESQ) (katzleila@gmail.com)

Melania Maria Ramos de Amorim

Doutora em Tocoginecologia pela Universidade de Campinas (UNICAMP); Docente da Pós-graduação em Saúde Materno Infantil do IMIP e da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e Pesquisadora pelo Instituto de Pesquisa Prof. Joaquim Amorim Neto (IPESQ) (melania.amorim@gmail.com).

RESUMO: a gravidez e a via de parto são fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de disfunções dos músculos do assoalho pélvico, podendo interferir na função sexual da mulher. O objetivo foi avaliar a função sexual pós-parto vaginal em primíparas com e sem episiotomia. Foi realizado um estudo transversal descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB (CAAE44775015.1.0000.5175) realizado com 62 mulheres, faixa etária de 18 a 35 anos, sendo primíparas pós-parto vaginal com episiotomia (n=20), sem episiotomia (n=19) e mulheres nuligestas (n=23). Foram verificadas características biológicas, sociodemográficas e da função sexual (Female Sexual Function Index–FSFI). As primíparas responderam ao questionário três meses após o parto e o mesmo questionário foi respondido pelas nuligestas. Ao comparar os três grupos da pesquisa, em relação à função sexual, foi encontrado um menor escore de dor ($3,04 \pm 1,44$) nas primíparas com episiotomia e piores escores na maioria dos outros domínios (desejo, excitação, orgasmo e satisfação) primíparas sem episiotomia. Conclusão: as primíparas apresentam os piores índices de função sexual, em todos os domínios, comparados com as nuligestas e em relação ao domínio dor, o grupo com episiotomia apresentou o pior escore, comparado ao grupo sem episiotomia e grupo das nuligestas, como

também apresentou a pior média no escore total do FSFI.

PALAVRAS-CHAVE: Período pós-parto. Assoalho pélvico. Episiotomia.

ABSTRACT: Pregnancy and the way of delivery are factors that may contribute to the development of dysfunctions of the pelvic floor muscles, which may interfere with the sexual function of the woman. The objective of this work was to evaluate vaginal postpartum sexual function in primiparas with and without episiotomy. A descriptive cross-sectional study was conducted, approved by the UEPB's Ethics Committee in Research (CAAE44775015.1.0000.5175), with 62 women, aged between 18 and 35 years old, being primiparas with vaginal episiotomy (n = 20), without episiotomy (n = 19) and nulligest women (n = 23). Biological, sociodemographic and sexual function characteristics (Female Sexual Function Index-FSFI) were verified. The primiparous women answered the questionnaire three months after the birth and the same questionnaire was answered by the nulligests. Comparing the three groups of the study with regard to sexual function, a lower pain score (3.04 ± 1.44) was found in primiparas with episiotomy and worse scores in most other domains (desire, arousal, orgasm and satisfaction) in primiparas without episiotomy. Conclusion: the primiparas women had the worst sexual function indexes, in all domains, compared to nuligestas and in relation to the pain domain, the episiotomy group presented the worst score, compared to the group without episiotomy and the group of nuligestas, as well as the worst score in the FSFI total score.

KEYWORDS: Postpartum period. Pelvic floor. Episiotomy.

1 | INTRODUÇÃO

1.1 Conceito e Funções do Assoalho Pélvico

O assoalho pélvico (AP) é considerado uma unidade funcional músculo-fascial de atividade sinérgica e antagônica, com múltiplas funções e não apenas a função de fechamento do copo pélvico (ROSSETI, 2016). Além de auxiliar os ligamentos pélvicos na sustentação dos órgãos interno, o AP exerce também um papel essencial na ação esfínteriana para a uretra, a vagina e o reto, auxiliando na continência urinária, anal e na função sexual (ZUCCHI, 2003).

Agindo como fortes elásticos, os músculos do assoalho pélvico (MAP) em conjunto com os ligamentos e as fáscias, unem os órgãos aos ossos da pelve, sustentando-os em suas posições normais contra a força da gravidade, sendo compostos em 70% por fibras musculares do tipo I e, em 30%, por fibras musculares do tipo II, capazes de manter o tônus muscular por períodos prolongados quando a mulher está em pé e quando ocorre alguma situação de aumento da pressão intra-abdominal (tossir, rir, espirrar, levantar peso, praticar esportes) (BARACHO, 2007; LEMOS, 2014; SILVA, 2011).

Os músculos da camada superficial do AP situam-se fora do assoalho, formando a camada externa ou região perineal, constituída pelos músculos isquiocavernoso, bulbocavernoso, pelo transverso superficial do períneo e pelo esfíncter do ânus, sendo os constritores da vagina e responsáveis pela manutenção da ereção clitoriana. Já o componente principal da camada muscular profunda do assoalho pélvico é o diafragma pélvico formado pelos músculos levantador do ânus e músculos coccígeos, sendo o levantador do ânus um músculo principalmente de suporte (BARACHO, 2014).

1.2 O Assoalho Pélvico na Gestação, no Parto e no Puerpério

A gestação, o parto e o puerpério são períodos de mudanças físicas e psicológicas para a mulher. Durante a gestação, os MAP sofrem grande sobrecarga, pois suportam todo o peso do feto durante todo o período gestacional, devido ao crescimento uterino e no terceiro trimestre gestacional pode haver maior sobrecarga ocasionada pelo encaixamento e pela progressão da cabeça fetal (PEREIRA, 2008).

Além disso, ocorre um deslocamento do centro de gravidade do corpo da mulher, modificando também o centro de gravidade das vísceras pélvicas, mudando a conformidade da pressão abdominal. Essas modificações, combinadas ao aumento do peso do útero, fazem com que a estrutura do assoalho pélvico sofra alongamentos e compressões contínuas em longo prazo, ocasionando graus variados de danos às fáscias, músculos e ligamentos do assoalho pélvico (LI H et al., 2015).

Porém, é durante o parto e a fase de expulsão do feto onde esses músculos passam pelo maior estresse, ficam expostos à compressão do feto e às pressões para baixo devido aos esforços expulsivos realizados pela parturiente. Essas forças distendem o assoalho pélvico, resultando em alterações anatômicas e funcionais nos músculos, nervos e tecidos conectivos (MORENO, 2009; HANDA; HARRIS; OSTERGARD, 1996) que podem provocar alterações na atividade e no comportamento sexual da mulher (BARBOSA, 2005).

Quando mal conduzido, o parto vaginal está entre os principais fatores de risco para o surgimento das disfunções do assoalho pélvico (DAP), como a incontinência urinária (IU), incontinência fecal (IF) e as disfunções sexuais femininas (DSF). Além disso, existem vários outros fatores agravantes durante esses períodos que contribuem para o surgimento dessas disfunções, como o acréscimo do peso corpóreo materno, o peso do útero, a duração do trabalho de parto, traumas, episiotomia, dentre outros. (BARBOSA, 2005; AMORIM et al., 2015).

1.3 Efeitos da Episiotomia no Assoalho Pélvico

A maioria das mulheres sofre algum tipo de trauma perineal no parto vaginal, em razão de lacerações perineais espontâneas ou devido à prática da episiotomia (OMS, 1996). A episiotomia é um procedimento cirúrgico quase universal que foi introduzido

na prática clínica sem evidência que suportasse seu benefício. Define-se como uma incisão cirúrgica no períneo com o objetivo de aumentar a abertura vaginal durante o parto (BORGES; SERRANO; PEREIRA, 2003).

A episiotomia é usada de modo profilático, como justificativa para evitar traumas perineais, e prevenir a morbimortalidade infantil e problemas ginecológicos, tais como o afrouxamento pélvico irreversível do parto, de prolapsos genitais e de incontinência urinária. No entanto, apesar do uso largamente difundido, não há evidências científicas que apoiem esses benefícios (OLIVEIRA; MIQUILINI, 2005).

Os primeiros estudos de revisão concluíram que além de não existirem evidências sólidas da efetividade da episiotomia de rotina, existiam evidências de que dor perineal e sérias complicações poderiam estar associadas com a sua realização (TRACKER; BANTA, 1983). Na última revisão sistemática da Cochrane, incluindo 6.177 mulheres, foi encontrado que o uso rotineiro da episiotomia aumenta a necessidade de sutura e aumenta o risco de trauma perineal/vaginal grave. Os autores recomendam que o procedimento não seja realizado como procedimento de rotina, uma vez que há claras evidências favorecendo o uso seletivo da episiotomia (JIANG et al., 2017).

Em 2018, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou suas diretrizes sobre cuidados intraparto para uma experiência de nascimento positiva, com uma clara recomendação contra a realização de rotina da episiotomia. Reconhece que não está claro em que circunstâncias uma episiotomia deveria ser realizada, porque nenhuma indicação de episiotomia foi comprovada por evidências científicas (WHO, 2018).

O Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG) ressalta a importância da seletividade em detrimento do uso liberal da episiotomia, mas ainda sugere o seu uso para evitar lacerações perineais graves e facilitar ou acelerar partos difíceis, deixando a critério de cada médico usar o seu senso clínico para decidir ou não realizar este procedimento (ACOG, 2018).

No sistema público brasileiro, a episiotomia é um dos procedimentos cirúrgicos de maior frequência, e isso é atribuído ao fato de que a prática obstétrica em muitos serviços ainda desconsidera os resultados das evidências científicas. Uma pesquisa divulgada em junho de 2014, revelou que 53,5% das mulheres brasileiras que têm seus bebês via vaginal são submetidas à episiotomia (PREVIATTI; SOUZA, 2007; LEAL; GAMA, 2014).

A episiotomia, como todo procedimento cirúrgico, requer que as mulheres sejam informadas sobre os riscos específicos e benefícios associados, para que possam consentir sua realização, porém é comum que os profissionais que lidam com essas situações considerem a episiotomia como uma cirurgia de pequeno porte, subestimando seus riscos, suas consequências adversas e a preferência das pacientes (HARTMANN et al., 2005).

1.4 Disfunção Sexual no Pós-Parto

Também chamadas de distúrbios ou transtornos, a disfunção sexual feminina é definida como a dificuldade persistente e recorrente do sujeito em realizar uma ou mais fases da resposta física sexual (BARACHO, 2014). Possuindo uma prevalência que varia de 20 a 73% nas mulheres, as disfunções sexuais femininas (DSF) resultam da combinação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, que se torna um bloqueio total ou parcial da resposta sexual do indivíduo, relacionada ao desejo, a excitação e ao orgasmo (HOLANDA et al., 2014).

No Brasil, foram pesquisadas 3.148 mulheres em 18 cidades e observou-se que 51% delas referiam alguma disfunção sexual e insatisfação com sua vida sexual (ABDO, 2004). Nesse mesmo ano, um estudo que avaliou 1.219 mulheres, encontrou que 49% apresentavam pelo menos uma disfunção sexual, sendo o desejo sexual hipoativo (26,7%) o mais encontrado, seguido de dispareunia (23,1%) e disfunção orgásmica (21%) (ABDO et al., 2004).

Durante o período de gestação e pós-parto, estudos mostram que, existe um aumento na ocorrência das disfunções sexuais, com prevalências de 33,5% antes da gestação, 76% durante a gestação e 43,5% no pós-parto (MATHIAS et al., 2015). Outro estudo também observou um aumento da prevalência das DSF, estando presente em cerca de 70% das gestantes brasileiras (RIBEIRO et al., 2011) e em 86% das mulheres no puerpério, sendo as disfunções mais frequentes a dispareunia (22 a 41%) e diminuição do desejo sexual (83 a 86%) (HICKS et al., 2004; ACELE; KARAÇAM, 2012). No terceiro mês após o parto, 45 a 55% das mulheres referem dispareunia e, no sexto mês, 18 a 30% ainda persistem com problemas sexuais (BARRETT et al., 2000; ROGERS et al., 2009).

No pós-parto, os MAP podem apresentar-se mais hipotônicos e distendidos pela ação hormonal, pela sobrecarga do bebê e por possíveis traumas durante o trabalho de parto (lacerações espontâneas ou episiotomia). Nesse período, a vagina pode se apresentar sensível e ressecada, o que pode ocasionar disfunção sexual pós-parto em algumas mulheres (LEMOS, 2014).

Alguns fatores são citados como importantes para função sexual no puerpério, como a laceração perineal, a duração do segundo período do parto e o tempo de puxos. As mulheres que tiveram parto vaginal com episiotomia apresentam no pós-parto, menores níveis de libido, mais dificuldade para atingir o orgasmo, menor satisfação sexual e maior grau de dor durante a relação sexual comparando com as mulheres com períneo íntegro ou lacerações espontâneas (BARRETO, 2014).

A dor durante a atividade sexual compromete qualidade de vida, a função sexual da mulher, afetando o relacionamento, pois o parceiro pode evitar o contato com receio de causar esse desconforto, podendo diminuir sua iniciativa para a atividade sexual ou até mesmo diminuir seu interesse (ABDO; FLEURY, 2013).

Apesar disso, o período pós-parto é relativamente negligenciado e desperta pouco interesse tanto de pesquisadores como dos profissionais da saúde. Nesse momento, há uma tendência do cuidado centralizado na criança, com relativo desinteresse na saúde da puérpera e isso se torna ainda maior quando se trata da sexualidade dessa mulher nesse período (GLAZENER, 1997).

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi avaliar a função sexual pós-parto vaginal em primíparas com e sem episiotomia.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo de corte transversal foi realizado no Instituto de Pesquisa Professor Joaquim Amorim Neto (IPESQ), localizado em Campina Grande/PB, com amostra de 62 mulheres com faixa etária de 16 a 35 anos, divididas em primíparas pós-parto vaginal com episiotomia (n=20), primíparas pós-parto vaginal sem episiotomia (n=19) e nuligestas (n=23).

Para participar da pesquisa, as nuligestas deveriam ter vida sexual iniciada, ter idade até 39 anos, e ausência de gestação prévia com duração maior que três meses e foram considerados como critérios de exclusão: história prévia de cirurgia abdominal ou urogenital e presença de prolapso genital.

Já as primíparas possuíam como critérios de inclusão ser primeira gestação, faixa etária de 16 a 39 anos, gestação a termo (37 a 42 semanas) e recém-nascido vivo. Sendo considerados critérios de exclusão: gestação de alto risco, parto instrumental, gestação gemelar, história prévia de cirurgia abdominal ou urogenital e presença de prolapso genital.

As primíparas foram captadas no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), Campina Grande/PB, durante o pós-parto imediato. Nesse contato inicial foram explicados os objetivos e procedimentos da pesquisa, e as mulheres que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que em seguida, fossem coletadas informações de identificação, endereço e contato das participantes. Três meses depois do parto, as primíparas elegíveis foram contatadas e compareceram ao IPESQ para realização de entrevista com o preenchimento do formulário de pesquisa, contendo informações biológicas e sociodemográficas, hábitos de vida e características da vida sexual, e da função sexual.

As nuligestas foram recrutadas por meio de uma busca ativa nas Instituições de Ensino Superior da cidade de Campina Grande, onde foram informadas sobre os objetivos da pesquisa, concordando em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e compareceram ao IPESQ para coleta de dados com realização da entrevista, respondendo ao mesmo formulário de pesquisa aplicado às primíparas.

A avaliação da função sexual foi realizada através do questionário Female Sexual Function Index (FSFI), com versão validada para o português (PACAGNELLA;

MARTINEZ; VIEIRA, 2009) que apresenta 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas. Cada resposta recebe uma pontuação de zero a cinco. Um escore total é apresentado no final da aplicação, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator numérico pré-determinado que homogeneíza a influência de cada domínio no escore total.

O Female Sexual Function Index (FSFI) é dividido em seis domínios:

- Desejo sexual: composto por duas questões, multiplicadas pelo fator de homogeneização (0,6) e somadas para obter o escore do domínio. Para o resultado do escore, quanto menor o valor obtido, melhor o desejo sexual da participante;
- Excitação sexual: composto por quatro questões, multiplicadas pelo fator de homogeneização (0,3) e somadas para obter o escore do domínio. Para o resultado do escore, quanto menor o valor obtido, melhor a excitação sexual da participante;
- Lubrificação vaginal: composto por quatro questões, multiplicadas pelo fator de homogeneização (0,3) e somadas para obter o escore do domínio. Para o resultado do escore, quanto menor o valor obtido, melhor a lubrificação vaginal da participante;
- Orgasmo: composto por três questões, multiplicadas pelo fator de homogeneização (0,4) e somadas para obter o escore do domínio. Para o resultado do escore, quanto menor o valor obtido, melhor o orgasmo da participante;
- Satisfação sexual: composto por três questões, multiplicadas pelo fator de homogeneização (0,4) e somadas para obter o escore do domínio. Para o resultado do escore, quanto menor o valor obtido, melhor a satisfação sexual da participante;
- Dor: composto por três questões, multiplicadas pelo fator de homogeneização (0,4) e somadas para obter o escore do domínio. Para o resultado do escore, quanto maior o valor obtido, menos dor sexual a participante apresenta.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB (CAAE 44775015.1.0000.5175), sendo obedecidas todas as normas para realização de pesquisas com seres humanos. Todas as mulheres avaliadas que apresentavam alguma disfunção sexual, ao final da avaliação, foram encaminhadas a um serviço público especializado para tratamento da disfunção.

Os dados coletados foram organizados e tabulados, pelos pesquisadores, em planilha eletrônica no programa Microsoft Office Excel®. Sendo construídas tabelas de distribuição de frequência para exposição dos resultados. Para a análise inferencial foi utilizado o pacote estatístico SPSS versão 20 sendo utilizado o Teste de Kruskal-Wallis, seguido do método Dunn para verificar a diferença entre os grupos.

3 | RESULTADOS

Foram abordadas 2.150 primíparas, 87 não concordaram em participar, 596 tiveram cirurgia cesariana, 102 tiveram gestação anterior maior que três meses, 196 eram menores de 16 anos, 13 maiores de 40 anos, 27 com gestação gemelar, 26 com parto instrumental e 64 tinha história prévia de cirurgia abdominal ou urogenital. Em relação às nuligestas, foram abordadas 100 mulheres, destas 28 foram excluídas da amostra, cinco pelo histórico de cirurgia abdominal, pélvica ou urogenital, três pela presença de prolapso, 10 presença de disfunção do assoalho pélvico (incontinência urinária ou dispareunia), uma por gestação atual, três por gestações anterior maior que três meses, seis por realizar exercícios específicos para o assoalho pélvico e 42 não concordaram em participar do estudo, sendo a amostra do estudo composta de 62 mulheres, divididas em três grupos: 20 primíparas com episiotomia, 19 primíparas sem episiotomia e 23 nuligestas.

Em relação às características biológicas e sociodemográficas das participantes do estudo, a média de idade no grupo com episiotomia foi de $22,2 \pm 4,2$ anos, no grupo sem episiotomia foi $20,7 \pm 4,7$ anos e nas nuligestas foi de $25,8 \pm 3,6$ anos. A maioria das primíparas vive em união estável (45% do grupo com episiotomia e 47,3% sem episiotomia), a maioria das nuligestas é solteira (82,6%); 10% (n=2) das primíparas com episiotomia são tabagistas e 10% (n=2) etilistas e 5,2 (n=1) das primíparas sem episiotomia são tabagistas e 5,2 (n=1) são etilistas, enquanto nenhuma das nuligestas fuma e 21,7 (n=5) consomem bebida alcoólica. Quanto à prática regular de exercício físico, a maioria das primíparas (80% com episiotomia e 89,4% sem episiotomia) não praticam exercício, enquanto 73,9% das nuligestas afirmam praticar exercícios físicos.

Com relação à idade gestacional no momento do parto, as primíparas com episiotomia estavam com 39,4 ($\pm 0,9$) semanas de idade gestacional e as sem episiotomia com 38,8 ($\pm 1,5$) semanas, a maioria pariu em posição horizontal (85% no grupo com episiotomia e 68,4% no grupo sem episiotomia), houve direcionamento do puxo (95% e 73,6%). A manobra de Kristeller foi relatada por oito mulheres (40%) do grupo com episiotomia e duas mulheres (10,5%) do grupo sem episiotomia. A maioria das mulheres que tiveram parto normal sem episiotomia tiveram períneo íntegro (78,9%) e apenas 21,0% (n=4) tiveram laceração espontânea, não havendo necessidade de sutura.

A dispareunia foi relatada pela maioria das primíparas, tanto no grupo com episiotomia como no grupo sem episiotomia, conforme frequência na tabela 1. Enquanto no grupo de nuligestas, não houve presença de dispareunia, nem de outra disfunção do assoalho pélvico.

	Com episiotomia N = 20	Sem episiotomia N = 19
Dispareunia antes da gestação	3 (15%)	1 (5,2%)
Dispareunia atual	15 (75%)	13 (67,3%)
Momento da dispareunia		
Excitação	-	-
Penetração	12 (60%)	9 (46,8%)
Relação	6 (30%)	4 (20,8%)
Orgasmo	-	-

Tabela 1. Frequência de dispareunia nas mulheres primíparas.

Comparando os resultados entre os três grupos, foi verificado que as primíparas apresentam pior função sexual em relação às nuligestas, de acordo com o escore total do FSFI, conforme dados apresentados na tabela 2.

	Com episiotomia N=20	Sem episiotomia N=19	Nuligestas N=23
Média (pontos)	15,57	18,76	20,38
Desvio padrão	5,00	4,76	2,36
Valor mínimo	5,6	10,6	15,6
Valor máximo	22,4	27,8	23,7

Tabela 2. Função sexual de mulheres primíparas e nuligestas. Escore total do *Female Sexual Function Index (FSFI)*

As características da função sexual de acordo com os escores de avaliação do FSFI (*Female Sexual Function Index*) estão apresentadas no gráfico 1. As primíparas sem episiotomia apresentam função sexual diminuída na maioria dos domínios (desejo, excitação, orgasmo e satisfação) enquanto que as primíparas com episiotomia apresentam maiores escores em relação a dor, de forma que a dor está mais frequente e tem maior gravidade nesse grupo. Embora tenha sido verificada diferença nos valores absolutos das médias avaliadas entre os grupos, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

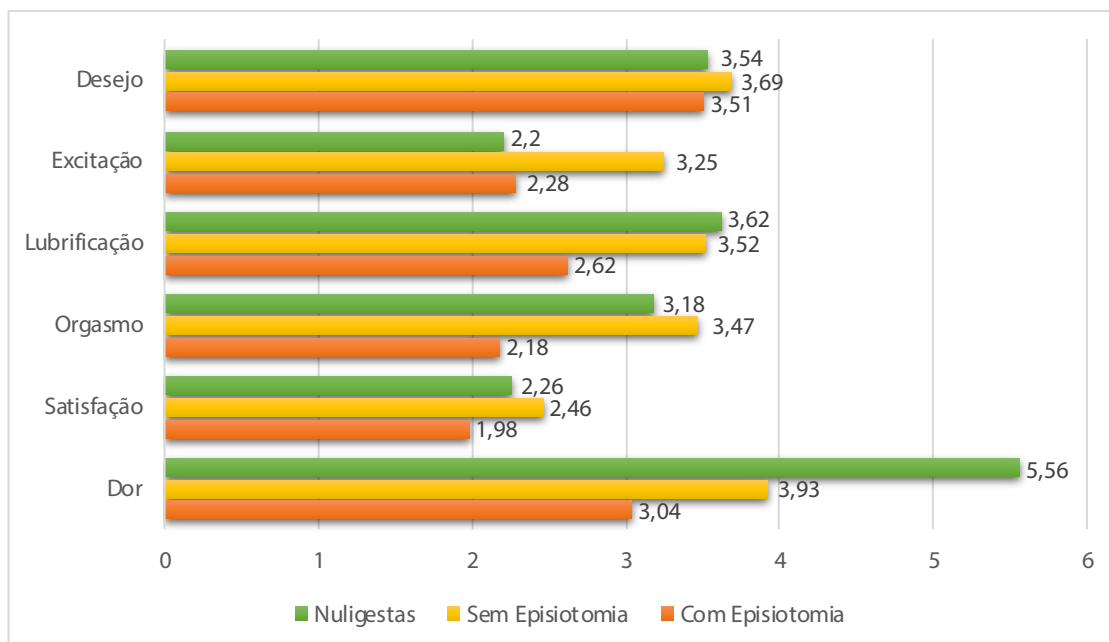


Gráfico 1. Função sexual de mulheres primíparas e nuligestas. Média dos domínios de avaliação do *Female Sexual Function Index (FSFI)*

4 | DISCUSSÃO

Os resultados encontrados nesse estudo mostram que as mulheres no pós-parto apresentam pior função sexual em relação às nuligestas, de acordo com o escore total do FSFI.

Durante a gestação, o acréscimo do peso corpóreo materno, o peso do feto aumenta a pressão sobre os MAP (BARBOSA et al., 2005) e durante o parto, pode acontecer alterações anatômicas e funcionais, como o rompimento espontâneo (laceração) e o rompimento provocado (episiotomia), nos músculos, nervos e tecidos conectivos do AP (GABBE; DELEE, 2002; THACKER; BANTA, 1983). Isso corrobora os nossos achados, já que a melhor função dos MAP foi encontrada nas nuligestas que não têm alterações anatômicas ocasionadas pela gestação ou pelo parto.

Além disso, as primíparas com episiotomia apresentaram piores escores no domínio dor quando comparadas com as primíparas sem episiotomia e com as nuligestas. Não foi verificada diferença estatisticamente significativa entre os grupos avaliados ($p > 0,05$), mas houve diferença nos valores absolutos das médias encontradas entre os grupos estudados.

Corroborando com nossos achados, um estudo transversal analisou os dados por domínio da função sexual, utilizando o FSFI, encontrando no grupo que realizou episiotomia maior escore de dor comparado com o grupo sem o procedimento cirúrgico (LEAL et al., 2014). Outro estudo encontrou que 49,4% das mulheres referiram algum tipo de alteração na cicatriz da episiotomia seis meses após o parto, havendo presença de fibrose, sensibilidade aumentada, alterações na coloração da pele e deiscência parcial (SILVA et al., 2013).

Muitas mulheres logo após o parto e nas primeiras semanas do puerpério podem sentir seu corpo vulnerável e as mulheres que tiveram episiotomia, principalmente aquelas realizadas sem autorização, podem se sentir violadas e ainda mais vulneráveis. O que para algumas pode ser um pequeno corte, para outras mulheres deixam marcas profundas, tanto físicas quanto emocionais (KITZINGER, 1990). Além disso, a presença e o aspecto da cicatriz perineal interferem na sexualidade feminina, pois algumas mulheres não se sentem à vontade com o parceiro por vergonha das modificações estéticas no períneo (PROGIANTI; ARAÚJO; MOUTA, 2008).

O período pós-parto traz modificações específicas para função sexual, principalmente nas primeiras semanas após o nascimento: a vascularização vulvovaginal é diminuída, o que se reflete na diminuição da lubrificação, no menor inchaço da vulva e na distensão vaginal. A episiotomia, associada à essas características do puerpério acarretam maiores dificuldades na função sexual (BARRETO, 2014).

A episiotomia é uma lesão intencional ocasionada pelo corte cirúrgico, sua realização provoca a quebra da continuidade dos tecidos envolvidos (STEEN, 2007), sendo necessária a regeneração tecidual para cicatrização. No processo de cicatrização tecidual, há diminuição da atividade celular e a lesão se torna menos vascularizada, a resistência à tração aumenta gradualmente, podendo ocorrer contratura da cicatriz, tensão tecidual e falta de elasticidade que pode restringir o movimento (HANDA; HARRIS; OSTERGARD, 1996). Isso pode justificar a presença de dor durante a relação sexual, em mulheres com episiotomia, já que o corte da episiotomia envolve os músculos do assoalho pélvico e a tensão e falta da elasticidade podem levar a uma deficiência na sua contratilidade, alongamento e na capacidade de relaxamento, que são importantes durante o ato sexual.

Na realização da episiotomia, existe o rompimento provocado de fibras musculares do assoalho pélvico (músculo transverso superficial do períneo, bulbocavernoso, feixes puborretais do músculo elevador do ânus, fibras do esfíncter estriado do ânus e transverso profundo do períneo), isso faz com que seja obrigatória a realização de sutura. Por ser um corpo estranho, o fio cirúrgico da sutura pode levar a isquemia local, aumentando a tensão dos tecidos moles na região, o que, somado à pouca organização do colágeno e pobre vascularização, comuns no processo de cicatrização tecidual, pode justificar a alteração estrutural da musculatura, com consequente redução da função sexual.

Mesmo havendo mais relato de dor no grupo de primíparas com episiotomia, essas mulheres apresentaram o melhor escore no domínio satisfação em comparação com os outros grupos. Corroborando com esses achados, um estudo desenvolvido em um hospital universitário na Suécia comparou a saúde sexual das mulheres submetidas ou não à episiotomia. Os resultados não mostraram diferença significativa no nível de satisfação sexual entre os grupos, apesar de indicar que as mulheres que tiveram episiotomia apresentaram maior desconforto vaginal, encontrando associação entre a realização de episiotomia e a ocorrência de dispareunia (EJEGARD; RYDING;

SJOGREN, 2008). No entanto, outro estudo mostrou que as mulheres com episiotomia apresentaram níveis mais elevados de dor e menor satisfação sexual (LEAL et al., 2014).

Mesmo encontrando menor função sexual em primíparas após o parto vaginal, a operação cesariana não deve ser considerada um fator de proteção para o assoalho pélvico, já que não foi encontrada diferença na função sexual (avaliação de 12 a 18 meses pós-parto) entre mulheres submetidas ao parto normal ou cesariana eletiva (KLEIN et al., 2009).

Um estudo inglês de coorte retrospectivo encontrou alta prevalência de primíparas (68,2%) que tiveram dor na primeira relação sexual após o parto, independente da presença de trauma perineal (NELSON et al., 2010). Além disso, mulheres que tiveram uma cesariana apresentaram maior propensão a relatar dispareunia mais intensa seis meses pós-parto (MCDONALD et al., 2016).

Ainda nesse contexto, buscando determinar o efeito em longo prazo (6-11 anos) do tipo de parto sobre a prevalência e gravidade da dor pélvica (dismenorreia, dispareunia e dor pélvica não relacionados com a menstruação ou a relação sexual) foi verificado que o parto vaginal não está associado a uma maior taxa de dor pélvica, quando comparado com a cesariana, com exceção do parto fórceps e parto vaginal de um bebê com mais de quatro quilos, que têm associação com dispareunia 6-11 anos após o parto normal (BLOMQUIST; MCDERMOTT; HANDA, 2014).

O parto normal em si é considerado fator de risco para disfunções do assoalho pélvico, porém não somente o parto, mas a gestação e o puerpério podem estar relacionados aos índices de dor sexual pós-parto. Portanto, sugerimos que independente da presença de sintomas, mesmo que não tenha sido realizada episiotomia, todas as mulheres possam ter a opção de um acompanhamento individual para treinamento dos músculos pélvicos após o parto, com o objetivo de aumentar o recrutamento de unidades motoras, melhorar a funcionalidade, prevenir sintomas, como a dor sexual e minimizar os danos que venham a ser causados pelas alterações anatômicas (espontâneas ou provocadas) aos MAP no parto.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Primíparas depois do parto vaginal apresentaram pior função sexual em relação às nuligestas, tendo as primíparas com episiotomia maiores escores em relação a dor sexual, enquanto as primíparas sem episiotomia apresentaram função sexual diminuída no desejo, excitação, orgasmo e satisfação.

REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. **Estudo da vida sexual do brasileiro**. São Paulo: Bregantini, 2004.

ABDO, C. H. N.; FLEURY, H. J. **Dor genital feminina**. Diagnóstico e Tratamento. v. 18, n.3, p. 124-7,

set. 2013.

ABDO, C. H.; OLIVEIRA, W. M. JR.; MOREIRA, E. D. JR.; FITIPALDI, J. Á. **Prevalence of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of Brazilian women-results of the Brazilian Study on Sexual Behavior (BSSB)**. International Journal of Impotence Research, v. 16, p. 160-6, 2004.

ACELE, E. Ö.; KARAÇAM, Z. **Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions**. Journal of Clinical Nursing, v. 21, n. 7-8, p. 929-37, 2012.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS-GYNECOLOGISTS (ACOG): **Practice Bulletin. Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery**. Obstetrics & Gynecology, v. 132 p. 87–102, 2018.

AMORIM, H.; BRASIL, C.; GOMES, T.; CORREIA, L.; MARTINS, P.; LORDELO, P. **Relação do tipo e número de parto na função sexual e autoimagem genital feminina: um estudo observacional**. Revista Pesquisa em Fisioterapia, v. 5, n. 1, p. 49-56, abr. 2015.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos da mastologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

BARBOSA, A. M. P.; et. al. **Efeito da via de parto na força muscular do assoalho pélvico**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 27, n. 11, p. 677-82, 2005.

BARRETO, C. P. **Revisão Sistemática sobre os efeitos da episiotomia na função sexual da mulher no pós-parto**. 2014. 114f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

BARRETT, G.; PENDRY, E.; PEACOCK, J.; VICTOR, C.; THAKAR, R.; MANYONDA, I. **Women's sexual health after child birth**. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, v. 107, p.186-95, 2000.

BLOMQUIST, J. L.; MCDERMOTT, K.; HANDA, V. L. **Pelvic pain and mode of delivery**. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 210, n. 5, p. 423.e1-6, 2014.

BORGES, B. B.; SERRANO, F.; PEREIRA, F. **Episiotomia uso generalizado versus selectivo**. Acta Médica Portuguesa, v. 16, p. 447-54, 2003.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: 2001.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. **Episiotomy for vaginal birth**. Cochrane Database Systematic Review, v. 21, n. 1, 2009.

EJEGARD, H.; RYDING, E. L.; SJOGREN, B. **Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up**. Gynecologic and Obstetric Investigation, v. 66, n. 1, p. 1-7, 2008.

GABBE, S. G.; DELEE, J. **The prophylactic forceps operation**. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 187, n. 1, p. 254-5, 2002.

GLAZENER, C. M. **Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition**. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, v. 104, p. 330-5, 1997.

- HANDA, V. L.; HARRIS, T. A.; OSTERGARD, D. R. **Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse.** *Obstetrics & Gynecology*, v. 88, n. 3, p. 470-8, 1996.
- HARTMANN, K.; VISWANATHAN, M.; PALMIERI, R.; GARTLEHNER, G.; THORP, J.; LOHR, K. N. **Outcomes of Routine Episiotomy.** *Clinical Trials Corner*, v. 293, n. 17, p. 2141-8, 2005.
- HICKS, T. L.; GOODALL, S. F.; QUATTRONE, E. M.; LYDON-ROCHELLE, M. T. **Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence.** *Journal of Midwifery & Women's Health*, v. 49, n. 5, p. 430-6, 2004.
- HOLANDA, J. B. L.; ABUCHAIM, E. S. V.; COCA, K. P.; ABRÃO, A. C. F. V. **Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto.** *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 27, n. 6, p. 573-8, 2014.
- JIANG, H.; QIAN, X.; CARROLI, G.; GARNER, P. **Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth.** *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v.8, n.2, 2017.
- KITZINGER, S. Episiotomy, body image and sex. In: _____. **Episiotomy and the second stage of labor.** 2ª ed., Seattle: Pennypress, 1990.
- KLEIN, K.; WORDA, C.; LEIPOLD, H.; GRUBER, C.; HUSSLEIN, P.; WENZL, R. **Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth?** *Journal of Women's Health*, v. 18, n. 8, p.1227-31, 2009.
- LEAL, I.; LOURENÇO, S.; OLIVEIRA, R.; CARVALHEIRA, A.; MAROCO, J. **Sexual function in women after delivery: Does episiotomy matter?** *Health*, v. 6, n. 5, p. 356-63, fev. 2014.
- LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. **Pesquisa Nascer No Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, supl.1 Rio de Janeiro, 2014.
- LEMOS, A. **Fisioterapia obstétrica baseada em evidências.** Rio de Janeiro: Medbook, 2014.
- LI, H.; WU, R.; QI, F.; et al. **Postpartum pelvic floor function performance after two different modes of delivery.** *Genetics and Molecular Research*, v.14, n. 142, p. 2994-3001, apr. 2015.
- MATHIAS, A. E. R. A.; PITANGUI, A. C. R.; ARANTES, V. A.; FREITAS, H. G. V.; VILELA, F. M. F.; DIAS, T. G. **Disfunção sexual: Avaliação de mulheres durante o terceiro trimestre gestacional.** *ABCS Health Sciences*, v. 40, n. 2, p. 75-9, 2015.
- MCDONALD, E. A.; GARTLAND, D.; SMALL, R.; BROWN, S. J. **Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months post partum: A cohort study.** *Midwifery*, v. 34, p.15-20, 2016.
- MORENO, A. L. **Fisioterapia Em Uroginecologia.** 2ª ed. São Paulo: Manole, 2009.
- NELSON, R. L.; FURNER, S. E.; WESTERCAMP, M.; FARQUHAR, C. **Cesarean delivery for the prevention of anal Incontinence.** *Cochrane Database Systematic Review*, v. 17, n. 2, p. 2-4, fev. 2010.
- OLIVEIRA, S. M. J. V.; MIQUILINI, E. C. **Frequência e Critérios para indicar a episiotomia.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 39, n. 13, p. 288-95, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Brasília: OPAS/ USAID, 1996.
- PACAGNELLA, R. C.; MARTINEZ, E. Z.; VIEIRA, E. M. **Validação de constructo de uma versão em**

português do Female Sexual Function Index. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n.11, p. 2333-44, 2009.

PEREIRA, S. B. **Impacto do parto na atividade eletromiográfica do assoalho pélvico e nos sintomas do trato urinário inferior: estudo prospectivo comparativo.** 2008. 147f. Tese (Doutorado em Cirurgia) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

PREVIATTI, J. F.; SOUZA, K. V. **Episiotomia: em foco a visão das mulheres.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 62, n. 1, p. 8-9, 2007.

PROGIANTI, J. M.; ARAÚJO, L. M.; MOUTA, R. J. O. **Episiotomy repercussion on sexuality.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 12, n. 1, p. 45-9, 2008.

RIBEIRO, M. C.; NAKAMURA, M. U.; ABDO, C. H. N.; TORLONI, M. R.; SCANAVINO, M. T.; MATTAS, R. **Gravidez e Diabetes Gestacional: uma combinação prejudicial à função sexual feminina?** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria, v. 33, n. 5, p. 219-24, 2011.

ROGERS, R. G.; BORDERS, N.; LEEMAN, L. M.; ALBERS, L. L. **Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function?** Midwifery Womens Health, v. 54, n. 2, p. 98–103, 2009.

ROSSETI, S. R. **Functional anatomy of pelvic floor.** Archivio Italiano di Urologia e Andrologia, v. 88, n. 1, p. 28-37, 2016.

SILVA, C. R. **Cinesioterapia do Assoalho Pélvico Feminino: Abordagem fisioterapêutica na incontinência urinária e nas disfunções sexuais femininas.** São Paulo: Phorte, 2011.

SILVA, N. L. S.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; SILVA, F. M. B.; SANTOS, J. O. **Dispareunia, Dor Perineal e Cicatrização após Episiotomia.** Revista Enfermagem UERJ, v. 21, n. 2, p. 216-20, 2013.

STEEN, B. M. **Perineal tears and episiotomy how do wounds heal?** British Journal of Midwifery, v. 15, n. 5, p. 273-80, 2007.

THACKER, S.; BANTA, D. **Benefits and risks of episiotomy: a review of the literature 1860 to 1980.** Obstetrical & Gynecological Survey, v. 38, n. 6, p. 322-37, 1983.

WHO. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.** Geneva: World Health Organization, 2018.

ZUCCHI, E. V. M.; et al. **Impacto da atividade esportiva no assoalho pélvico.** Femina, v. 31, n. 4, p. 333-5, 2003.

SOBRE A ORGANIZADORA

ANELICE CALIXTO RUH Fisioterapeuta, pós-graduada em Ortopedia e Traumatologia pela PUCPR, mestre em Biologia Evolutiva pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Prática clínica em Ortopedia com ênfase em Dor Orofacial, desportiva. Professora em Graduação e Pós-Graduação em diversos cursos na área de saúde. Pesquisa clínica em Laserterapia, kinesio e linfo taping.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-470-2

