

**UniAGES
Centro Universitário
Bacharelado em Fisioterapia**

KETILEN RITIELE OLIVEIRA SOUZA SANTANA

**ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES
DO ASSOALHO PÉLVICO DECORRENTES DA
EPISIOTOMIA EM ADOLESCENTES PRIMÍPARAS**

**Paripiranga
2021**

KETILEN RITIELE OLIVEIRA SOUZA SANTANA

**ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES
DO ASSOALHO PÉLVICO DECORRENTES DA
EPISIOTOMIA EM ADOLESCENTES PRIMÍPARAS**

Monografia apresentada no curso de graduação do Centro Universitário AGES, como um dos pré-requisitos para a obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Me. Fabio Luiz Oliveira de Carvalho

Paripiranga
2021

	Santana, Ketilen Ritiele Oliveira Souza, 1997
	Atuação fisioterapêutica nas disfunções do assoalho pélvico decorrentes da episiotomia em adolescentes primíparas/ Ketilen Ritiele Oliveira Souza Santana. – Paripiranga, 2021.
	75 f.: il. 16
	Orientador: Prof. Me. Fábio Luiz Oliveira de Carvalho
	Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – UniAGES, Paripiranga, 2021.
	1. Episiotomia em primíparas adolescentes 2. Disfunções do assoalho pélvico. 3. Tratamento fisioterapêutico. I. Título. III. UniAGES.

KETILEN RITIELE OLIVEIRA SOUZA SANTANA

**ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES
DO ASSOALHO PÉLVICO DECORRENTES DA
EPISIOTOMIA EM ADOLESCENTES PRIMÍPARAS**

Monografia apresentada como exigência parcial para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia à Comissão Julgadora designada pela Coordenação de Trabalhos de Conclusão de Curso do UniAGES.

Paripiranga, 01 de dezembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Fabio Luiz Oliveira de Carvalho
Orientador

Prof. Esp. Dalmo de Moura Costa
UniAGES

Prof. Me. Igor Macedo Brandão
UniAGES

Dedico este trabalho a Deus, por ter sido meu alicerce.
Aos meus pais, Rosânia e Geonilton, os dois maiores incentivadores das realizações dos meus sonhos, que não mediram esforços para que eu chegasse nessa etapa da minha vida, espero um dia poder lhes retribuir.

Ao meu esposo, Ernandes, que esteve ao meu lado desde o início, sempre me encorajando e trazendo paz para a correria dos semestres.

À minha filha de quatro patas, Amora, por me receber todas as vezes com a maior alegria, renovando todas as minhas forças e me motivando cada dia mais.

A todos os meus professores, que contribuíram para o meu aprendizado.

AGRADECIMENTOS

A Deus por, ao longo deste processo, ter sido meu alívio, se fazendo presente nos momentos mais angustiantes e sendo meu combustível para continuar, sem a Sua presença, esse sonho não seria possível.

Aos meus pais, Rosânia e Geonilton. Mãe, obrigada por ter sido minha maior incentivadora, seus cuidados e suas orações foram, em alguns momentos, a esperança para seguir. Pai, sua presença nessa trajetória significou segurança e certeza de que não estou sozinha.

Aos meus irmãos, Júnior e Silas, obrigada por todo apoio e toda disponibilidade em tantas vezes que precisei, vocês são extremamente essenciais em minha vida.

Ao meu esposo, Ernandes, te agradeço por todo cuidado, carinho e toda paciência durante essa jornada, suas palavras motivadoras e tranquilizadoras me fizeram caminhar em busca dos meus objetivos com mais determinação e coragem.

A minha pequena sobrinha Kemilly Eduarda e a minha sobrinha querida, Ellen Sophia por sempre me aguardar, ansiosamente, para dar um abraço gostoso seguido de “titia, estava com saudades” todas as vezes que eu chegava da faculdade.

À minha filha de quatro patas, Amora, não poderia deixar de mencionar o quanto minhas forças se renovavam ao presenciar tanta felicidade ao me receber todos os sábados à noite.

A minha avó, Albertina (*in memoriam*), que não está mais entre nós, mas continua sendo minha maior inspiração de amor ao próximo. A meus avós, Arionalda, Eloy e José, por todas orações, preocupações e todos os cuidados.

Aos meus tios, que, particularmente, torceram muito por mim, em especial, ao meu tio Nilton e sua família, que sempre estiveram dispostos a me acolher, se preocupando com o meu futuro, e à minha tia Rosivânia e sua família, que sempre demonstraram cuidado com os meus estudos e, principalmente, devido ao apoio no período do estágio hospitalar.

Aos meus amigos, principalmente, aqueles que a universidade me proporcionou, em especial, Jaine Miranda, Aline Oliveira, Andreza Matos, Érica Diane, Mirelle Freitas, que, em meio às dificuldades e aos medos, sempre estiveram ao meu lado, com toda positividade, me ajudando e ofertando palavras de bom ânimo e

incentivo. Obrigada meninas, por terem sido família e ter tornado os encontros à universidade mais tranquilos.

As amigas de república estudantil, por terem compartilhado de bons momentos durante esses anos de curso, em especial, Carla Andréia, Escarlette Yzabelle, Hingridy Ellen, Juliana Alves, Mel Ranne, Thainá Karolina e Wane.

A todos os professores que contribuíram para o meu aprendizado, desde o maternal até o ensino superior, minha eterna gratidão por tanta paciência, competência e pelos ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de aprendizado.

Em especial, aos excelentes professores, Ananda Ribeiro, Beatriz Benny, Davi Soares, Elenilton Souza e Giselle Dosea, por fazerem parte da construção do meu processo de formação profissional, compartilhando conhecimentos e experiências que me auxiliarão na minha trajetória como fisioterapeuta.

Estendo os agradecimentos ao professor Fábio Luiz, por ter sido meu orientador e ter desempenhado tal função com muita dedicação.

Aos meus preceptores de estágio, fisioterapeutas incríveis e exemplo de seres humanos, Álvaro, Ana Maria, Ernani, Isabel, Natali, Weslla, que não mediram esforços em seus ensinamentos.

Ao Centro Universitário AGES, que proporcionou a realização de um sonho, o Bacharel em Fisioterapia, me tornando uma profissional de excelência a partir dos ensinamentos de um corpo docente de excelência.

Muito obrigada!

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas, ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

Carl Gustav Jung

RESUMO

A gestação e o parto são um momento único na vida da mulher, o qual traz consigo mudanças no aspecto social, psicológico e fisiológico. Ademais, as gestantes adolescentes tendem a sofrer muito mais com as intercorrências obstétricas durante seu primeiro parto, pois possuem mais chances de trabalho de parto prolongado e realização da episiotomia, a qual é uma incisão que pode ser feita com bisturi ou tesoura cirúrgica, para alargar a abertura da vulva e tornar o processo do parto mais suave. No entanto, embora a episiotomia seja uma pequena incisão, ainda é uma incisão cirúrgica e, como em qualquer tipo de cirurgia, há riscos e benefícios que devem ser levados em consideração antes da decisão de realizá-la. A pesquisa tem como objetivo geral discutir sobre as disfunções na musculatura do assoalho pélvico em primigestas adolescentes decorrentes do procedimento de episiotomia, e como objetivos específicos descrever as técnicas e os recursos utilizados dentro da fisioterapia para tratar tais disfunções e alterações físicas e funcionais, assim como explicar sobre a anatomia pélvica e o processo de gestação enfrentados por essas gestantes. Portanto, a presente pesquisa trata de uma revisão integrativa e, para a realização deste estudo, foram utilizados os seguintes descritores: “primíparas”, “adolescentes”, “episiotomia”, “disfunções do assoalho pélvico” e “atuação fisioterapêutica”, em idiomas como português e inglês. A monografia foi realizada entre os meses de agosto e novembro de 2021, visto que, nesse período, foi realizada uma pesquisa sistemática diante do tema do trabalho. Foram utilizados estudos publicados entre os anos de 2011 e 2021, mas com predominância de utilização de estudos do ano de 2017 a 2021, em bases de dados como: LILACS, MEDLINE/PubMed e SciELO. Por conseguinte, a episiotomia pode desencadear Disfunções do Assoalho Pélvico (DAP), incluindo Incontinência Urinária (IU), Incontinência Anal (IA), Prolapso de Órgão Pélvico (POP), Disfunção Sexual (DS) e dor pélvica, necessitando de avaliação pélvica e intervenção fisioterapêutica. Dito isso, é possível observar que o trauma obstétrico do períneo devido à episiotomia é uma ocorrência frequente no parto vaginal, podendo impactar significativamente na qualidade de vida das mulheres adolescentes. Dessa maneira, visando atenuar a gravidade das DAP, a fisioterapia pélvica, com a utilização dos recursos da cinesioterapia e dos dispositivos auxiliares, é de grande importância no tratamento das musculaturas que foram atingidas pela episiotomia, a fim de trazer melhorias na funcionalidade pélvica e melhorar a qualidade de vida dessas pacientes, assim como, conscientizá-las sobre as potencialidades do seu corpo durante o trabalho de parto.

PALAVRAS-CHAVE: Gestação na adolescência. Episiotomia. Disfunções pélvicas. Atuação fisioterapêutica.

ABSTRACT

Pregnancy and childbirth are a unique moment in a woman's life, which bring changes in the social, psychological and physiological aspects. Furthermore, pregnant teenagers tend to suffer much more from obstetric complications during their first birth, as they have more chances of prolonged labor and episiotomy, which is an incision that can be made with a scalpel or surgical scissors, to enlarge opening the vulva and making the birth process smoother. However, although an episiotomy is a small incision, it is still a surgical incision and, as with any type of surgery, there are risks and benefits that must be taken into account before deciding to perform it. The research has as a general objective to discuss the dysfunctions in the pelvic floor musculature in primiparous teenagers resulting from the episiotomy procedure, and as specific objectives to describe the techniques and resources used within physiotherapy to treat such dysfunctions and physical and functional changes, as well as to explain about the pelvic anatomy and the pregnancy process faced by these pregnant women. Therefore, this research is an integrative review and, for this study, the following descriptors were used: 'primiparas', 'adolescents', 'episiotomy', 'pelvic floor dysfunctions' and 'physiotherapeutic performance', in languages such as Portuguese and English. The monograph was carried out between the months of August and November 2021, since, during this period, systematic research was done about the theme of the work. Studies published between 2011 and 2021 were used, but with a predominance of studies from 2017 to 2021, in databases such as: LILACS, MEDLINE/PubMed and SciELO. Therefore, episiotomy can trigger Pelvic Floor Dysfunctions (PFD), including Urinary Incontinence (UI), Anal Incontinence (AI), Pelvic Organ Prolapse (POP), Sexual Dysfunction (SD) and pelvic pain, requiring pelvic evaluation and physiotherapy intervention. That said, it is possible to observe that obstetric trauma to the perineum due to episiotomy is a frequent occurrence in vaginal birth and can significantly impact the adolescent women's quality of life. Thus, aiming to alleviate the severity of PFD, pelvic physiotherapy, with the use of kinesiotherapy resources and auxiliary devices, is of great importance in the treatment of muscles that were affected by episiotomy, in order to improve pelvic functionality and to improve these patients' quality of life, as well as to make them aware of the potential of their bodies during birth labor.

KEYWORDS: Teenage pregnancy. Episiotomy. Pelvic dysfunctions. Physiotherapeutic performance.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 DESENVOLVIMENTO	16
2.1 Referencial Teórico.....	16
2.1.1 Evolução do parto humano.....	16
2.1.1.1 Anatomia da pelve feminina.....	20
2.1.1.2 Funcionalidade do assoalho pélvico.....	24
2.1.2 Episiotomia.....	25
2.1.2.1 Episiotomia X primíparas adolescentes.....	29
2.1.2.2 Impacto da episiotomia na funcionalidade do assoalho pélvico.....	33
2.1.3 Avaliação fisioterapêutica nas disfunções dos músculos do assoalho pélvico.....	36
2.1.3.1 Fisioterapia nas disfunções dos músculos do assoalho pélvico.....	40
3 METODOLOGIA	46
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	48
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	67

1 INTRODUÇÃO

A vivência da gestação, e até mesmo do próprio parto, é um momento único na vida da mulher, o qual traz consigo mudanças no aspecto social, psicológico e fisiológico. Para as parturientes adolescentes, tais mudanças são ainda mais evidentes, principalmente, quando se refere à primeira gestação. A adolescência é caracterizada por um período de crescimento e desenvolvimento humano entre a infância e a idade adulta. Essa fase é compreendida entre os 10 e 19 anos. Sabe-se que a maioria dos adolescentes vivem em países subdesenvolvidos e emergentes, o que contribui para o desenvolvimento de problemas de saúde, incluindo saúde sexual e reprodutiva, com altas prevalências de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce (DARROCH *et al.*, 2016).

Nos últimos anos, o número de gestantes adolescentes no Brasil aumentou, de acordo com Gonçalves *et al.* (2015), atualmente, no Brasil, mais de 434,5 mil adolescentes por ano se tornam mães e cerca de 17% das adolescentes iniciam a sua vida sexual antes mesmo dos seus 15 anos. Esse comportamento sexual na adolescência, muitas vezes, é determinado por fatores fisiológicos, hormonais, comportamentais e neuronais. Tais fatores, como o desenvolvimento da área cerebral associado a ação do hormônio estrógeno, testosterona e progesterona, colaboram para o aparecimento do impulso sexual desses adolescentes, estimulando-os a iniciar sua vida sexual. Porém, outros fatores, como a cultura, a ausência de educação escolar e/ou familiar, e a influência de amigos também estão bem presentes na determinação do início precoce da vida sexual (WHO, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a gravidez na adolescência como de alto risco, isto ocorre devido às repercussões sobre a saúde da mãe e do bebê sobre a influência tanto da imaturidade física, quanto a imaturidade psíquica da mãe adolescente. Dessa forma, quanto mais jovens forem as adolescentes, maior é o risco que a gravidez representa, assim como as complicações ginecológicas e obstétricas e as anomalias genéticas do recém-nascido. Além disso, o fator de as adolescentes revelarem tardiamente a gravidez resulta no comprometimento da prevenção e no tratamento de eventuais complicações ginecológicas.

Esse início precoce da vida sexual é correlacionado à baixa maturidade cognitiva nos primeiros anos do adolescente, de modo a dar início às relações sexuais sem uso de preservativos e sem a utilização de métodos contraceptivos. Em muitos casos, a não utilização do preservativo pelos adolescentes ocorre, primordialmente, pela falta de planejamento da relação sexual, além da interferência no prazer sexual e a imaturidade etária. Sendo cogitado o pensamento de que “isso nunca vai acontecer comigo”, talvez pelo pouco diálogo existente no seio familiar desses adolescentes. E, secundariamente, por conta da grande recusa por parte da maioria dos homens em usar preservativo, como se o único problema decorrente dessa decisão fosse a gravidez não planejada (BARBOSA, 2020).

Há também alguns fatores de risco relacionados ao adiantamento da vida sexual precoce e, conseqüentemente, a ocorrência da gestação em adolescentes, como a baixa escolaridade, fatores relacionados à menor condição socioeconômica, acesso reduzido às informações básicas sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, sobre os métodos e as formas corretas de como prevenir uma gravidez precoce, além da ausência da figura de um responsável na vida destes para melhor assisti-los. Assim, evidencia-se que há fatores sociodemográficos e econômicos que contribuem para a ocorrência de gestações não planejadas nessa faixa etária (BRÊTAS *et al.*, 2011).

Para a parturiente adolescente, o nível de medo e ansiedade é ainda maior, pois, além da preocupação do primeiro parto, soma-se às mudanças que vêm junto com a adolescência. Deste modo, são situações novas para a adolescente que podem ou não estar comprometidas, uma vez que essa se encontra numa nova fase de criação da própria identidade e se depara com uma grande mudança da realidade em que se encontra. Além disso, há o julgamento da sociedade por considerar esta fase da adolescência uma fase não ideal para se engravidar. E tudo isto contribui para o desajuste psicológico dessa jovem mãe. Diante das mudanças fisiológicas, físicas, psicológicas e comportamentais que as adolescentes sofrem no período gestacional, entende-se que o cuidado precisa ser pautado na integralidade, visando minimizar os medos e anseios para que ela se permita ser protagonista do seu parto, evitando, assim, maiores complicações pós-parto (BRANDÃO, 2011).

No entanto, a primeira gestação nessa faixa etária influencia, de forma negativa, a qualidade de vida materna dessas adolescentes, uma vez que a gestação precoce se associa, muitas vezes, à evasão escolar, ao desemprego e ao julgamento

social, impactando negativamente o biopsicossocial dessa gestante (FERREIRA; HASS; PEDROSA, 2013). Além disso, têm que lidar com o próprio fenômeno da gestação, quando ocorrem diversas alterações fisiológicas no seu próprio corpo, enfrentando uma experiência desconhecida e cheia de surpresas, associado às demandas financeiras e emocionais que se relacionam a ela (BRAGA *et al.*, 2014). Ademais, as adolescentes tendem a sofrer muito mais com as intercorrências obstétricas durante a sua primeira gravidez e no puerpério, quando comparadas com gestantes adultas, além de possuírem mais chances de trabalho de parto prolongado e realização da episiotomia.

A episiotomia é uma incisão cirúrgica que pode ser feita com bisturi ou tesoura cirúrgica, que tem como objetivo alargar a abertura da vulva durante a segunda fase do parto, utilizado, geralmente, para tornar o processo do parto mais suave e diminuir as lacerações potenciais que podem ocorrer. Existem quatro técnicas que podem ser usadas na realização de uma episiotomia: linha média, médio-lateral, lateral e em forma de J. Na década de 1980, a utilização de episiotomia para nascimentos de primigestas foi relatado para ser usado em até 90% desse público nos Estados Unidos e 91% no Reino Unido. Embora tenha havido um aumento na taxa de episiotomias usadas nesses países, outros países tiveram números muito mais baixos (THACKER; BANTA, 1983).

Embora a episiotomia seja uma pequena incisão, ainda é uma incisão cirúrgica e, como em qualquer tipo de cirurgia, há riscos e benefícios que devem ser levados em consideração antes da decisão de realizá-la. O trauma obstétrico do períneo devido à episiotomia é uma ocorrência frequente no parto vaginal, podendo impactar, significativamente, na qualidade de vida das mulheres. Estudos mostram que 85% daquelas que tiveram parto vaginal, terão algum tipo de trauma do períneo e 69% precisarão de suturas (MONTEIRO *et al.*, 2016). As principais Disfunções do Assolho Pélvico (DAP) incluem Incontinência Urinária (IU), incontinência anal (IA), prolapso de órgão pélvico (POP), disfunção sexual (DS) e dor pélvica (BO *et al.*, 2017).

As disfunções do assoalho pélvico podem ser diagnosticadas clinicamente através da utilização de exames de imagem que funcionam como ferramentas auxiliares para estabelecerem um diagnóstico fidedigno (GARCIA MEJIDO *et al.*, 2016). Entre eles, estão a ultrassonografia tridimensional e a ressonância magnética que são as técnicas de imagens mais indicadas para o diagnóstico das DAP. Por meio da ultrassonografia 3D endovaginal e anorretal, é possível visualizar a morfologia dos

músculos do assoalho pélvico em múltiplos planos e em alta resolução, o que facilita na identificação das disfunções nessa região, possibilitando um melhor diagnóstico e, conseqüentemente, um tratamento adequado, promovendo melhorias na qualidade de vida desse público (MURAD-REGADAS *et al.*, 2013).

Para tanto, embora o sistema psicológico dessa gestante seja o mais perceptível de comprometimento devido à gestação precoce não planejada e o processo de recuperação pós-episiotomia, algumas primíparas adolescentes podem apresentar sinais e sintomas de desajuste musculoesquelético decorrentes do procedimento da episiotomia. Diante das alterações psicológicas, físicas e fisiológicas, a região mais acometida devido à episiotomia é a do assoalho pélvico que é constituída pelos seguintes órgãos pélvicos: bexiga, útero e reto, além de músculos, fâscias e ligamentos, que desempenham funções importantes como a sustentação dos órgãos pélvicos e função esfínteriana-uretral e anal. Essas alterações acabam desenvolvendo diversas disfunções urodinâmicas, de sintomas urinários irritativos e de incontinência urinária de esforço como exemplo, por isso, a fisioterapia pélvica tem sido recomendada tanto no aspecto preventivo, quanto para tratamento dessas disfunções, para evitar ou minimizar esses distúrbios (BARACHO, 2012).

Portanto, ficam evidentes os problemas de saúde enfrentados por essa população durante a gestação e no puerpério, entre eles, estão as disfunções na musculatura pélvica, infecções urinárias, alterações físicas e fisiológicas, entre outros (FERNANDES *et al.*, 2018). Há, ainda, aumento nas intercorrências de grávidas adolescentes em comparação com as adultas, tais intercorrências estão bastantes relacionadas ao canal de parto das adolescentes não ter atingido sua maturidade por completo em relação à maturidade anatômica e fisiológica da mulher adulta, além disso, a tensão maior dos músculos perineais da adolescente torna o período expulsivo do parto mais prolongado, estando, também, atrelada à preocupação por parte da equipe profissional que assiste ao parto de primíparas na tentativa de prevenir as lacerações graves do períneo ou a episiotomia (COSTA; SOUZA, 2009; PITANGUI *et al.*, 2014; FIGUEIREDO *et al.*, 2015; MONGUILHOTT *et al.*, 2018).

Consoante Silva *et al.* (2016), se a MAP não estiver dentro da sua normalidade, desenvolvendo sua função normal, se não estiver forte e elástica durante esse período gestacional e/ou caso a MAP não for recuperada depois da episiotomia, elas estarão propensas a terem disfunções do assoalho pélvico, principalmente, a incontinência urinária. Essas disfunções podem ser prevenidas ou diminuídas com a utilização de

recursos fisioterapêuticos, usando atividades leves, conservadoras e não invasivas nesse público. A fim de proporcionar uma gestação mais segura, confortável, com minimização das chances de episiotomia e, conseqüentemente, diminuição das chances de disfunções do AP. Nesse contexto, a fisioterapia que se encontra inserida na equipe multidisciplinar tem como principal objetivo minimizar as disfunções pélvicas, preservando a qualidade de vida dessas pacientes, devolvendo funcionalidade, promovendo saúde e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

Portanto, a fisioterapia pélvica, com a utilização dos recursos da cinesioterapia e dos dispositivos auxiliares, é de grande importância para o tratamento das musculaturas que foram atingidas pela episiotomia, para evitar disfunções, como a incontinência urinária, incontinência anal, o prolapso dos órgãos pélvicos, as disfunções sexuais e dores pélvicas crônicas. Desta forma, torna-se imprescindível a avaliação funcional dessa musculatura do AP, sendo importante verificar seu nível de desempenho, seu tônus muscular e sua resistência de contração voluntária do AP, e, com isso, planejar um protocolo de tratamento individualizado dessas e de outras alterações musculares desta região (OLIVEIRA, 2006).

Sendo assim, esta é uma pesquisa que tem como objetivo geral discutir sobre as disfunções na musculatura do assoalho pélvico em primigestas adolescentes, dando ênfase ao procedimento de episiotomia que é uma das intervenções mais utilizadas na assistência ao parto de adolescentes, sendo esta uma incisão cirúrgica na região da vulva, realizada no momento de expulsão do concepto que traz junto a si algumas alterações físicas e funcionais nas parturientes. E como objetivos específicos, descrever as técnicas e os recursos utilizados dentro da fisioterapia para tratar tais disfunções e alterações físicas e funcionais, assim como explicar sobre a anatomia pélvica e o processo de gestação enfrentados por essas gestantes.

Portanto, a presente pesquisa trata de uma revisão integrativa da literatura, tendo alta relevância, tanto acadêmica, quanto científica e social, por trazer questões sob a importância da integralidade e funcionalidade pélvica, assim como, a influência da gestação e do procedimento de episiotomia como contribuintes para o desenvolvimento de possíveis disfunções pélvicas, bem como a atuação da fisioterapia frente a essas alterações.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Referencial Teórico

2.1.1 Evolução do parto humano

Há cerca de cinco milhões de anos, era compreendido por nossos antecessores, os *Ardipithecus ramidus*, que o parto era um evento solitário, o qual não havia necessidade de auxílio para que tal evento ocorresse, similarmente ao que acontece atualmente com os macacos. Fazendo uma comparação, nota-se que há semelhanças no parto, pois, entre os chimpanzés, o parto é fácil e rápido, apesar de o diâmetro do crânio do feto e o diâmetro do canal de parto serem semelhantes ao crânio do feto, que ocupa cerca de 98% do canal de parto na maioria das primatas (ÁLVAREZ, 2005).

É visto que o canal de parto tem uma maior largura no plano sagital e é mais estreito no plano transverso, mantendo a mesma forma desde a entrada até a saída, estando a vagina em alinhamento com o útero, o que permite que o feto saia do canal de parto da primata com a face voltada para o ventre da mãe, o que possibilita que esta consiga ajudar seu filho a nascer (Figura 1) (ÁLVAREZ, 2005).

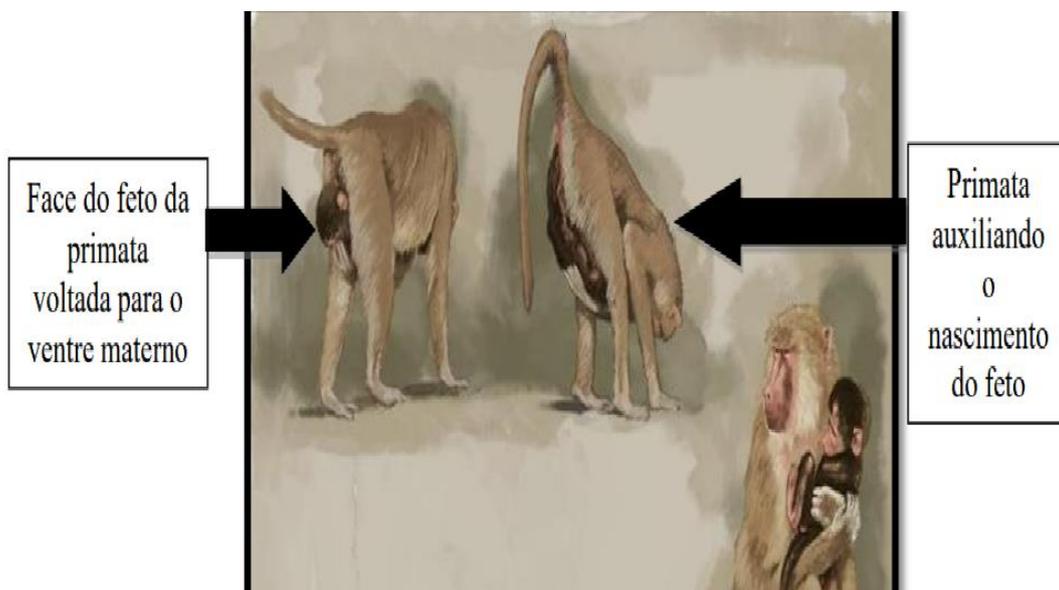


Figura 1: O parto nos primatas.
Fonte: Álvarez (2005, p. 172).

Devido ao bebê macaco nascer com a face voltada para frente, é possível para a mãe alcançar o filhote e guiá-lo para fora do canal de nascimento, facilitando, assim, o seu parto. Porém, a anatomia da pelve se modificou com a adoção da postura ereta e, por consequência, o canal de parto da fêmea hominídea sofreu drásticas modificações. Em uma análise feita em um esqueleto de uma fêmea de hominídeo, por nome de Luci, encontrado em 1974, na Etiópia, e denominada como uma nova espécie, *Australopithecus aferensis*, os pesquisadores mostram que a estrutura da pelve tinha a forma oval abaulada, com maior largura em sentido transverso (ÁLVAREZ, 2005; MORAIS, 2011).

No entanto, o parto das fêmeas dos *Australopithecus* não deveria ser muito complicado, já que o púbis dessa espécie era muito largo e o canal de parto era muito maior que nas mulheres atuais, em relação ao tamanho da cabeça do feto (Figura 2), o que, de certa forma, possibilitava a efetivação de um processo de parto sem intercorrências relacionadas ao canal de nascimento, e, assim, a pouca necessidade de auxílio durante esse processo (ÁLVAREZ, 2005; MORAIS, 2011).

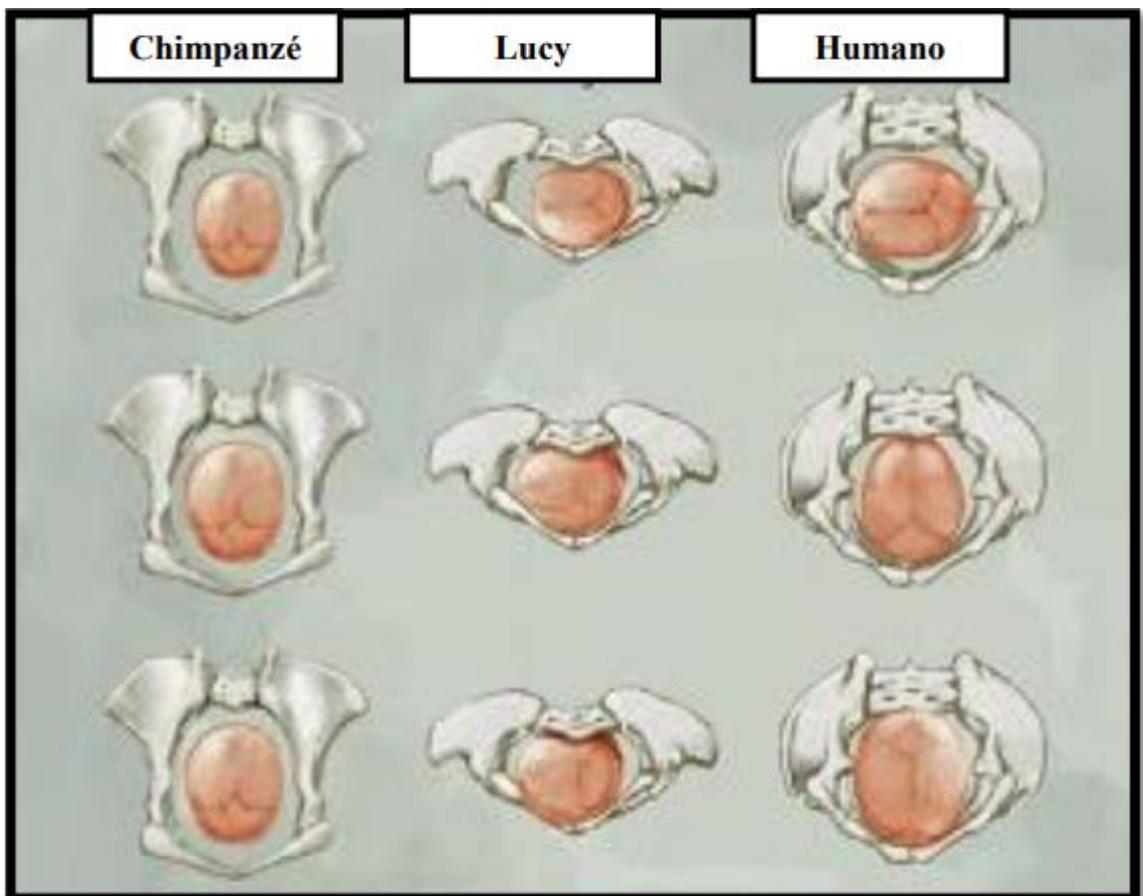


Figura 2: O parto através da evolução.
Fonte: Álvarez (2005, p. 169).

O diâmetro da entrada do canal de parto nas fêmeas da espécie humana é evidentemente mais amplo no sentido transverso, já o da saída é mais largo no sentido sagital, sendo assim, perpendiculares, um em relação ao outro. Dessa forma, o bebê deve realizar uma série de rotações para conseguir atravessar a tortuosa passagem que se localiza entre os ossos pélvicos, arqueando a coluna e flexionando a cabeça que sai com a região occipital voltada para o ventre materno e a nuca aparada no púbis, ou seja, a mãe não vê a face do bebê. Devido a esta forma de o bebê humano nascer com a região occipital voltada para o ventre materno, foi a mudança que mais contribuiu para transformar o parto, de um ato antes solitário para um evento social. Desta maneira, o instinto natural favoreceu o comportamento de ir em busca de assistência durante o processo do parto, pois essa ajuda anulava as dificuldades decorrentes do período expulsivo (Figura 3) (ÁLVAREZ, 2005; MITTEROECKER; FISCHER, 2016).

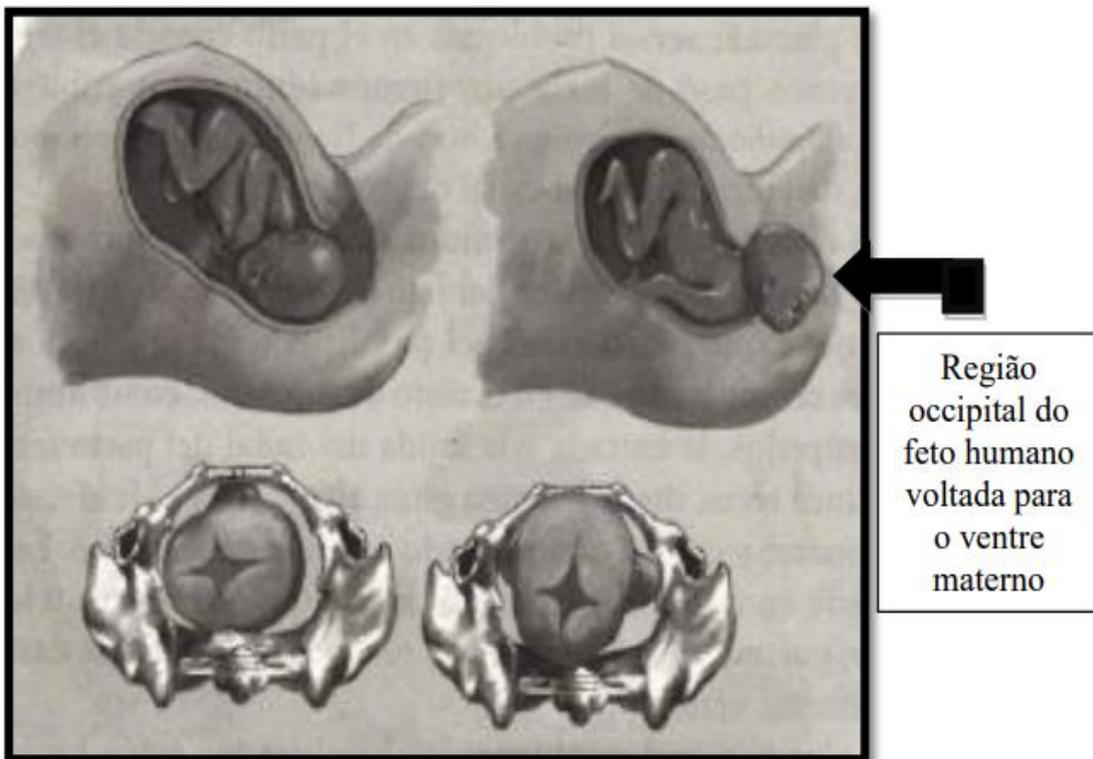


Figura 3: A necessidade de assistência no parto humano.
Fonte: Álvarez (2005, p. 173).

Desde os primórdios das civilizações, a assistência ao parto era tida como uma tradição exclusiva de mulheres, em que essa função era destinada às anciãs que, no decorrer da vida, adquiriam conhecimentos através das práticas executadas na

assistência à mulher durante a gestação e o processo do parto. Tais conhecimentos e experiências eram aprimorados e repassados às mais jovens, foi nessa época que se deu origem à função de parteira. As parteiras tinham como função dar assistência à mulher durante o trabalho de parto, no parto, no pós-parto e em ambiente domiciliar, sendo conhecidas como aparadeiras ou comadres e, apesar do pouco conhecimento teórico e científico sobre os mecanismos da reprodução e do parto humano, contavam com um saber empírico adquirido (TANAKA, 1995; MEDEIROS; CARVALHO; TURA, 2018).

Devido à tradição de apenas mulheres auxiliarem a gestante durante o parto, os médicos eram pouco familiarizados com o atendimento a esse público e pouco solicitados. Estes eram admitidos pelas mulheres ou familiares quando o parto apresentava complicações. Até então, o parto era considerado um evento fisiológico, centrado no protagonismo da mulher, e a presença masculina nesse cenário indicava que havia algum problema ali, pois, os homens, quando participavam desse evento, o finalizavam de maneira abrupta, utilizando-se de procedimentos cirúrgicos para sua resolução, realizando, muitas vezes, a embriotomia (Figura 4), nome dado à fragmentação do feto para sua extração, procedimento esse muito temido pela população gestante (SANTIAGO, 2019).

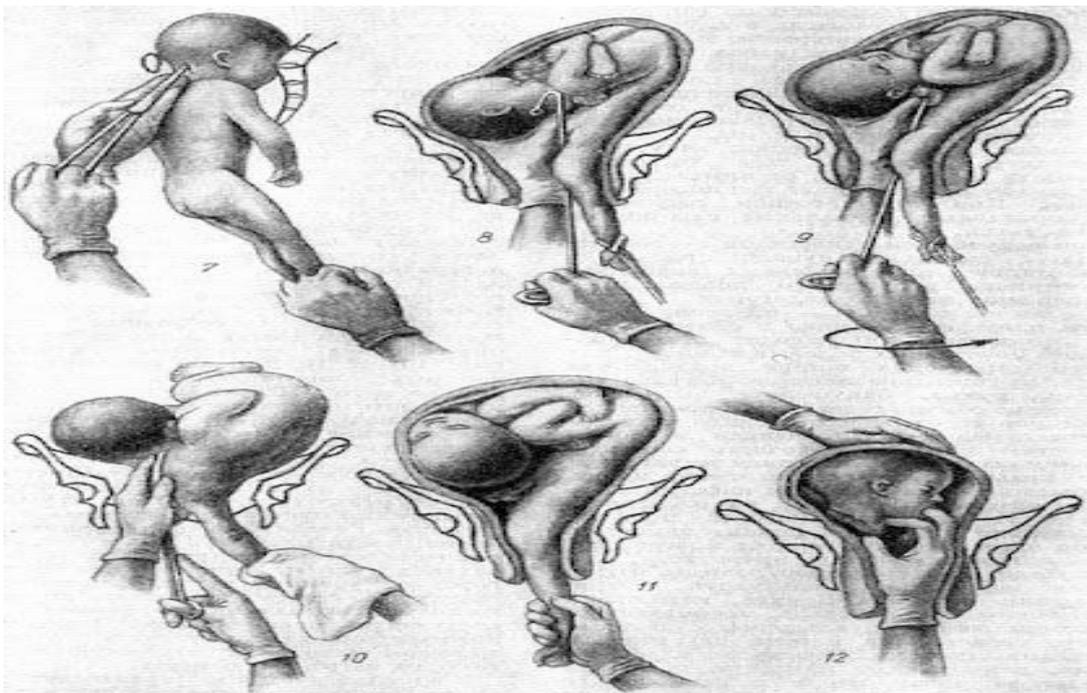


Figura 4: Embriotomia em partos com complicações.

Fonte: <http://medicalency.com/embryotomy.jpg>.

No entanto, a ideia de parir era associada a algo perigoso, evidenciando, assim, a necessidade da presença de um médico, por isso, passou a ser defendida a ideia da hospitalização do parto e da criação de maternidades como algo imprescindível. Na hospitalização do parto, o processo de nascimento passou a ser mediado pela realização de intervenções obstétricas no intuito de prevenir ou reduzir a incidência de complicações provenientes do parto, no entanto, muitas dessas intervenções são tidas como desnecessárias, e podem desencadear uma série de complicações. Para tanto, entre as intervenções obstétricas anexadas à assistência hospitalar, está a episiotomia que é uma incisão cirúrgica que tem como objetivo alargar a abertura da vulva durante a segunda fase do parto, para, assim, facilitar a saída do bebê (RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016; SANTOS, 2019).

2.1.1.1 Anatomia da pelve feminina

O assoalho pélvico feminino é dividido em três porções: na região anterior, se localizam a bexiga e uretra; na região medial, se encontra a vagina; e na região posterior, o reto. Este é composto por estruturas de sustentação, fâscias pélvicas, diafragma pélvico e diafragma urogenital. Em maior parte, sua composição é de fibras de contração lenta e em menor parte de fibras de contração rápida. Todas as estruturas são essenciais no suporte e na manutenção dos órgãos pélvicos em suas posições fisiológicas (SPENCE, 1991).

A pelve feminina é larga, possui um formato arredondado e um arcabouço ósseo afunilado, a mesma se situa abaixo do abdômen, compõe a base do tronco servindo de ponte de transmissão de peso do tronco para os membros inferiores. Segundo Drake (2015), a pelve é dividida em parte superior e inferior, a pelve superior conhecida como pelve maior e a parte inferior chamada de pelve menor. A pelve maior está limitada pelas fossas ilíacas e é considerada como parte da cavidade abdominal. A pelve menor, por sua vez, tem a estrutura óssea caracterizada pelos dois ossos do quadril lateralmente, e o sacro e cóccix, posteriormente (Figura 5).

A mesma é constituída pelos ossos do quadril (fusão dos ossos ílio, ísquio e púbis), sacro e cóccix. Os ossos são interligados por fortes ligamentos e recobertos de forma parcial por músculos, fâscias e pelo peritônio pélvico. Dessa forma, a pelve

menor tem a região inferior fechada por camadas de músculos e fáscias que constituem o diafragma pélvico. Tal estrutura tem sua forma afunilada e esta contém e protege as regiões terminais dos tratos intestinal e urinário, além de proteger os órgãos reprodutores internos (DRAKE, 2015).

Estruturalmente, a pelve óssea, que é conhecida por cintura pélvica, é a ponte de ligação entre a coluna vertebral e os membros inferiores, sendo capaz de transmitir forças e proporcionar alavancas de movimento. Ademais, a pelve proporciona a interação com os membros inferiores, possibilitando a marcha. Consoante Drake (2015), praticamente em toda a superfície pélvica há pontos de origem e inserção de ligamentos e músculos que influenciam e são influenciados por movimentos pélvicos. No entanto, a pelve realiza movimentos de anteroversão, retroversão e torção pélvica.

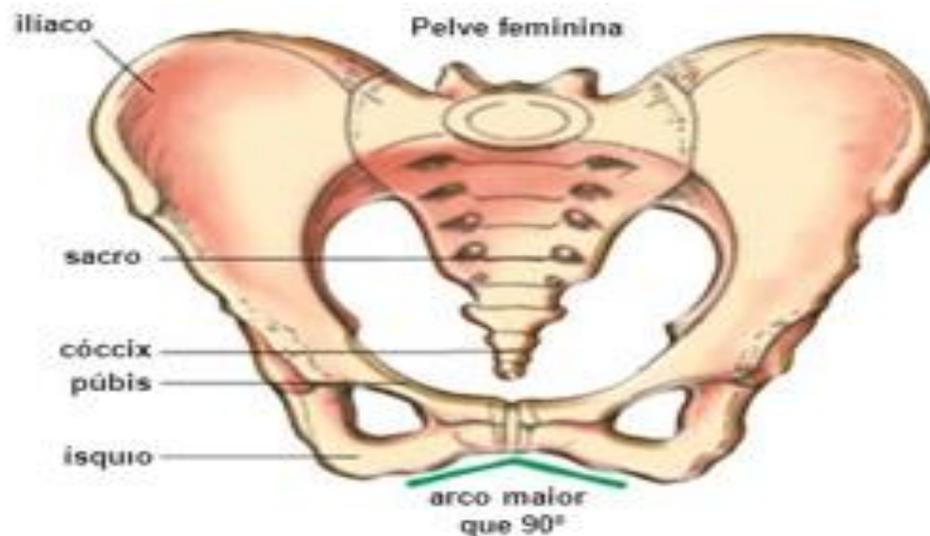


Figura 5: Anatomia da pelve feminina.

Fonte: <https://br.pinterest.com/pin/323977766950575842/>.

Para Drake (2015), além da função de contenção, suporte e proteção de órgãos e vísceras, a mesma serve de dissipação da carga imposta pelo peso corporal e pela gravidade e, de fixação da musculatura do assoalho pélvico. O assoalho pélvico é caracterizado por um conjunto de estruturas que se localizam entre a cavidade pélvica e a superfície do períneo e se estendem do púbis ao cóccix. Esse conjunto é formado por músculos, ligamentos e fáscias que têm como função sustentar os órgãos internos, principalmente, o útero, a bexiga e o reto, e proporcionar ação esfinteriana para a uretra, vagina e o reto, além de permitir a passagem do feto (MOORE; DALLEY, 2001; SOUZA, 2002; DRAKE *et al.*, 2015).

Consoante a literatura, o assoalho pélvico é formado pelo diafragma pélvico, que é fechado pelo diafragma urogenital, o diafragma pélvico, por sua vez, é composto pelos músculos coccígeo e levantador do ânus, que, por sua vez, é encontrado na porção anterior do músculo coccígeo e se divide em três porções; puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo, formando uma fina camada muscular que ajuda na sustentação das vísceras pélvicas e auxilia na defecação (Figura 6) (CAMARGO, 1998; STEPHERSON; O'CONNOR, 2004; HALL; GUYTON, 2017).

No entanto, o músculo coccígeo fica localizado acima do levantador do ânus, e tem origem na espinha isquiática e inserção na extremidade inferior do sacro e na parte superior do cóccix. Este músculo tem influência na flexão do cóccix, empurrando para frente após a defecação ou o parto, e ajuda o músculo levantador do ânus na sustentação das vísceras pélvicas (NETTER, 2011).

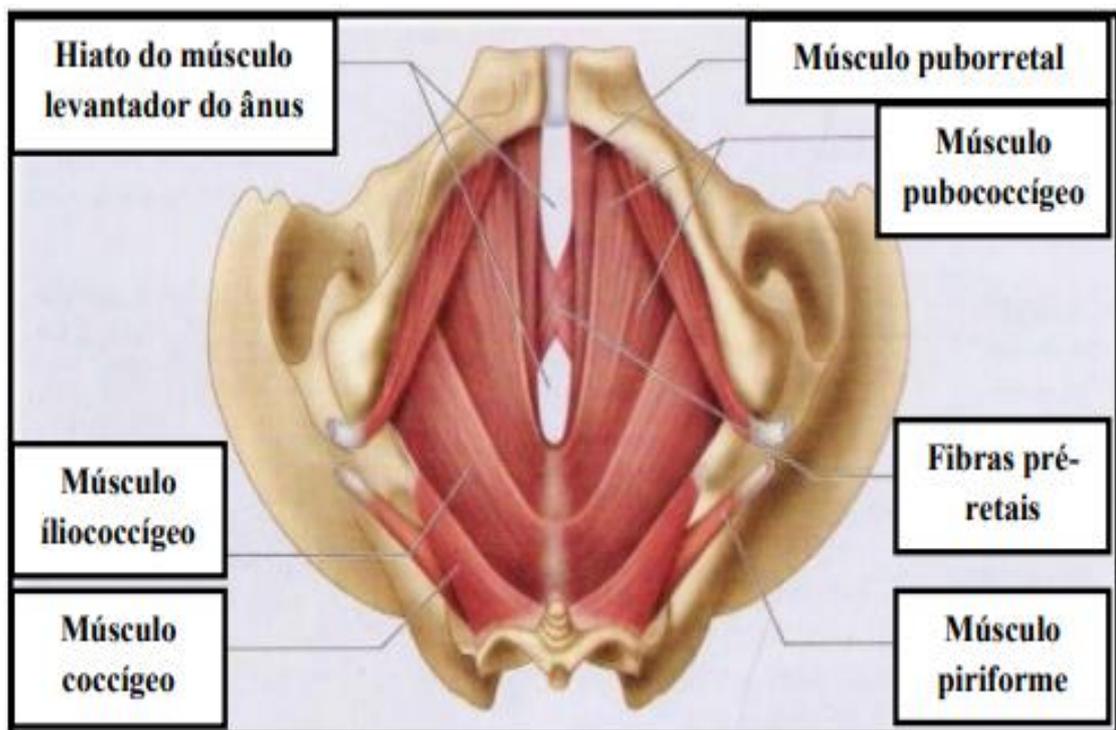


Figura 6: Músculo levantador do ânus e coccígeo.

Fonte: Henschel (2007, p.86).

Em correlação ao diafragma pélvico, tem-se o diafragma urogenital que é uma segunda camada muscular externa ao diafragma pélvico, tendo como função principal dar o devido suporte à região atravessada pelos orifícios da uretra e da vagina. O diafragma urogenital, por conseguinte, é formado pelos músculos: transverso superficial e profundo do períneo, esfíncter externo da uretra, esfíncter externo do

ânus, isquiocavernoso e bulbocavernoso. No entanto, o diafragma urogenital atua como ponte sob a cavidade existente entre o púbis e o corpo perineal, permitindo, assim, o preenchimento da abertura urogenital (NETTER, 2011).

Desta forma, a pelve óssea também está envolvida na sustentação da região mais distal da vagina e da uretra e comporta-se como um esfíncter destas mesmas regiões, contribuindo para a continência (MOORE; DALLEY, 2001; STEPHERSON; O'CONNOR, 2004; MOORE, 2014). O períneo, nesse contexto, representa o conjunto das partes moles que fecham a pelve, suportando o peso das vísceras na posição ortostática. Já as estruturas que se localizam entre o peritônio pélvico e a pele da vulva oferecem um maior apoio aos órgãos abdominais e pélvicos, tal apoio facilita a função de manter a continência urinária e fecal e possibilita o coito e o parto (Figura 7) (CAMARGO, 1998; GROSSE; SENGLER, 2002; GILROY; MACPHERSON, 2017).

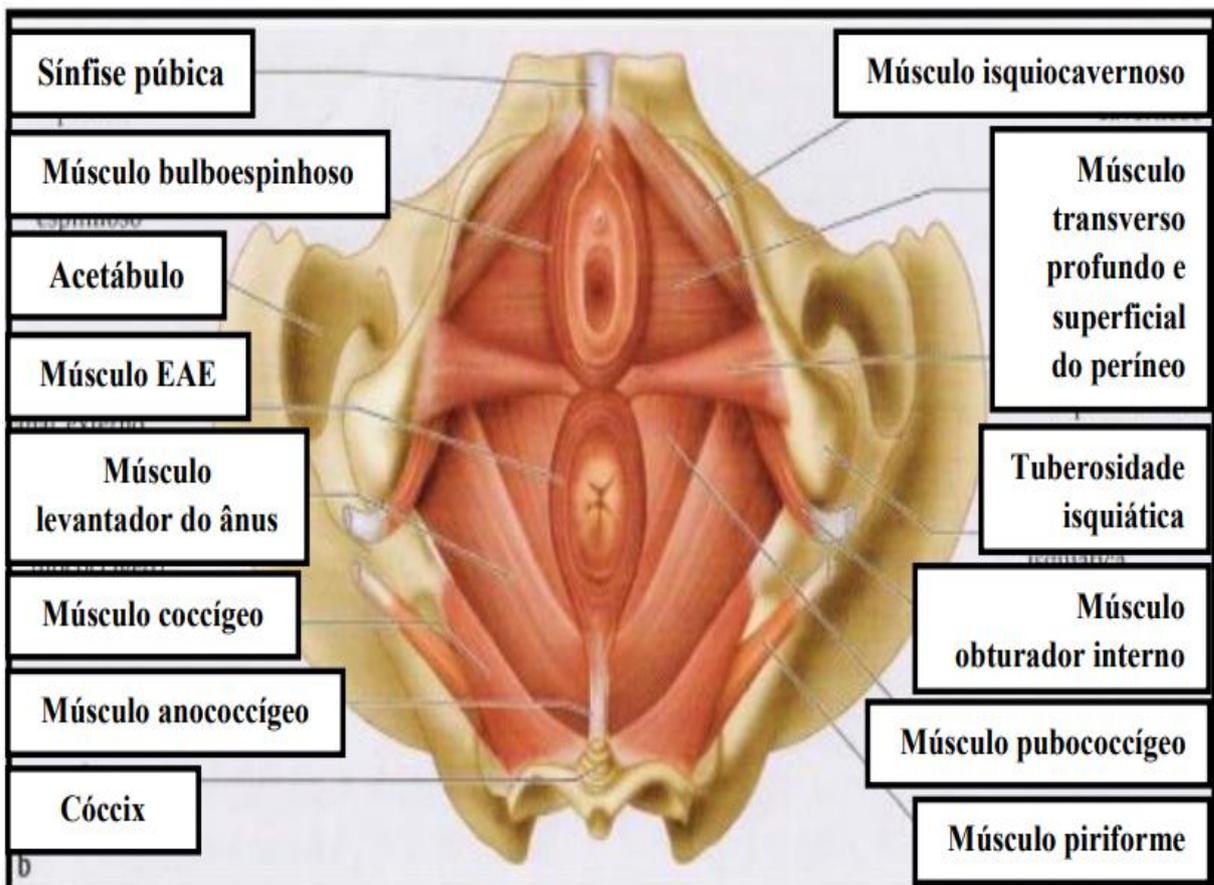


Figura 7: Períneo e diafragma urogenital da mulher.
Fonte: Henschel (2007, p.85).

2.1.1.2 Funcionalidade do assoalho pélvico

Os tecidos conjuntivos do assoalho pélvico são componentes fibrosos constituídos por colágeno, elastina, fibroblastos, células de músculo liso e estruturas vasculares, tais componentes são responsáveis pela estabilidade do assoalho. Já a fáscia endopélvica é uma camada fibromuscular que se expande e envolve o diafragma e as vísceras pélvicas, constituídas por um componente visceral e outro parietal. O componente visceral encontra-se inferiormente ao peritônio com fixação à bexiga, vagina, ao útero e reto, fornecendo suporte às vísceras pélvicas, enquanto o componente parietal apresenta porções de condensação fibrosa – ligamentos e septo – que possibilitam a fixação do assoalho pélvico e o envolvimento da vascularização sanguínea e neuronal (SOBOTTA, 2018).

De acordo com a literatura, os ligamentos são estruturas resultantes de condensações da fáscia endopélvica, os quais são compostos por nervos, vasos sanguíneos, músculo liso e nervos. Por serem estruturas contrácteis, possuem um papel importante no suporte dos órgãos pélvicos. No entanto, existem ligamentos que, por participam ativamente no suporte visceral pélvico, se destacam, entretanto, a falta de integridade destes podem predispor condições patológicas de algumas disfunções pélvicas (TORTORA; DERRICKSON, 2016).

A inervação do assoalho pélvico tem origem nos segmentos sacrais de S2 a S5, de onde as fibras anteriores partem percorrendo a superfície interna dos músculos (HALL; GUYTON, 2017). Essa localização anatômica acaba favorecendo ao estiramento e à compressão das fibras nervosas durante o trabalho de parto. O nervo cujo nome é pudendo é o principal nervo do períneo, sendo responsável pela inervação sensorial dessa região e inervação motora do bulboesponjoso, isquiocavernoso, esfíncter da uretra e esfíncter externo do ânus (REIS *et al.*, 2002; MOORE, 2014).

Quando há lesões neuromusculares do assoalho pélvico durante o parto, aumentam-se as chances de desenvolver uma redução do tônus do levantador do ânus e alargar o hiato urogenital (PHILLIPS; MONGA, 2005). Portanto, a anatomia do assoalho pélvico está intimamente relacionada à função, tendo a dimensão de estrutura única. Por isso, o fechamento e a abertura da uretra e de outras funções e disfunções dos órgãos pélvicos são resultantes de forças opostas entre as estruturas musculares, ligamentares, fasciais e nervosas.

Assim sendo, alterações na tensão dos músculos, ligamentos e das fáscias, além das alterações do suprimento nervoso do assoalho pélvico, seriam uma importante causa de IU, dificuldade miccional, constipação intestinal, IA e POP. Os elementos músculo-fasciais, ligamentares e nervosos do períneo feminino atuam de forma conjunta no mecanismo da micção, evacuação e continência (LIMA *et al.*, 2012). Desta forma, a episiotomia, ao produzir a perda da integridade de várias estruturas que compõem o assoalho pélvico, passa a ser considerada um fator de risco para a manutenção do suporte, suspensão e posição anatômica dos órgãos pélvicos em condições fisiológicas.

2.1.2 Episiotomia

A assistência obstétrica em relação à prática humanizada é bastante complexa, pois ela está interligada ao cuidado técnico-profissional, ao respeito aos direitos individuais, assim como às diferentes culturas envolvidas no processo de parturição. Devido a isso, a realização da episiotomia, ato bastante recorrente, é um procedimento muito questionado na prática assistencial entre os profissionais que buscam prestar assistência de forma humanizada no processo de parto.

A episiotomia, por sua vez, é definida como a lesão resultante do alargamento cirúrgico da abertura vaginal, ou seja, é realizado uma incisão no períneo em assistência normal de parto com o objetivo de alargar o canal de parto, para facilitar a passagem do bebê (BUSANELLO *et al.*, 2011). O termo episiotomia deriva de *epision*, que significa região pubiana, e *tome*, de incisão, podendo ser feita com tesoura ou bisturi (SANTOS *et al.*, 2017). Esta incisão cirúrgica realizada no períneo, durante o segundo período do parto, pode ser executada de três formas: mediana, médio-lateral e lateral.

A incisão lateral está contraindicada pelo motivo de causar extensas lesões aos feixes internos do músculo levantador do ânus. Enquanto a médio-lateral é a mais comum, consistindo em um corte realizado em um ângulo de 45 graus a partir da linha média, podendo ser direita ou esquerda (FIGUEIREDO *et al.*, 2015). Já a incisão mediana, também conhecida como perineotomia, é realizada na margem posterior do introito vaginal, estendendo-se até a linha média. A mesma é considerada uma incisão

que proporciona uma maior facilidade de sutura e menor associação com dor no pós-parto e dispareunia, no entanto, é mais relacionada com lacerações de terceiro e quarto graus (Figura 9) (ANDRADE; AGGIO, 2014).

A vasta utilização da episiotomia, associada ao contexto intervencionista dos profissionais, é incompatível com a taxa de 10% do procedimento recomendada pela OMS. No entanto, é necessário questionar sobre a possibilidade de classificação incorreta ou de sutura desnecessária das lacerações espontâneas, uma vez que grande número das puérperas apresentou laceração de primeiro grau, a qual, em muitos casos, não precisa de sutura de acordo com a recomendação da OMS. Dessa forma, apesar de a episiotomia seletiva ter um lugar significativo na prática obstétrica, seu uso rotineiro não se justifica, pois aumenta o risco de trauma materno e de complicações durante o parto vaginal, com destaque para as Disfunções do Assoalho Pélvico (DAP) que possam vir a se desenvolver no puerpério (FEDERICE; AMARAL; FERREIRA, 2011).

De forma contrária às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que a episiotomia é um procedimento que deve ser evitado, essa intervenção ainda é praticada rotineiramente, especialmente, em primíparas e parturientes que são submetidas a tal procedimento anteriormente devido à falta de protocolos de estabelecimento ou critérios únicos. Tornando, assim, o modelo de atenção intervencionista difundido nas escolas universitárias e causando disputas entre autores, agências governamentais, instituições de saúde, além da experiência de cada profissional.

De acordo com o estudo realizado em hospital público do Distrito Federal para determinar a prevalência e fatores associados à episiotomia, tendo a participação de 384 mulheres que realizariam o parto de forma natural, foi identificada uma maior ocorrência de incisão em adolescentes chegando a um percentual de 75%, mesmo na ausência de evidências que comprovem ou apoiem a associação entre idade materna e trauma perineal (CARVALHO *et al.*, 2012).

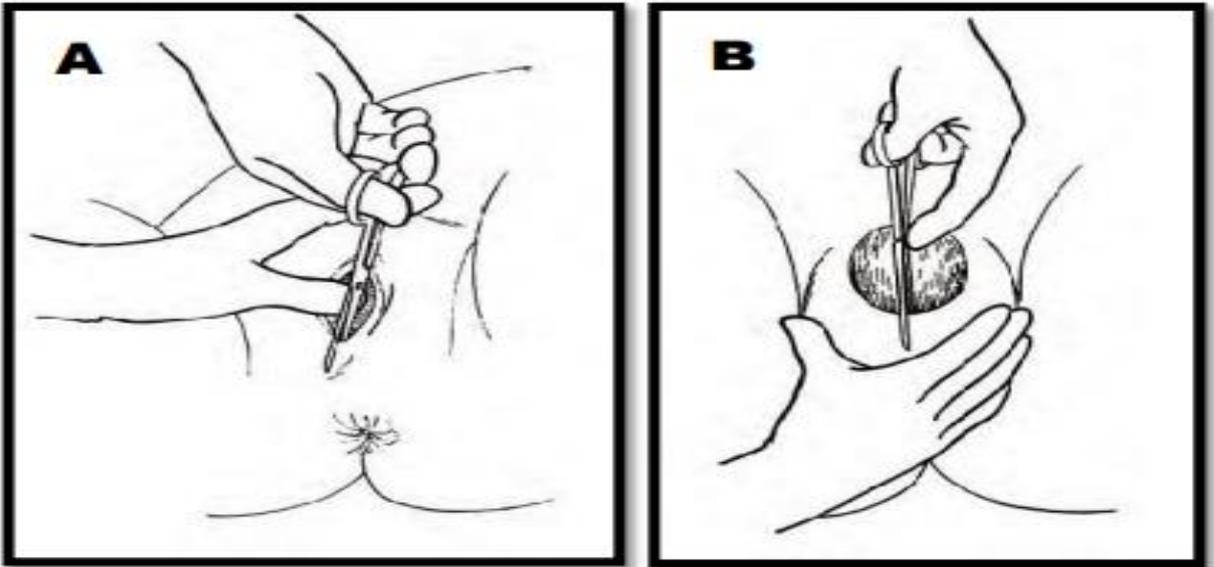


Figura 8: A – Episiotomia médio-lateral; B – Episiotomia mediana.
Fonte: Carrera; Salvat (1988, p. 27).

A episiotomia conhecida como perineotomia, a qual proporciona mais facilidade de sutura e menos desconforto no pós-parto, envolve a incisão da mucosa vaginal posterior, o epitélio da fossa navicular, a fúrcula, o centro tendíneo do períneo e as fibras profundas do esfíncter externo do ânus. Já quando se realiza a episiotomia médio-lateral, mais estruturas são envolvidas nesse procedimento, pois, além do corte na mucosa vaginal posterior e do epitélio da fossa navicular, é realizado o corte também na pele sobre a fossa isquioanal, no músculo bulboesponjoso, no músculo transverso superficial do períneo e feixe neurovascular transversal do períneo associado, em uma porção do músculo transverso profundo do períneo e nas camadas de fáscias associadas (diafragmas urogenital), nas fibras medianas do pubovaginal e do puborretal e nas partes do levantador do ânus (CORRÊA JÚNIOR; PASSINI JÚNIOR, 2016).

Tal procedimento foi desenvolvido por Fielding Ould, no ano de 1742, este defendia que o corte só deveria ser realizado quando realmente fosse necessário, a exemplo de partos dificultosos, como intervenção utilizada para auxiliar o momento do parto. Porém, a episiotomia passou a ser compreendida como procedimento de rotina no início do século XX com Pomeroy, no ano de 1918, quando este se posicionou a favor da episiotomia de rotina, justificando que o corte diminuía os traumas cranianos do bebê contra o assoalho pélvico. A partir de 1950, a prática da episiotomia aumentou gradativamente, devido à idealização de que sua realização diminuía o período expulsivo, permitindo ao médico atender à grande demanda de partos hospitalares

(NIY, 2012; POMPEU *et al.*, 2017). Além disso, a adoção da posição horizontal do parto, sendo bastante conveniente para o obstetra porque garante melhor acesso ao canal de parto e contribui para o aumento do uso de tal procedimento (MENDIRI *et al.*, 2017).

Em decorrência de várias especulações, se tornou necessária a realização de novas pesquisas sobre a episiotomia, as quais começaram a surgir a partir da década de 1980 (MENDIRI *et al.*, 2017; CARNIEL; VITAL; SOUZA, 2019). Diante disto, ensaios clínicos randomizados e controlados evidenciaram que a episiotomia de rotina não deveria ser incentivada, ou seja, não deveria ser indicada e praticada de forma banal, abrindo discussão acerca dos benefícios e riscos deste procedimento. No entanto, no ano de 1983, os autores Thacker e Banta publicaram uma revisão da literatura, de 1860 até 1980, sobre os benefícios da episiotomia, contendo mais de 350 artigos e livros, quando concluíram que não há evidências suficientes para sua recomendação da episiotomia, abordando os riscos associados ao procedimento, como dor, edema, hematoma, infecção e dispareunia (LEAL; GAMA, 2014; APOLINÁRIO *et al.*, 2016).

Recentemente, a OMS liberou uma publicação denominada *Intrapartum care for a positive childbirth experience* (WHO, 2018), abordando recomendações necessárias para os cuidados durante o parto. As práticas foram classificadas como: recomendadas, não recomendadas, recomendadas apenas em contextos específicos e recomendadas apenas em protocolos de pesquisa. Nesse contexto, a episiotomia de rotina foi classificada como uma prática não recomendada. Ainda assim, aproximadamente, 12% dos partos vaginais são com episiotomia nos EUA (2012) (FRIEDMAN *et al.*, 2015); 20% na França (2014) (GOUESLARD *et al.*, 2018) e 9% na Finlândia (2006-2007) (RAISANEN *et al.*, 2011). No Brasil, as taxas de episiotomia variam consideravelmente. Dados da pesquisa sobre o nascer no Brasil, publicada em 2014, revelaram uma taxa de 53,5% de episiotomia (LEAL; GAMA, 2014).

Em um determinado estudo com a utilização de 168.077 registros de partos vaginais (STEINER *et al.*, 2012), a episiotomia médio-lateral foi considerada como fator de risco, independente para lesões de terceiro e quarto graus, mesmo em situações críticas, como parto pélvico e macrosomia. Nesse complexo, a maior indicação para realização de episiotomia e amplamente difundida era a proteção do períneo no período expulsivo, pois, acreditava-se que o corte impedia a ruptura das fibras dos MAP, sendo este o maior engano com relação à episiotomia. Um procedimento que se acreditava proteger, na verdade, é, por si só, uma lesão de segundo grau (AMORIM *et al.*, 2014).

Consoante os autores de um estudo retrospectivo na região de Lisboa, cujo objetivo determinado era conseguir comparar o parto e o acompanhamento da gravidez em mulheres adolescentes e mulheres adultas, afirmam que a maior prevalência do procedimento de episiotomia entre adolescentes está interligada ao tempo prolongando no período expulsivo nesta população e outros fatores como imaturidade biológica. Entretanto, a episiotomia, como qualquer procedimento cirúrgico em uma mulher saudável, só deve ocorrer após serem prestadas as informações acerca do procedimento, assim como o motivo para que seja realizado, devendo haver o consentimento da mulher que se encontra em trabalho de parto, porém, não é o que acontece na prática (SANTOS *et al.*, 2017).

2.1.2.1 Episiotomia X primíparas adolescentes

Estudos relatam que o procedimento mais comumente realizado durante o parto vaginal é a episiotomia, e a realização de tal prática aumenta significativamente na população adolescente, pois se trata de uma incisão cirúrgica na região da vulva que tem como objetivo principal ampliar a abertura da região vulvoperineal, no momento do desprendimento da cabeça do bebê, facilitando, assim, o nascimento (PEREIRA; PINTO, 2011). As razões encontradas para explicar esta disparidade são a imaturidade biológica e as expectativas dos médicos quanto à proteção do períneo em gestantes adolescentes.

A OMS afirma que a gravidez e o parto durante a faixa etária de 15 a 19 anos estão associados a altos riscos para a saúde materna da adolescente, levando em consideração que as complicações obstétricas são as principais causas de morte em adolescentes dessa faixa etária em países emergentes (MANFREDO; CANO; SANTOS, 2012). Outro fato de suma importância refere-se ao processo e à evolução da gestação dessas mulheres adolescentes, quando é sabido que existe um aumento de incidências relacionadas a prematuridade, restrição de crescimento intrauterino, sofrimento fetal agudo intraparto, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e aumento da incidência de cesarianas (GANCHIMEG *et al.*, 2014; AZEVEDO *et al.*, 2015).

Levando em consideração a imaturidade biológica destas, é possível considerar que as adolescentes mais jovens realmente podem sofrer com este aspecto, pois a

concepção nos dois primeiros anos após a menarca, definida como idade ginecológica jovem está interligada à imaturidade do suprimento sanguíneo do útero ou do colo uterino, a qual pode predispor as mães muito jovens a infecções subclínicas, aumento na produção de prostaglandinas com conseqüente aumento na incidência de partos prematuros, os quais estão socioculturalmente associados à prática da episiotomia (PITANGUI *et al.*, 2014; FIGUEIREDO *et al.*, 2015; MONGUILHOTT *et al.*, 2018).

Como descrito anteriormente, existem diferentes tipos de episiotomia, como a lateral, a mediolateral e a mediana. Consoante Zugaib (2016), é importante entender que existem também as lacerações perineais espontâneas que ocorrem em decorrência do trabalho de parto e podem ser classificadas em quatro tipos de acordo com o grau de comprometimento (Figura 9), e, para isso, é necessária a realização de uma avaliação dos MAPS.

O primeiro grau é a lesão que compromete apenas pele e mucosa vaginal; segundo grau atinge pele, mucosa vaginal, músculo transverso superficial do períneo e bulbocavernoso, já o terceiro grau atinge também o músculo esfíncter externo do ânus, enquanto o quarto grau acomete esfíncter interno do ânus e mucosa retal. Devido à possibilidade de que, durante o parto, possa ocorrer uma possível laceração de terceiro ou quarto grau, usa-se como justificativa para o uso rotineiro da episiotomia, baseando-se na prevenção de trauma perineal severo, danos ao assoalho pélvico, prolapso e incontinência urinária (ZUGAIB, 2016).

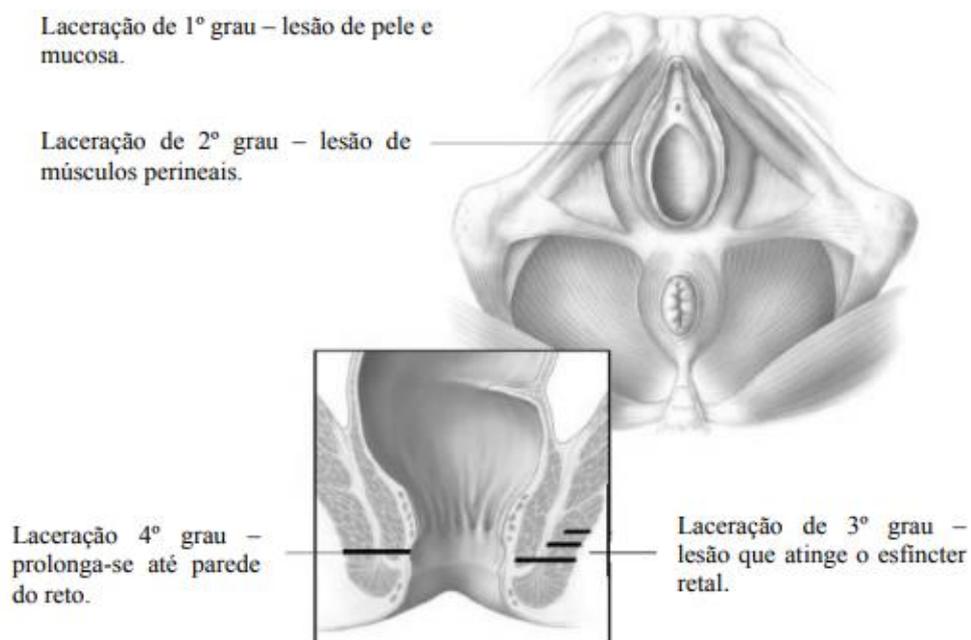


Figura 9: Classificação das lacerações.

Fonte: Fernando (2007, p. 2).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2018), as indicações para realização de tal procedimento, são baseadas em sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do trabalho de parto e ameaça de laceração de 3º e 4º graus. Entretanto, diversos estudos contestam essas indicações, afirmando que não há evidências científicas que suportem o uso rotineiro da episiotomia, e que adotar este procedimento não reduz risco de lacerações de 3º e 4º grau, podendo, na verdade, aumentar a perda sanguínea materna e não influenciar na diminuição de incontinência urinária, dispareunia e dor perineal (PEREIRA; PINTO, 2011).

Em um estudo realizado em um hospital universitário do Rio Grande com 269 adolescentes, com idades entre 10 a 19 anos, foi possível observar uma frequência ainda maior de casos de episiotomia, chegando a um percentual de 89,6% (FRANCISCO *et al.*, 2011). Em outra pesquisa, com 303 puérperas adolescentes entrevistadas em um hospital universitário de São Paulo, encontrou uma taxa de 70% de episiotomia nessa população (ENDERLE *et al.*, 2012). Outro estudo dos autores Santos *et al.* (2014) avaliaram 9585 prontuários de parturientes admitidas no Centro de Parto Normal do Hospital Sophia Feldman, em Belo Horizonte, e verificou percentual mais elevado de episiotomia entre as adolescentes, quando comparadas às adultas.

Uma possível explicação para tal fato é de que a pelve da mulher adolescente é relativamente menor do que a da mulher adulta, além disso, o padrão de crescimento da pelve é diferente do padrão da estatura corporal. Para as meninas, o crescimento da estatura começa a desacelerar de forma rápida no primeiro ano após a sua menarca e começa a cessar no período entre um ou dois anos. Já a pelve, por outro lado, tem o seu período de crescimento mais lentamente e de maneira mais regular durante o final da adolescência. E de forma simultânea, sofre uma transformação em sua configuração antropoide para adquirir uma configuração ginecoide, conforme Figura 10 (SHARMA; GUPTA; SHANDILYA, 2016).

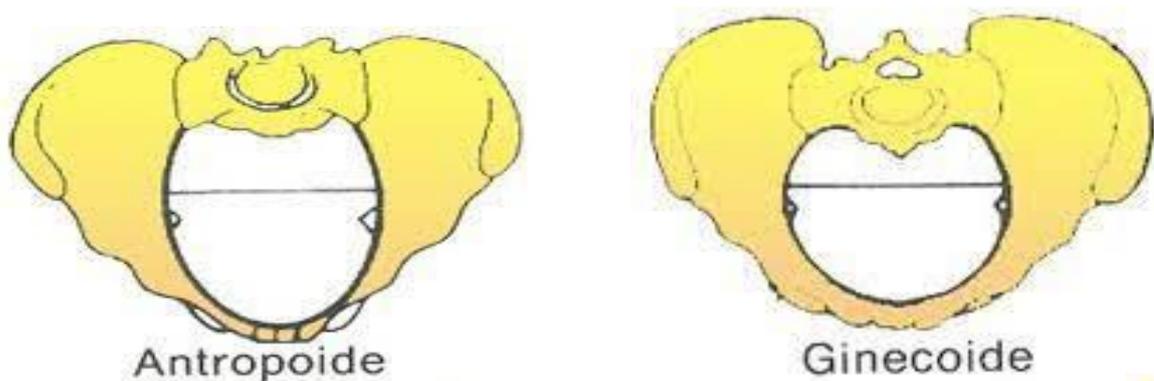


Figura 10: Pelve em formato de antropoide X Pelve em formato ginecoide.
Fonte: <https://images.app.goo.gl/BTthLdPCrHVh1v1i6>.

Deste modo, segundo os autores Francisco *et al.* (2011), além das possíveis complicações fisiológicas decorrentes do parto, a parturiente primípara adolescente está mais propensa, vulnerável e exposta à realização de intervenções obstétricas controversas. As individualidades fisiológicas e emocionais que acompanham o período da adolescência e influenciam o transcurso da gravidez e do parto nessa faixa etária contribuem para que as adolescentes apresentem uma maior dificuldade para participar do processo de decisão do tipo de parto e dos procedimentos realizados durante o parto.

Além disso, as mesmas estão mais propensas a sentirem dor perineal, se forem submetidas a traumas como a episiotomia que é um fator importante de causa de dor perineal. A episiotomia na primípara pode, inclusive, desencadear um efeito indesejado de aumentar o risco de lacerações profundas de períneo. No entanto, é importante ressaltar as possíveis intercorrências devido à realização da episiotomia, dentre as quais: infecção, dor local, edema, hematomas, deiscência de ferida operatória, abscesso, e formação de fistula retovaginal (FRANCISCO *et al.*, 2011).

De certo modo, a dor perineal após episiotomia, por sua vez, tem sido a causa mais comum de morbidade materna no período pós-parto e, sem motivos aparentes, é frequentemente esquecida ou, até mesmo, ignorada pelos profissionais que estão envolvidos na prática da assistência. A episiotomia foi introduzida como um procedimento sem evidência científica suficiente que respalde o seu uso de forma segura e sem ademais intercorrências ou danos à musculatura pélvica, e, atualmente, estudos sugerem fortemente a indicação seletiva como forma de minimizar seus riscos para a paciente (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia,

2016). Portanto, a adoção de uma técnica limitada e sem embasamento nas boas práticas de assistência à gestante é potencialmente danoso.

Entretanto, atualmente, as evidências científicas comprovam que a episiotomia de rotina e sem nenhum respaldo não é benéfica e não deve ser realizada, estudos relatam várias complicações ocasionadas pelo seu uso rotineiro, principalmente, em adolescentes em sua primeira gestação. As complicações decorrentes da episiotomia apontadas pelo estudo, geralmente, estão relacionadas com o aumento de hemorragia pós-parto, infecção, disfunção sexual, edema, lesão de tecido, hematomas e consequências mais tardias dos efeitos físicos e psicológicos (COSTA; CESAR; SILVA, 2016).

2.1.2.2 Impacto da episiotomia na funcionalidade do assoalho pélvico

Durante a gestação, há alterações físicas e fisiológicas no corpo da gestante, entre tais alterações, temos o peso do bebê sobre o MAP e ainda a compressão exercida pelo feto e as pressões direcionadas para baixo oriundas dos esforços expulsivos que a parturiente realiza durante o parto, podem estes desencadear efeitos negativos significativos sobre o MAP. Essas forças exercidas durante o período de expulsão acabam provocando distensão do AP, ocasionando, dessa forma, alterações anatômicas e funcionais nos músculos, nervos e tecidos conectivos (MELO *et al.*, 2014; AMORIM *et al.*, 2017).

No entanto, o parto, por si só, já provoca danos miogênicos diretos, como denervação e defeitos da fáscia endopélvica, de modo que este, quando associado à episiotomia e ao parto instrumental, se enquadra entre os principais fatores de risco para o surgimento de disfunções pélvicas (PEREIRA, 2015; AMORIM *et al.*, 2017). Diante do exposto, nota-se que o procedimento de episiotomia desencadeia diversas alterações na musculatura do assoalho pélvico e, decorrente disto, acarreta de forma significativa na saúde e funcionalidade desta região.

O termo função muscular é bastante utilizado para definir especificamente as funções fisiológicas que são exercidas pelos músculos, neste caso, músculos do assoalho pélvico. No entanto, essas funções musculares, de uma forma geral, são consideradas um ativo essencial para o movimento humano (UNGER *et al.*, 2014).

Porém, com relação às funções musculares do assoalho pélvico, a funcionalidade destes são fundamentais para o bom mecanismo de continência urinária e fecal, assim como estabilidade e sustentação das vísceras abdominopélvicas, além da função sexual (HANDA *et al.*, 2019).

Consoante Vieira (2018), dentre os componentes identificados como importantes para a manutenção da funcionalidade muscular desta região, estão a força, a resistência, o tônus, o controle de contração e relaxamento da musculatura do assoalho pélvico.

Entretanto, o procedimento de episiotomia, quando realizado, ocasiona a descontinuidade das fibras musculares do assoalho pélvico, por se tratar de um corte cirúrgico, havendo a necessidade de sutura, o que prejudica a regeneração do tecido muscular lesionado e levando à formação de cicatrizes. Na cicatrização, o processo se dá pela substituição do tecido injuriado por tecido conjuntivo fibroso, o que gera a diminuição da elasticidade e, possivelmente, a formação de aderências nessa região (CORRÊA JÚNIOR; PASSINI JÚNIOR, 2016; BUENO, 2018). Dessa forma, na episiotomia, as fâscias e os músculos envolvidos podem ter a contratilidade de suas fibras prejudicadas, devido à substituição das mesmas, no local da lesão, por fibras de tecido conjuntivo fibroso (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2013).

Diante disto, acarreta em alterações na força, na resistência, no tônus e no controle desses músculos, devido, principalmente, à prática da episiotomia. Podendo, desta forma, prejudicar drasticamente as funções fisiológicas e sexuais após o parto e se perpetuar por vários anos (HANDA *et al.*, 2019). Além disso, a realização da episiotomia pode estar associada à lesão do músculo levantador do ânus, e conseqüentemente, redução da capacidade contrátil de tal músculo (HANDA *et al.*, 2019). A alteração nas fibras musculares deste músculo está diretamente associada ao prolapso dos compartimentos anterior e central e, quanto maior o defeito, em largura e profundidade, maior é a probabilidade de sintomas de prolapso (ATAN *et al.*, 2018; DIETZ *et al.*, 2019).

Consoante Handa *et al.*, (2019), a separação da fâscia endopélvica da sua fixação lateral na parede da pelve caracteriza os defeitos paravaginais, influencia negativamente a funcionalidade do assoalho pélvico e está associada à hipermobilidade da uretra e IU de esforço. Neste sentido, após o parto, há um aumento na síntese de colágeno e elastina, levando a uma remodelação substancial do assoalho pélvico e tecido conjuntivo vaginal. Acredita-se que o tecido conjuntivo

resultante não seja tão forte quanto o original, influenciando, negativamente, a capacidade de suporte dos órgãos pélvicos e manutenção da continência urinária, devido à redução da força, resistência, tônus e controle dos MAP, dessa forma, aumenta, significativamente, a probabilidade de a mulher apresentar sintomas de disfunções do assoalho pélvico, como IU e prolapso de órgãos pélvicos (POP).

Vale ressaltar, ainda, a influência da episiotomia na função dos MAP, em especial, do músculo levantador do ânus, bulbocavernoso e isquiocavernoso, que tem como função a capacidade de resposta e função sexual feminina. Esses músculos, quando contraídos, voluntariamente, contribuem e intensificam a excitação sexual e o orgasmo. Em decorrência do parto associado à episiotomia, estes músculos podem se encontrar hipotônicos, favorecendo a instalação de hipoestesia vaginal, anorgasmia, dispareunia e IU durante a relação sexual (FERREIRA; SOUZA, AMORIM, 2007; MENDONÇA *et al.*, 2012).

Segundo a Sociedade Internacional de Continência (ICS), a incontinência urinária é caracterizada como qualquer perda involuntária de urina suficiente para causar constrangimento social e higiênico. Essa patologia afeta diretamente a vida social dessas mulheres por elas passarem a depender da disponibilidade de banheiros, relatarem preocupação com o odor de urina, além de alteração do sono e dificuldade durante a relação sexual por medo de perder urina ou precisar interromper a relação para urinar (ALMEIDA; MACHADO, 2012).

Já entre as disfunções sexuais decorrentes da episiotomia, está a dispareunia, que é caracterizada pela dor durante a penetração, mas pode ainda ocorrer durante a estimulação sexual. Em estágio crônico, pode levar ao vaginismo, como mecanismo de defesa do próprio corpo. Esta pode ser classificada em superficial, quando a dor se resume ao canal vaginal; profunda, quando a dor ocorre com penetração profunda; e intermediária, a qual se caracteriza pela dor no conduto médio da vagina (LIMA *et al.*, 2013).

O vaginismo, por sua vez, é uma síndrome psicossomática bem caracterizada em que ocorre um espasmo dos músculos perineais, que impede, total ou parcialmente, a penetração na vagina, impossibilitando o coito. Pode ser classificado em primário e secundário, o primário é definido quando a mulher não consegue ter relações sexuais por conta das contrações involuntárias da parede da vagina, ou seja, nunca teve relações sexuais devido a isso; enquanto que o secundário ocorre quando a mulher eventualmente teve relações sexuais, entretanto, não é mais hábil a mantê-

las, o qual, em geral, deve-se ao surgimento de dispareunia. É geralmente nesses casos que o vaginismo vem seguido de dispareunia (LIMA *et al.*, 2013).

Outra complicação decorrente da episiotomia é a anorgasmia, que é caracterizada pela ausência do orgasmo, sendo considerada uma disfunção sexual ocasionada pela disfunção muscular dos músculos do pavimento pélvico. Dito isto, os músculos levantadores do ânus, bulbocavernoso e isquiocavernoso, têm influência na atividade sexual, pois há contração reflexa à distensão da vagina, a qual ocorre durante a penetração peniana. Sendo assim, a hipotonia do levantador do ânus poderá levar à anorgasmia, e essa hipotonia pode estar relacionada com sequelas decorrentes de procedimentos cirúrgicos (episiotomias) (NAJAFABADY; SALMANI; PARVIN, 2011).

2.1.3 Avaliação fisioterapêutica nas disfunções dos músculos do assoalho pélvico

Na avaliação fisioterapêutica, inicialmente, deve-se coletar os dados pessoais, tais como, nome, idade cronológica no momento que realizou o parto, data de nascimento da mãe, estado civil, escolaridade, ocupação, endereço, telefone, e localidade em que reside. É importante se informar sobre os hábitos de vida da paciente acerca da realização de atividades físicas, se tem o hábito de fumar cigarros, se sim, qual a quantidade de cigarros e tempo de uso. Quanto à história ginecológica e obstétrica, deve-se obter os dados sobre a realização ou não do pré-natal, número de consultas, idade ginecológica no momento do parto, idade gestacional ao nascer, posição do parto e peso do recém-nascido e qual o tipo de episiotomia. E, por fim, obter as informações acerca da história clínica da paciente, se há presença de diabetes mellitus, Incontinência Urinária (IU), qual tipo de IU, Incontinência Anal (IA), sintomas urinários, estratégias utilizadas para o manejo da IU, IA, tipo de IA, constipação intestinal, estratégias utilizadas para o manejo da IA, tipo de POP, e sobre a presença ou ausência de atividade sexual.

Através da ficha de avaliação fisioterapêutica do assoalho pélvico, podem-se alcançar dados de medição da abertura vulvovaginal, avaliar a presença de contração voluntária dos MAP e se há contração dos músculos acessórios, realizar a palpação

perineal e observar o tônus do corpo perineal, tônus do esfíncter anal externo e avaliação da função muscular perineal. Com o intuito de avaliar a gravidade da IU, utiliza-se o questionário ISI (PEREIRA *et al.*, 2011). Tal questionário é composto por duas questões referentes à frequência e quantidade de perda urinária, em que, para obter o escore final, é necessário que se multipliquem os escores de frequência de perda urinária e quantidade de perda urinária, de forma que a IU é classificada em leve, quando se atinge de 1 a 2 pontos, moderada de 3 a 6 pontos, grave de 8 a 9 pontos ou muito grave com pontuação 12 (PEREIRA *et al.*, 2011; NEVES, 2019).

É importante avaliar o grau de força dos MAP, a resistência, o tônus e a capacidade de controle em realizar a contração e o relaxamento do MAP corretamente, sem uso de musculaturas adjacentes. A força muscular, por sua vez, é a capacidade de força máxima que um músculo ou grupo de músculos podem gerar diante de uma específica velocidade de contração (SALTIEL, 2018).

No que se refere à resistência muscular, relata-se que é a capacidade de sustentar uma contração ou realizar um número de contrações até que ocorra a fadiga muscular ou a degradação do movimento realizado (LUGINBUEHL *et al.*, 2015). Para Latash; Zatsiorsky (2016), o tônus muscular se refere à tensão presente na musculatura do assoalho pélvico, quando estes são palpados no estado máximo de relaxamento que o indivíduo consegue atingir. Já o controle é a capacidade de realizar a contração e o relaxamento dos MAP sob comando verbal.

Tendo como objetivo avaliar a Função dos Músculos do Assoalho Pélvico (FMAP), o esquema Perfect é recorrentemente utilizado na prática clínica. Tal esquema inclui a quantificação da força muscular, na qual essa força é determinada pela intensidade da contração voluntária do assoalho pélvico, de acordo com a Escala de Oxford Modificada. No que se refere à resistência, que é caracterizada como o tempo em que a contração muscular é mantida e sustentada pelo indivíduo, esta é avaliada pelo número de contrações sustentadas, o número de contrações mantidas por, pelo menos, 5 segundos, e número de contrações rápidas de 1 segundo (FUSCO, 2017).

Outras variáveis associadas à funcionalidade do assoalho pélvico que devem ser avaliadas e quantificadas são: abertura vulvovaginal, tônus do corpo perineal e do esfíncter anal externo, sendo estas, condutas imprescindíveis (FUSCO, 2017). A classificação da contração poderá ter como base a escala apresentada por Ortiz em 1996, demonstrada na tabela que segue (Tabela 1).

GRAU 0	Sem função perineal objetiva, nem mesmo à palpação.
GRAU 1	Função perineal objetiva ausente, contração reconhecível somente à palpação.
GRAU 2	Função perineal objetiva débil, contração reconhecível à palpação.
GRAU 3	Função perineal objetiva presente e resistência opositora não mantida mais do que cinco segundos à palpação.
GRAU 4	Função perineal objetiva presente e resistência opositora mantida mais do que cinco segundos à palpação

Tabela 1: Escala do grau funcional do assoalho pélvico.

Fonte: Fusco (2017).

Dessa forma, através da palpação, é possível avaliar a presença de contração voluntária, com introdução dos dedos médio e indicador no canal vaginal e solicitar que a paciente realize a contração da vagina ao redor dos dedos do fisioterapeuta e, posteriormente, realize o relaxamento muscular dessa região. A abertura vulvovaginal é determinada por meio da medida entre os grandes lábios, a qual deve ser inferior a 0,5 cm, circunferências acima podem estar associadas à fraqueza muscular, principalmente, do músculo bulbocavernoso. E para avaliar o tônus do corpo perineal e do esfíncter anal externo, realiza-se pressão digital contra as estruturas, verificando-se a resistência oferecida à pressão exercida, mesmo com a paciente em relaxamento (BEUTTENMÜLLER *et al.*, 2011).

A avaliação da FMAP pode ser efetuada pelo exame ginecológico, empregando-se os métodos de palpação digital vaginal, perineometria, ultrassonografia, eletromiografia, manometria, ressonância magnética, tomografia computadorizada, ecografia endoanal, eletromiografia de superfície e cones vaginais, sendo mais utilizadas a perineometria e a palpação vaginal digital (Figuras 11 e 12). A avaliação correta da FMAP pode ajudar no diagnóstico e tratamento das DAP, uma vez que essas morbidades, geralmente, são causadas pela diminuição da FMAP.

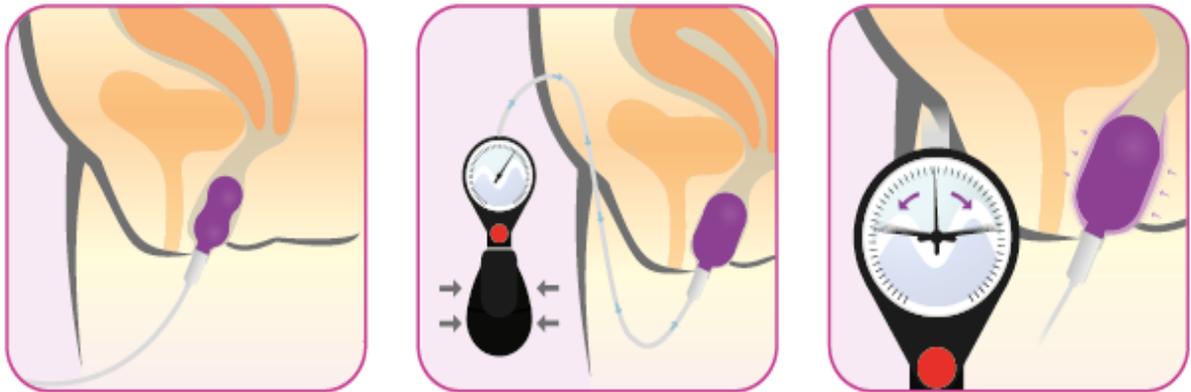


Figura 11: Avaliação funcional do assoalho pélvico através da perineometria.

Fonte: <https://blog.miotec.com.br/perineometro/>.

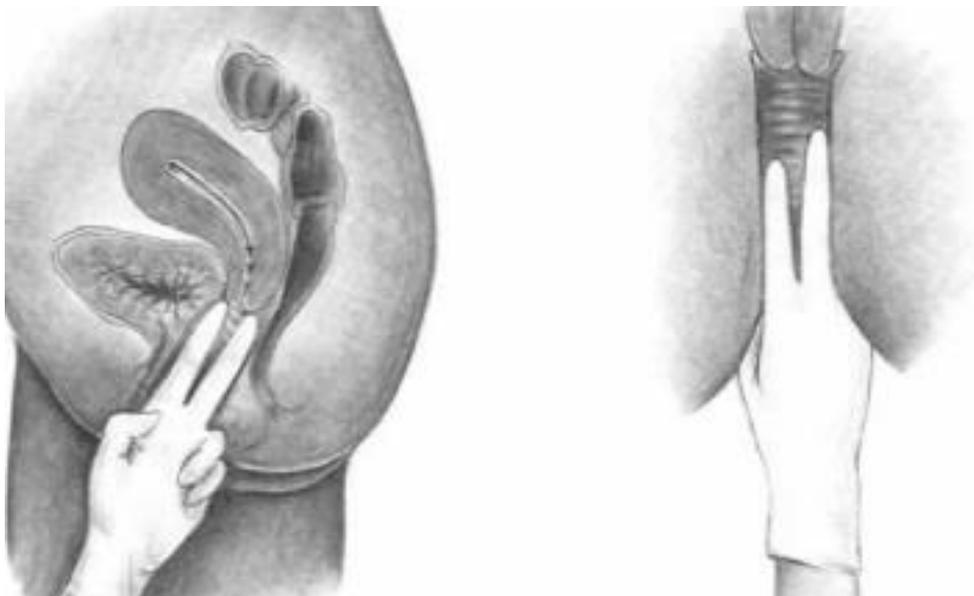


Figura 12: Avaliação funcional do assoalho pélvico através da palpação vaginal digital.

Fonte: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/hfm9kxswzjmvvwmM4DkFZHF/?format=pdf&lang=pt>.

Para avaliar a Qualidade de Vida (QV) relacionada à IU pode ser utilizado o ICIQ-UI-SF, que é composto por quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU na vida da paciente. O escore pode variar de 0 a 21, sendo incontinentes aquelas mulheres que apresentam perda de xixi de forma involuntária, pelo menos, uma vez na última semana em relação ao dia da avaliação (SILVA; D'ELBOUX, 2012; PADILHA *et al.*, 2018).

Quanto à avaliação das dimensões da função sexual da adolescente submetida à episiotomia, a fim de constatar a presença ou não de disfunções sexuais, pode ser utilizado o questionário FSFI, que é breve e multidimensional. O questionário é composto por 19 questões e se refere à atividade sexual nas últimas quatro semanas em relação ao dia de avaliação. Tal questionário pontua áreas relacionadas ao desejo

e estímulo subjetivo; excitação; lubrificação; orgasmo; satisfação e dor ou desconforto durante a relação (FREITAS *et al.*, 2017).

Pontuações individuais são obtidas pela soma dos itens que compreendem cada domínio (escore simples) que são multiplicadas pelo fator desse domínio e fornecem o escore ponderado. A pontuação final é obtida pela soma dos escores ponderados de cada domínio, que podem variar de 2 a 36, e o ponto de corte para caracterizar disfunção sexual é 26,5 pontos (FREITAS *et al.*, 2017). Portanto, torna-se imprescindível a avaliação funcional de forma minuciosa e bem detalhada referente às musculaturas do AP, sendo importante verificar seu nível de desempenho, seu tônus muscular e sua resistência de contração voluntária do AP, e, com isso, planejar um protocolo de tratamento individualizado de acordo com as alterações musculares apresentadas nessa região.

2.1.3.1 Fisioterapia nas disfunções dos músculos do assoalho pélvico

A fisioterapia, no contexto do pós-parto, é de suma importância para uma melhor recuperação das puérperas, seu papel consiste na recuperação, prevenção e tratamento de alterações em todos os sistemas além das orientações gerais. Dentre os objetivos, está reeducar a função respiratória, estimular o sistema circulatório, reeducar a musculatura abdominal, oferecer orientações sobre posturas corretas ao amamentar e nos cuidados com o bebê, além de promover analgesia da região perineal, prevenir e tratar disfunções pélvicas (SANTANA *et al.*, 2011).

Essas disfunções podem ser prevenidas, diminuídas e/ou tratadas com a utilização de recursos fisioterapêuticos, usando atividades leves, conservadoras e não invasivas nesse público, a fim de proporcionar uma gestação ou um puerpério mais seguro e confortável, e, assim, minimizar as disfunções ocasionadas pela episiotomia e, conseqüentemente, diminuir as chances de desenvolver alterações nas funções das musculaturas do assoalho pélvico, bem como trabalhar na prevenção de possíveis traumas perineais. Nesse contexto, a fisioterapia, que se encontra inserida na equipe multidisciplinar, tem como principal objetivo minimizar as disfunções pélvicas, preservar a qualidade de vida dessas pacientes, devolver a funcionalidade pélvica, assim como promover saúde (SALTIEL, 2018).

Dentre os principais recursos fisioterapêuticos disponíveis para utilização no puerpério, estão a crioterapia, eletroterapia, especialmente, com o uso de eletroestimulação nervosa transcutânea (ENT), e a cinesioterapia, a qual inclui a movimentação precoce, o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), dos músculos abdominais associados aos exercícios respiratórios (SANTANA *et al.*, 2011).

A fisioterapia no tratamento da IUE objetiva a melhora da MAP enfraquecida, que é o que resulta em perda de urina. Então, como uma das alternativas, há a Ginástica Abdominal Hipopressiva (GAH), que visa melhorar a propriocepção perineal e o fortalecimento da MAP. A GAH ativa a MAP e do músculo transverso do abdômen, desta forma, a GAH pode colaborar no aumento do tônus em repouso das fibras MAP, mantendo a função de suporte em repouso e em situações de aumentos de pressão intra-abdominal, evitando as perdas de urina nas diferentes atividades da vida diária. Portanto, pode ser utilizada na prática clínica, não só no tratamento conservador de IUE, mas em prolapso genitais, através do fortalecimento da MAP (GONÇALVES, 2016).

O diferencial dessa ginástica é provocar uma pressão negativa na cavidade abdominal por meio de uma elevação (aspiração) diafragmática e abertura das costelas inferiores. Promovendo uma ativação reflexa e tônica dos músculos abdominais e do assoalho pélvico e fortalecimento dessas estruturas, sem causar sobrecarga na MAP. A ginástica inicia-se com uma inspiração costal, com elevação do gradil costal, seguida de uma expiração total, nesse tempo, inicia-se uma apneia e com a glote fechada, realiza-se através da contração da musculatura acessória inspiratória (serrátil anterior, intercostais, escaleno e esternocleidomastoideo), a abertura das costelas inferiores e elevação da caixa torácica (Figura 13). Na sustentação da apneia permanece a contração dos músculos acessórios da inspiração. Deste modo, todo o trabalho de conjunto de toda essa musculatura leva a elevação (aspiração) da cúpula diafragmática com lógica à diminuição da pressão abdominal, podendo associar a posturas básicas (Figura 14) (GONÇALVES, 2016).

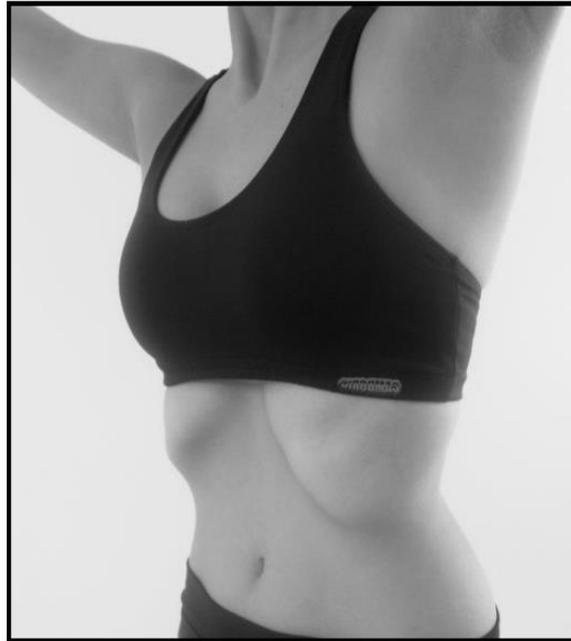


Figura 13: Contração dos músculos acessórios da inspiração e a expansão da caixa torácica durante a realização da GAH.
Fonte: Santos (2013).

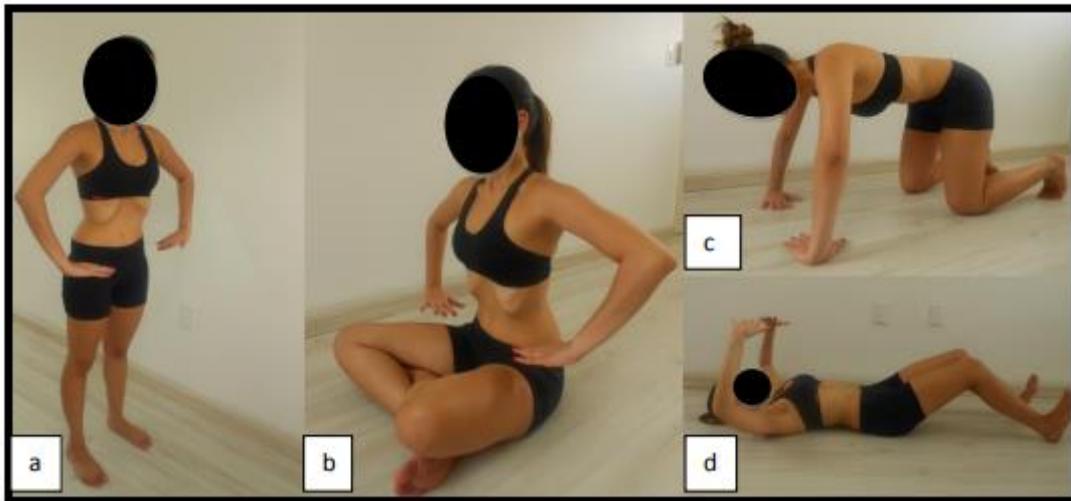


Figura 14: GAH nas posturas básicas: ortostática (a), sentada (b), quadrupede (c) e supina (d).
Fonte: Santos (2013).

Além disso, se associa a técnicas comportamentais, com destaque para os exercícios perineais, a eletroestimulação do assoalho pélvico (Figura 15), a terapia com cones (Figura 16) e o biofeedback. Os autores abordam que o estímulo elétrico é capaz de aumentar a pressão intrauretral por meio da estimulação direta dos nervos eferentes para a musculatura periuretral, mas, também, aumenta o fluxo sanguíneo para os músculos da uretra e do assoalho pélvico, restabelecendo, assim, as conexões neuromusculares e melhorando a função da fibra muscular, hipertrofiando-a e modificando o seu padrão de ação com o acréscimo do número de fibras

musculares rápidas (STEIN *et al.*, 2018). Dessa forma, a eletroestimulação consiste na colocação intravaginal de um dispositivo de aproximadamente 7 cm de comprimento e 2,5 cm de diâmetro com frequência de 10 e 50hz, o qual promove potentes estímulos elétricos na região pudenda. Esta técnica é muito eficaz para a conscientização do assoalho pélvico (DE SOUZA, SIMÕES, 2011).

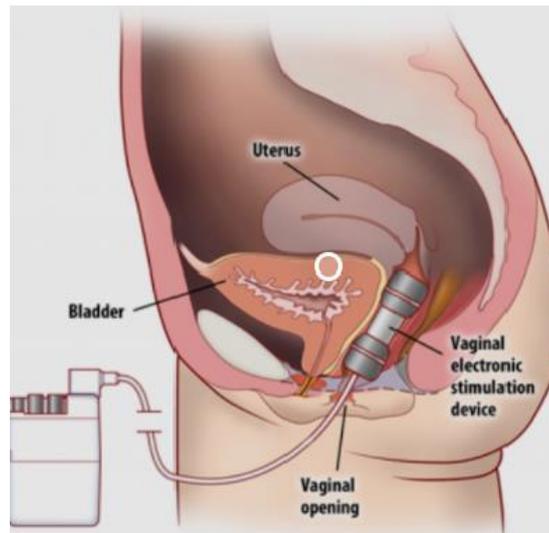


Figura 15: Estimulação nervosa e contrações musculares através do uso de eletrodos vaginal.
Fonte: <http://fisioonco.com.br/tratamento/eletroestimulacao-uroginecologica>

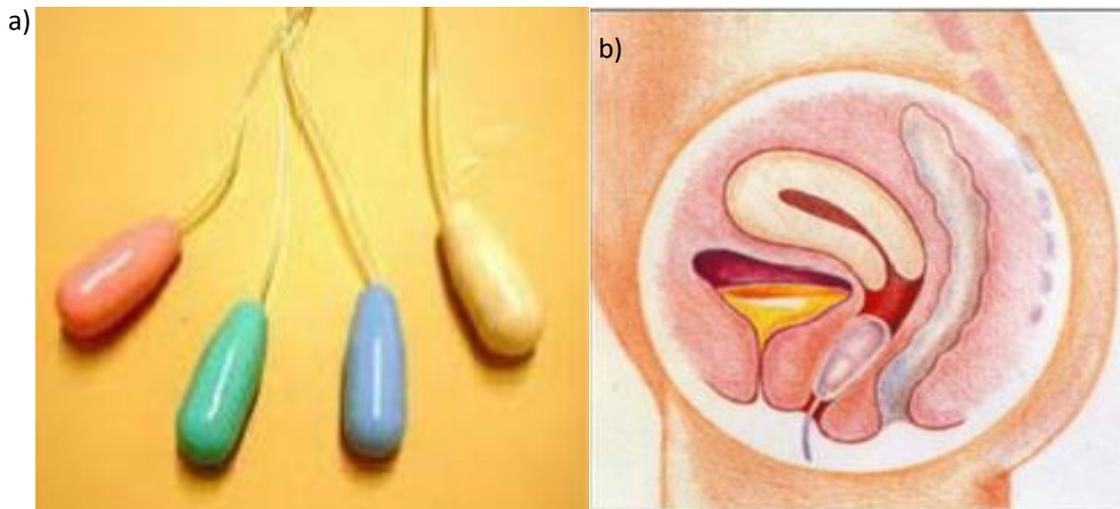


Figura 16: a) cones vaginais, b) utilização de cones vaginais.
Fonte: <https://www.novafisio.com.br/aplicacao-de-recursos-fisioterapeuticos-no-tratamento-da-incontinencia-urinaria-decorrente-do-puerperio/>.

Em contrapartida, o tratamento com o auxílio dos cones vaginais representa uma forma mais simples, prática e eficaz de identificar e fortalecer a MAP, usando os princípios do biofeedback, os quais possibilitam às mulheres a aprenderem a contrair a musculatura do assoalho pélvico por meio da retenção de cones vaginais com pesos

crescentes. Tais cones são dispositivos de mesma forma e volume, com peso variando de 20 a 100 g (STEIN *et al.*, 2018). Diante disto, estudos relatam que os cones vaginais buscam efetividade por propiciar um ganho de força e resistência muscular por meio do estímulo para recrutamento das musculaturas pubiococcígea e auxiliar periférica, que devem reter os cones cada vez mais pesados além de proporcionar à mulher uma conscientização da contração do assoalho pélvico, que segundo alguns autores, é melhor quando utilizada técnica de contato intracavitário, oferecendo mais resultados que a orientação verbal (SOUZA; SIMÕES, 2011).

A fisioterapia pélvica proporciona às mulheres que sofrem com alguma disfunção sexual decorrente de algum trauma perineal melhor qualidade de vida, trazendo um efeito relevante sobre a satisfação sexual. Através de recursos e técnicas como cinesioterapia (exercícios de Kegel e TMAP), eletroestimulação, biofeedback, treinamento da musculatura do assoalho pélvico, terapia manual, dilatadores vaginais e dessensibilização gradual. No entanto, a fisioterapia pélvica nas disfunções do assoalho pélvico, tem como objetivo principal normalizar o tônus muscular do assoalho pélvico e alívio de dor, para obtenção da penetração vaginal e satisfação sexual (BATISTA; MIRCA 2017).

Os exercícios de Kegel são utilizados para ganhar controle sobre os músculos que circundam o introito, pois consistem em exercícios voluntários de contração e relaxamento desse aparato anatômico. Esses exercícios perineais podem ser feitos em associação à respiração abdominal-diafragmática seguidos de instruções verbais do fisioterapeuta. Cada contração pode ser sustentada por 5 segundos, em séries de 8 repetições com a paciente em diferentes posições para a realização dos exercícios como por exemplo em cúbito dorsal com joelhos flexionados e pés apoiados. Podem ser feitas, também, contrações perineais breves por 1 a 2 segundos. Esta técnica auxilia tanto no fortalecimento quanto na conscientização perineal (SOUZA; SIMÕES, 2011).

De acordo com a literatura, o biofeedback consiste na aplicação de eletrodos acoplados na musculatura do assoalho pélvico e musculatura sinergista (glúteo máximo, adutores e abdominais), que através de comandos verbais dados pelo fisioterapeuta, orientará os músculos do assoalho pélvico excluindo a musculatura sinergista. Tendo como objetivo principal, ajudar as pacientes a desenvolver maior percepção e controle voluntário dos músculos do assoalho pélvico (SOUZA; SIMÕES, 2011).

O fisioterapeuta pode ainda utilizar do recurso de trabalho manual (toque bidigital), onde é possível introduz dois dedos (o médio e o indicador) na vagina da paciente, até o local onde deve contrair. Ao localizar a musculatura que será recrutada, afasta-se os dedos para assim poder graduar a força de contração da paciente. Este pode ser graduado de 0 a 3 (0 – sem contração, 1 - pouca contração, 2 – tem contração mas não vence a resistência feita pela mão, 3- contração que vence a resistência da mão). Tendo como principal objetivo, promover a conscientização da musculatura perineal através da contração e do relaxamento mediante o comando verbal. Dessa forma, é possível proporcionar um conhecimento corporal mais aprimorado a paciente, possibilitando a mesma a aprender a relaxar a musculatura durante a relação sexual (SOUZA; SIMÕES, 2011).

O Fortalecimento dos Músculos do Assolho Pélvico (FMAP) a nível de prevenção e tratamento do trato geniturinário e anal, que podem surgir no parto e continuar no período pós-parto. Nesse sentido, conhecer as DAP após o parto e traçar um perfil da FMAP é importante para aprimorar esses programas de treinamento durante a gestação e após o parto, além de implementar cuidados com base em evidências científicas e promover a saúde da mulher (ZIZZI *et al.*, 2017).

Todos esses benefícios são extremamente importantes para garantir conforto e melhora da condição física da puérpera, assim como, auxiliar na recuperação do períneo, na reeducação do assoalho pélvico, ajudar na conscientização do assoalho pélvico, aumentar a percepção e controle voluntário do MAP, bem como, ajudar a propriocepção e conscientização da contração involuntária, estimulando o fortalecimento e relaxamento para uma intervenção fisioterapêutica efetiva. Desta forma, cabe ao fisioterapeuta traçar a conduta e tipo de recurso a ser utilizado a cada paciente e suas particularidades, podendo assim, realizar o seu papel enquanto fisioterapeuta, sendo este profissional, um dos componentes da equipe de saúde de extrema importância para promover melhora da qualidade de vida da mulher no puerpério e tornar a mesma capaz de enfrentar as demandas da maternidade (ALCÂNTARA; BASTOS, 2020; SANTANA *et al.*, 2011).

3 METODOLOGIA

O presente trabalho trata de uma revisão integrativa da literatura e de natureza qualitativa, realizada no Centro Universitário AGES, em Paripiranga-Bahia, emergindo como uma metodologia capaz de proporcionar a síntese do conhecimento junto da incorporação da aplicabilidade de resultados dos estudos discutidos. A revisão integrativa é um método que associa as evidências de estudos, com o objetivo de aumentar a objetividade e a validade dos achados.

É uma revisão considerada como uma síntese realizada a partir de todas as pesquisas relacionadas ao tema proposto, determinando o conhecimento atual sobre a temática específica, já que é conduzida de modo que identifica, analisa e sintetiza resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, com elaboração de pensamento crítico (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para a realização deste estudo, foram utilizados os seguintes descritores: “primíparas”, “adolescentes”, “episiotomia”, “disfunções do assoalho pélvico” e “atuação fisioterapêutica”, em idiomas como português e inglês, a partir de textos na íntegra e temas compatíveis ao pesquisado neste trabalho. A monografia foi realizada entre os meses de agosto e novembro de 2021, visto que, nesse período, foi realizada uma pesquisa sistemática diante do tema do trabalho.

Os limitadores temporais, no que diz respeito ao período de publicação, foram de estudos publicados entre os anos de 2011 a 2021, mas com predominância de utilização de estudos do ano de 2017 a 2021, sendo consultados em bases de dados como: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PubMed) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Ao todo, foram encontrados 142 estudos quando uma primeira seleção foi realizada, e, mediante a exclusão de duplicidades nas bases de dados, restaram 74 documentos. Em seguida, ocorreu a apreciação dos títulos, o que resultou na seleção de 37 publicações, essas que, logo após passarem por uma triagem de leituras dos seus resumos, acarretaram a exclusão de 8 publicações que não versavam sobre o tema compatível ao pesquisado. Restaram, então, 29 estudos que foram analisados com a leitura na íntegra e, posteriormente, houve a eliminação daqueles que não

atendiam aos objetivos propostos nesta monografia. O trabalho finalizou com a inclusão de 16 estudos que foram destinados, exclusivamente, para os resultados e as discussões (Quadro 1).

Esquematização do processo de aquisição do corpus	
Identificação	142 estudos – Base de dados: LILACS, MEDLINE/PubMed e SciELO.
Triagem	74 publicações após eliminação de duplicidade. 37 publicações identificadas pelos títulos.
Elegibilidade	8 publicações não versavam sobre o tema compatível ao pesquisado após leituras dos resumos.
Inclusão	29 estudos analisados com a leitura na íntegra e exclusão daqueles que não atendiam aos objetivos. 16 estudos que foram destinados, exclusivamente, para os resultados e as discussões.

Quadro 1: Esquematização do processo de aquisição do corpus.

Fonte: Dados da pesquisadora (elaborado em 2021).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O presente tópico inicia-se a partir da demonstração de dados analíticos com títulos, autores/anos, métodos e conclusões dos estudos (Quadro 2) que foram selecionados somente para esta etapa, sendo possível verificar que a apresentação destas informações tem por finalidade sintetizar as principais propriedades metodológicas e conclusivas destes estudos elegíveis.

Títulos dos estudos	Autores/ Anos	Métodos	Conclusões
Disfunções do assoalho pélvico em primíparas após o parto.	Oliveira <i>et al.</i> (2018)	Estudo observacional prospectivo realizado com 96 puérperas (72 de partos normais e 24 cesarianas) com dois e seis meses após o parto. Os dados foram coletados por meio de cartões de pré-natal, prontuários e entrevistas.	Observou-se, neste estudo, elevada taxa de puérperas adolescentes (36,5%), com variação entre 13 e 24 anos, valor este que supera o índice brasileiro de gestação nessa faixa etária.
A episiotomia sob a perspectiva da medicina baseada em evidências	Bueno (2018)	Artigo de revisão de literatura.	Conclui-se, neste estudo, que a episiotomia ainda é o procedimento cirúrgico mais utilizado em obstetrícia. Seu uso rotineiro pode levar a uma série de complicações, dentre as quais, destacam-se: infecção, hematoma, rotura de períneo de

			terceiro e quarto grau, dispareunia e lesão do nervo pudendo.
Episiotomia: uma revisão de literatura.	Pereira; Pinto (2011)	-	É importante e necessário que o profissional reavalie as práticas de atendimento à parturiente, considerando as atualizações científicas e adotando uma postura de realizar condutas individualizadas, respeitando a singularidade de cada mulher. Dessa forma, será estimulada a promoção de uma assistência humanizada e com qualidade.
Associação da episiotomia e laceração perineal grave com disfunção do assoalho pélvico no pós-parto remoto	Lima (2018)	Estudo observacional de corte transversal, realizado na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) no período de fevereiro de 2017 a janeiro de 2018. Os critérios de inclusão foram mulheres primíparas no pós-parto remoto.	O estudo evidencia que mulheres submetidas à episiotomia apresentaram maior incidência de dispareunia e pior desempenho nos testes de manometria anal e perineometria, mas não foi observado diferença entre os grupos na incidência de prolapso de órgãos pélvicos (POP). Concluiu-se, ainda, que a episiotomia não protege contra a IU, incontinência fecal e POP.

<p>Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial.</p>	<p>Amorim <i>et al.</i> (2017)</p>	<p>Ensaio clínico aberto, randomizado, realizado em um hospital universitário terciário, com 241 mulheres, em Recife, Nordeste. Brasil.</p>	<p>Uma taxa geral de episiotomia de menos de 2% foi encontrada entre os dois grupos avaliados no presente estudo, evidenciando que é possível implementar um protocolo de não episiotomia para um grupo de mulheres com gravidez a termo e fetos em posição cefálica sem diferenças estatisticamente significativas em relação à prática do procedimento. Este é o primeiro ensaio clínico randomizado comparando a intenção de nunca realizar episiotomia para a prática recomendada atual de episiotomia seletiva. Novos estudos devem ser conduzidos, particularmente em instituições e regiões cujas taxas de episiotomia permanecem altas.</p>
<p>Funcionalidade e disfunções do assoalho pélvico em adolescentes primíparas após o parto vaginal.</p>	<p>Cavalcanti (2020)</p>	<p>-</p>	<p>Verificamos aumento da chance de IU, frequência urinária, urgência urinária e noctúria entre as adolescentes submetidas à episiotomia, com maior frequência de uso de estratégias de manejo da IU e maior impacto</p>

			<p>dessa disfunção na QV das adolescentes em comparação àquelas que não sofreram a incisão. Além de chance aumentada de abertura vulvovaginal acentuada, ausência de contração voluntária dos MAP, hipotonia do corpo perineal e do esfíncter anal externo, e diminuição da força muscular, resistência, número de contrações sustentadas e rápidas no grupo que realizou episiotomia.</p>
<p>O uso da episiotomia e sua associação com as alterações maternas e neonatais.</p>	<p>Lôbo <i>et al.</i> (2010)</p>	<p>Estudo observacional de corte transversal, de forma a alcançar os objetivos propostos.</p>	<p>Os resultados deste estudo ressaltam a importância da implementação de educação continuada junto aos profissionais que atuam no processo de parturição deve ser pensada como forma de conscientização para que os mesmos possam repensar os critérios envolvidos no emprego desta técnica, reformulando antigos conceitos. Estes resultados permitem, ainda, abrir discussões sobre o uso da episiotomia no contexto local, ao qual estamos inseridos. Desta forma, pretende-se reduzir a frequência de episiotomias desnecessárias.</p>

<p>Prática da episiotomia nos dias atuais: revisão da literatura brasileira.</p>	<p>Santos; Souza (2020)</p>	<p>Trata-se de uma revisão descritiva da literatura científica, a partir de consultas em periódicos de língua portuguesa entre os períodos de 2015 a 2020 contemplando as bases da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)</p>	<p>A episiotomia ainda é adotada como um procedimento de rotina, contrariando as evidências científicas que revogam a realização desta técnica sendo praticada de forma imprudente. Este estudo contribuiu para reafirmar a importância da enfermagem obstétrica na condução e na assistência do trabalho de parto e parto, diminuindo a incidência de procedimentos desnecessários, como a episiotomia.</p>
<p>Discutindo a prática da episiotomia no parto: revisão integrativa da literatura.</p>	<p>Silva; Silva; Tomich (2020)</p>	<p>Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, realizado por meio de revisão integrativa. Foi realizada busca entre 2016 e 2019, nas bases de dados BDNF, LILACS e SciELO com os descritores: enfermagem, episiotomia, parto.</p>	<p>A literatura apontou que a prática da episiotomia ainda é bastante realizada nas maternidades, os principais fatores que influenciam a realização do procedimento são risco de laceração, demora no período expulsivo, prematuridade e macrossomia. Todavia, vem se discutindo sua realização de forma que seja feita de modo seletivo e não rotineiro. Os estudos analisados evidenciaram também a percepção da mulher quanto à prática.</p>

<p>Tens de alta frequência e laserterapia de baixa intensidade no alívio da dor pós-episiotomia em puérperas.</p>	<p>Anjos; Silva (2021)</p>	<p>Trata-se de uma revisão de literatura, de método dedutivo, do tipo descritiva e de abordagem qualitativa, com coleta de dados feita através das principais bases de processamento.</p>	<p>A TENS mostrou-se como de maior eficácia para o alívio de dor perineal após uma única aplicação. A laserterapia também foi eficiente na redução do quadro álgico, porém, quando feita a comparação entre os grupos de estudo, o alívio da dor foi insignificante.</p>
<p>Prevalência de episiotomia e complicações perineais quando da sua realização ou não em uma maternidade de baixo risco do complexo HC/UFPR.</p>	<p>Sobieray; Souza (2019)</p>	<p>Estudo retrospectivo, transversal observacional, analítico, descritivo que avaliou 511 puérperas hígdas, de risco habitual da Maternidade Victor Ferreira do Amaral, que tiveram partos transpélvicos de 1º de janeiro a 30 de abril de 2018, referentes à realização ou não de episiotomia, lacerações, idade, paridade, peso do recém-nascido, Apgar de 1º e 5º minutos e posições do parto.</p>	<p>A prevalência da episiotomia foi de 6,26%, considerada satisfatória. O peso fetal relacionou-se diretamente com os índices de lacerações perineais e de realizações de episiotomia. A primiparidade apresentou índices significativamente maiores de episiotomia e de lacerações perineais. As lacerações perineais predominaram significativamente nas posições verticais do parto (cócoras e banco). Enquanto episiotomias predominaram na posição de decúbito dorsal do parto.</p>

<p>Prevalência das disfunções do assoalho pélvico em mulheres com episiotomia.</p>	<p>Pereira (2015)</p>	<p>Foi realizada uma revisão de literatura quantitativa nas bases de dados LILACS e SciELO no período de 2005 a 2015, quando a busca bibliográfica atendeu aos critérios de inclusão pré-estabelecidos: artigos que tivessem relação com o tema proposto, dentro do período de estudo, nas línguas portuguesa e inglesa e disponíveis em sua totalidade e de acesso livre.</p>	<p>Conclui-se, neste estudo, que a prevalência das disfunções do assoalho pélvico é alta em mulheres submetidas à episiotomia. Como visto, a ocorrência de traumas perineais após parto vaginal com a realização de episiotomia podem levar a graves disfunções do assoalho pélvico, sendo unânime a laceração perineal de diferentes graus. Dentre outras disfunções, a dispareunia compreendeu a disfunção do assoalho pélvico mais prevalente neste grupo de mulheres, seguida da incontinência urinária, vaginismo e transtorno orgásmico.</p>
<p>Saberes e Competências em Fisioterapia e Terapia Ocupacional.</p>	<p>Ruh (2019)</p>	<p>O estudo de corte transversal.</p>	<p>Primíparas depois do parto vaginal apresentaram pior função sexual em relação às nuligestas, tendo as primíparas com episiotomia maiores escores em relação à dor sexual, enquanto as primíparas sem episiotomia apresentaram função sexual diminuída no desejo, na excitação,</p>

			no orgasmo e na satisfação.
Disfunção sexual e fatores relacionados no período pós-parto	Holanda; Abuchaimetal (2014)	Estudo transversal.	Dentre as mulheres pesquisadas, verificou-se que 43,5% apresentaram disfunções sexuais após o parto. Os tipos de disfunção identificados com maior frequência foram a dispareunia, seguida do vaginismo e disfunção do desejo.
Repercussões do trauma perineal provocado (episiotomia) na atividade sexual feminina	Carmo (2021)	Pesquisa do tipo descritiva, com abordagem qualitativa. A identificação das participantes ocorreu através da técnica bola de neve. Foram participantes da pesquisa mulheres submetidas à episiotomia que já haviam retornado às atividades sexuais. A coleta de dados foi realizada de forma online, por meio do Google Forms. Após a coleta, as respostas foram avaliadas por meio da técnica de análise de	Constatou-se que a realização da episiotomia promove repercussões negativas na sexualidade feminina, em decorrência ao desconforto e à dispareunia causada pelo procedimento, bem como por favorecer alterações na autoimagem e, conseqüentemente, na autoestima, relacionados à estética da cicatriz. Dessa forma, faz-se necessário um olhar diferenciado dos profissionais, a fim de revisar suas práticas, para, assim, evitar as conseqüências negativas da episiotomia, sejam elas físicas ou psicológicas.

		conteúdo de Minayo.	
Incontinência urinária: o impacto na vida de mulheres acometidas e o significado do tratamento fisioterapêutico	Henkes <i>et al.</i> (2015)	Estudo qualitativo descritivo-exploratório, cuja coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada baseada em perguntas orientadoras, realizada no período de maio a julho de 2013 com mulheres encaminhadas para tratamento fisioterapêutico em uma Clínica-Escola com diagnóstico de Incontinência Urinária.	A Incontinência Urinária (IU) causa impacto negativo na vida das mulheres acometidas modificando seus comportamentos diários, impondo-lhe restrições e comprometendo até mesmo o convívio social; convivem durante muito tempo com o problema por considerarem a Incontinência Urinária um fator associado ao envelhecimento e pelo desconhecimento das possibilidades terapêuticas, como a fisioterapia.

Quadro 2: Analítica para amostragem dos 16 estudos selecionados para os resultados e as discussões.
Fonte: Dados da pesquisadora (elaborado em 2021).

Diante dos estudos, observa-se elevada taxa de puérperas adolescentes (36,5%), com idade média de 21,7 anos, com variação entre 13 e 24 anos, valor este que supera o índice brasileiro de gestação nessa faixa etária, o qual, em 2010, foi de cerca de 20%, segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Esse fato pode ser decorrente do início precoce do relacionamento sexual, o que torna essas adolescentes mais propensas à gravidez (PEREIRA; PINTO, 2011).

O parto, em si, é um evento natural e fisiológico tanto para a mulher quanto para o bebê, e o ideal é que tenha o mínimo de intervenções possível. Apesar disso, existem várias práticas de intervenção que são utilizadas rotineiramente nos hospitais em diversos países, uma dessas práticas é a episiotomia. Inclusive, no Brasil, habitualmente, é utilizada nas primíparas e, em especial, em adolescentes (BUENO, 2018).

A partir da análise dos estudos avaliados, observa-se que, com o passar do tempo, o parto sofreu modificações decorrentes da institucionalização, dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento da medicina. Assim sendo, a assistência à gestante tornou-se um acontecimento impessoal e tecnicista, causando reflexos na atuação de obstetras e espanto pelo alto grau de medicalização e pelo abuso de técnicas invasivas desnecessárias. Entre as técnicas incorporadas à assistência à saúde da mulher durante o parto está a episiotomia (PEREIRA; PINTO, 2011).

O uso da episiotomia de rotina se generalizou no século XX a partir da recomendação de renomados obstetras como Gabbe e DeLee. O paradigma que existia naquela época era que o corpo feminino tinha forma defeituosa e, por isso, era dependente de intervenções médicas para permitir o parto. Essa crença, associada à mudança no local do parto, longe de casa e no ambiente hospitalar, contribuiu para a popularização do procedimento em hospitais (AMORIM *et al.*, 2017).

Ainda no século XX, a técnica de episiotomia foi difundida, se perpetuando até os dias de hoje, de que a episiotomia seria necessária para preservar a integridade do assoalho pélvico, restaurando a anatomia vaginal e a musculatura pélvica à condição pré-parto (BUENO, 2018). No entanto, a utilização da técnica de episiotomia vem sendo executada desde o período em que houve a transição do parto domiciliar, em que as mulheres eram auxiliadas por parteiras, para o parto no ambiente hospitalar, quando o processo de trabalho de parto tornou-se medicalizado e a episiotomia era vista como uma intervenção necessária para melhorar os resultados maternos e neonatais (LÔBO *et al.*, 2010).

Dessa forma, o procedimento de episiotomia ainda vem sendo uma das intervenções mais utilizadas na assistência ao parto de primíparas, sendo superado apenas pelo corte e pinçamento do cordão umbilical. Dito isto, foi verificado em um estudo realizado em uma instituição hospitalar do Rio de Janeiro que a episiotomia está em 75,4% dos partos vaginais realizados. Algum tempo atrás, uma das justificativas para viabilizar que a prática da episiotomia ocorresse na maioria dos partos vaginais era quando o períneo apresentava pouca elasticidade, sendo, portanto, recomendado para as primigestas e, nas múltíparas, quando estas, já realizaram episiotomia em algum parto anterior (PEREIRA; PINTO, 2011).

No entanto, outro fator importante que foi observado é que, para a prática de episiotomia em primíparas, principalmente, adolescentes, está interligada à macrossomia fetal e bradicardia. Ou seja, era considerado que o peso do feto

dificultaria sua passagem pelo canal vaginal e traria altos riscos de provocar lacerações de terceiro grau. Além disso, os batimentos cardíacos diminuídos preocupavam os profissionais e a episiotomia era vista como um modo de acelerar o parto (SILVA; SILVA; TOMICH, 2020).

No entanto, é possível notar que o procedimento de episiotomia é praticado de modo rotineiro, sem considerar evidências científicas que respaldam tal prática, apenas a crença de que sua realização evitará a laceração e auxiliará na expulsão do feto. A primiparidade foi a justificativa mais apontada pelos profissionais para realizar a episiotomia, baseado na crença de que facilita a expulsão do feto, principalmente, em adolescentes e no primeiro parto (SILVA; SILVA; TOMICH, 2020).

Para a episiotomia, assim como todo procedimento cirúrgico, é indispensável que as mulheres sejam informadas sobre os riscos específicos e benefícios associados, para que possam consentir sua realização ou não, porém, na prática, 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 (RUH, 2019).

Entretanto, a episiotomia é considerada um ato de violência obstétrica que é realizado com grande frequência, sendo esta categorizada como uma violência de caráter sexual, a qual expõe a mulher a um procedimento doloroso, desnecessário e sem respaldo científico para a prática de rotina, violando a intimidade e afetando vida sexual e reprodutiva da mulher. Ou seja, é um procedimento invasivo, que vem sendo realizado sem o consentimento devido das mulheres, violando, assim, os seus direitos e anulando o seu protagonismo sobre o próprio corpo (ANJOS; SILVA, 2021).

Fazendo uma análise do grupo de mulheres primíparas e adolescentes, que são as mais prováveis de serem submetidas a uma episiotomia, nota-se que essa prática ainda implica em complicações futuras para esse grupo de mulheres, visto que tal procedimento aumenta o risco de episiotomia e laceração em partos futuros. Dito isto, vê-se a necessidade de tal prática ser baseada em evidências científicas atualizadas, e não baseada apenas em crenças e intuições dos médicos e enfermeiros (SILVA; SILVA; TOMICH, 2020).

Estudos salientam que, devido ao crescimento da pelve acontecer em um ritmo mais devagar do que o crescimento da estatura em si, e por esse crescimento durar até o final da adolescência, a musculatura do assoalho pélvico acaba apresentando maior tensão, tornando o segundo período do trabalho de parto mais prolongado do

que em mulheres adultas, além disso, há as repercussões emocionais de uma gestação na adolescência, que aumentam, significativamente, o risco de realização de episiotomia nessa população (CAVALCANTI, 2020).

Pode-se sugerir que fatores físicos e psicológicos relacionados ao processo de crescimento e desenvolvimento durante o período da adolescência estejam associados ao alto índice de prevalência da prática de episiotomia nesse público. Diante dos resultados obtidos, verificou-se que a frequência de alterações na funcionalidade e a presença de DAP após o parto vaginal foram relativamente maiores em adolescentes submetidas à episiotomia quando comparadas às adolescentes não submetidas ao procedimento. É importante ressaltar que há poucos estudos que abordam a população adolescente no contexto da realização de episiotomia, principalmente, no que se refere às possíveis consequências da sua utilização nas funções do assoalho pélvico (CAVALCANTI, 2020).

Entretanto, apesar das evidências e recomendações de pesquisas recentes, a intervenção obstétrica com uso da episiotomia ainda é realizada de forma rotineira. Para tanto, observa-se que os profissionais de saúde se tornam reféns de conceitos e práticas que não contemplam evidências científicas atuais, insistindo na prática deste procedimento cirúrgico, sem que haja qualquer avaliação prévia do períneo, e sem nenhum consentimento da gestante, violando, assim, os direitos das mulheres (SANTOS; SOUZA, 2020).

Outra argumentação utilizada para realizar o procedimento cirúrgico de episiotomia é a justificativa de redução de lacerações perineais, prevenção de danos no assoalho pélvico e preservação da função sexual, além disso, a redução de incontinência urinária e fecal nas gestantes. Porém, os riscos associados ao uso da episiotomia são extremamente significativos, assim como todo ato cirúrgico, a episiotomia pode levar a algumas complicações associadas, como: infecção, dor, edema, hematomas, deiscência, abscesso, incontinência de gases e de fezes e fístula retovaginal (SANTOS; SOUZA, 2020).

Entretanto, contrariando informações defasadas, estudos atuais demonstram que este procedimento aumenta as chances de hemorragia e infecção pós-parto, laceração anal, principalmente, as lacerações de quarto grau, aumenta a probabilidade de disfunções dos músculos perineais e transtornos crônicos como as incontinências e os prolapso de órgãos pélvicos. É necessário salientar que a maior parte das lacerações profundas de períneo acontece em mulheres que já foram

submetidas à episiotomia anteriormente. No entanto, a melhor seleção para realização da episiotomia poderia minimizar drasticamente o número dessas lacerações que vêm a surgir posteriormente (BUENO, 2018).

Em estudo com 4.764 primíparas, foi evidenciado que a força dos MAP foi, significativamente, maior entre as mulheres que sofreram laceração espontânea quando comparadas às que foram submetidas à episiotomia. No entanto, o parto aumenta o risco de lesão nos músculos, fâscias e nervos do assoalho pélvico, principalmente, quando há realização de episiotomia, sendo esta considerada um dos principais fatores de risco para o surgimento de alterações nas funções e desenvolvimento de disfunções do assoalho pélvico (CAVALCANTI, 2020).

Vale ressaltar que a episiotomia afeta, significativamente, de forma negativa, a integridade das fibras musculares dos músculos do assoalho pélvico, visto que a força de contratilidade destes músculos é necessária para garantir suporte aos órgãos pélvicos e manutenção das continências urinária e fecal, pode-se associar a episiotomia à diminuição de força muscular da região afetada, ocasionando, assim, disfunções pélvicas como, IU, IA e POP (BUENO, 2018).

Contrariando em partes, no estudo anterior foi observado que mulheres submetidas à episiotomia apresentaram maior incidência de dispareunia e pior desempenho nos testes de manometria anal e perineometria, mas não foi observado diferença entre os grupos na incidência de prolapso de órgãos pélvicos (POP). Entretanto, concluiu-se, ainda, que a episiotomia não protege contra a IU, incontinência fecal e POP. A relação entre episiotomia e IU parece ser justificada pela ocorrência de lesão nervosa e mudanças estruturais e fisiológicas no trato urinário inferior (LIMA, 2018).

As vantagens bem documentadas de restringir a prática da episiotomia ao invés do encorajamento do seu uso de rotina incluem menos risco de traumas perineais graves, menos perda de sangue, menos necessidade de suturas, menor frequência de dor perineal pós-parto, menor risco de complicações da sutura perineal, assim como edema, deiscência, infecção e hematoma, menos casos de perda da força muscular perineal pós-parto e menos risco de dispareunia (AMORIM *et al.*, 2017).

Dessa forma, nota-se a importância em descartar o uso da episiotomia de rotina, sendo este procedimento benéfico à saúde pélvica apenas quando utilizado de forma restrita, ou seja, em casos que realmente necessitam que seja utilizado esse tipo de intervenção. No entanto, confirma-se que as mulheres que realizaram

episiotomia apresentaram menor impacto da IU na qualidade de vida no pós-parto, quando comparadas com as que sofreram lacerações perineais graves, avaliadas pelo questionário de qualidade de vida *King's Health Questionnaire* (KHQ). Neste caso, esse autor acredita que a episiotomia pode servir como um fator de proteção para as disfunções dos MAPs (LIMA, 2018).

Em um estudo realizado com intuito de correlacionar a realização ou não de episiotomia com as lacerações graves e, a relação de bem-estar do bebê, foi possível identificar que a incidência de episiotomia em primíparas foi de 9,39%, já em múltíparas, foi um percentual inferior de 1,87%, demonstrando que existe uma associação entre primiparidade e episiotomia. Além disso, nesse estudo, foi observado que a realização da episiotomia não melhorou as taxas de bem-estar ao nascer, pois não houve diferenças significantes no Apgar de 1º e 5º minutos em comparação com as mulheres que não realizaram a episiotomia. Com relação às lacerações perineais, nesse estudo, não houve lacerações em apenas 240 partos, totalizando 46,96% das mulheres que não sofreram laceração espontânea, em contrapartida, ocorreram lacerações de 1º grau em apenas 180 partos, totalizando 35,22% e lacerações de 2º grau em apenas 91 partos, com um total de 17,80%. Ademais, nesse estudo, não foram identificadas lacerações de 3º e 4º graus durante este período estudado (SOBIERAY; SOUZA, 2019).

Para tanto, alguns estudos expõem que lacerações de 1º e 2º graus trazem menos malefícios à função do assoalho pélvico quando comparadas com a episiotomia. A explicação para isso se dá pela fisiologia do reparo tecidual. Ou seja, após uma lesão muscular como a episiotomia, pode ocorrer a regeneração tecidual que nada mais é que a substituição das células lesadas por outras do mesmo tipo ou ainda a fibrose que se caracteriza pela substituição das células musculares por tecido conjuntivo. Em casos em que ocorre a fibrose no processo de reparação após a episiotomia, a função da musculatura do assoalho pélvico pode ficar bastante prejudicada (BUENO, 2018).

Torna-se evidente que é necessário que seja realizada uma boa avaliação antes de decidir realizar a episiotomia desnecessária e de rotina, colocando as vantagens e desvantagens dessa prática, bem como as possíveis complicações decorrentes deste procedimento. Além de tudo, realizar a avaliação perineal individualizada para cada parturiente. Portanto, a prática da episiotomia deve ser

realizada de forma criteriosa e não obrigatória, ou seja, a realização deste procedimento não se aplica a todas as mulheres (SANTOS *et al.*, 2017).

Os estudos mostram que várias são as disfunções do assoalho pélvico (AP) inerentes aos riscos e prejuízos deste procedimento, como a má cicatrização, incontinência urinária e disfunções sexuais, tais como a dispareunia, vaginismo e transtorno orgásmico levando a uma piora da função sexual. No entanto, as mais relatadas na literatura após a realização da episiotomia são referentes a disfunções sexuais (dispareunia – 28,5%, vaginismo – 16% e transtorno orgásmico – 10,5%) e por fim, a incontinência urinária (PEREIRA, 2015).

Um estudo evidencia que as mulheres que tiveram parto vaginal com episiotomia apresentam, no pós-parto, níveis menores de libido, mais dificuldade para atingir o orgasmo, menor satisfação sexual, além de maior grau de dor durante a relação sexual quando comparadas com as mulheres que possuem períneo íntegro ou lacerações espontâneas. Outro fator evidenciado é o fato de que a dor durante a atividade sexual compromete a função sexual da mulher, afetando o relacionamento como um todo, pois o parceiro pode evitar o contato com receio de causar esse desconforto na mulher, podendo diminuir sua iniciativa para a atividade sexual ou, até mesmo, diminuir seu interesse. Apesar disso, o pós-parto é um tanto negligenciado, pois, há uma tendência do cuidado direcionado e centralizado na criança, causando desinteresse na saúde da puérpera e isso se torna ainda maior quando se trata da sexualidade dessa mulher (RUH, 2019).

Em consonância ao estudo mencionado acima, cerca de 43,5% de mulheres apresentaram disfunções sexuais informando que os tipos de disfunção identificados com maior frequência foram dispareunia, seguida do vaginismo, disfunção do desejo e disfunção no orgasmo (HOLAND, 2014). Já a disfunção orgásmica pode estar relacionada à musculatura do assoalho pélvico, que, por conta da intervenção cirúrgica da episiotomia, ela pode estar mais hipoativa ou danificada após partos vaginais traumáticos, bem como, estar entrelaçada a fatores psicológicos e de autoestima, uma vez que, após a cicatrização, a mulher não esteja satisfeita com os resultados, corroborando para alterações de excitação e orgasmo (PEREIRA, 2015).

Afirmando o que foi mencionado acima, um estudo realizado a partir de relatos de mulheres submetidas à episiotomia que já haviam retornado às atividades sexuais confirma que a realização da episiotomia traz consigo a sensação de incapacidade, vergonha, medo e frustração no quesito de sentimentos em relação à sua vida sexual.

Dessa maneira, nota-se que a insatisfação com a estética da cicatriz é um dos principais aspectos referenciados pelas mulheres quanto ao impacto na autoestima, além disso, essa percepção influencia também nas relações íntimas com o parceiro sexual, o que pode gerar transtornos dentro do relacionamento (CARMO, 2021).

Dentre as adolescentes submetidas à episiotomia, 80% apresentaram IU após o parto, contra 21% de IU em adolescentes não submetidas à episiotomia, evidenciando que a episiotomia aumenta as chances de desenvolver DAP. Dessa forma, as DAP são frequentes durante a gestação e após o parto, impactando negativamente na percepção da QV da mulher. E quando ocorre a episiotomia, o risco aumenta por se tratar de um trauma perineal importante, interferindo nas funções de continência, sustentação dos órgãos e das vísceras pélvicas e funções sexuais (CAVALCANTI, 2020).

Observaram-se alterações da funcionalidade e DAP em adolescentes em seu primeiro parto submetidas à prática de episiotomia quando comparadas às não submetidas, mostrando chance aumentada de abertura vulvovaginal acentuada, ausência de contração voluntária dos MAP, hipotonia do corpo perineal e do esfíncter anal externo, além de diminuição da força muscular, resistência, número de contrações sustentadas e rápidas no grupo que realizou episiotomia (CAVALCANTI, 2020).

Deste modo, diante da necessidade das pacientes que apresentam DAPs, levando em consideração, principalmente, as dores decorrentes do processo de episiotomia, a mesma necessitará de intervenção fisioterapêutica, com o profissional de fisioterapia podendo utilizar recursos, métodos e técnicas fisioterapêuticas para um bom tratamento. Estudos comprovam que a laserterapia e a estimulação elétrica transcutânea (TENS), além de outros recursos terapêuticos, como bolsas de gelo, ultrassom, infravermelho, são utilizadas com o objetivo de proporcionar alívio da dor, podendo ser realizada através da laserterapia de baixa intensidade, que aumenta a microcirculação sanguínea, trofismo celular, promove o reparo tecidual e a formação de novos vasos sanguíneos, diminuindo, assim, a inflamação local e causando efeito analgésico (ANJOS; SILVA, 2021).

A fisioterapia no tratamento das disfunções pélvicas proporciona à paciente, através de recursos, o caminho em busca da retomada da percepção e funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico, fazendo com que a mulher adquira novamente a funções pélvicas, como continência urinária, continência anal, assim como o

fortalecimento necessário para que haja o suporte correto e funcional dos órgãos e das vísceras pélvicas, melhorando, significativamente, sua qualidade de vida. A melhora significativa da força muscular foi observada após o tratamento ($p < 0,001$), melhora do pico de pressão e do tempo de contração mensurado pelo perineômetro ($p < 0,001$) e melhora na qualidade de vida das pacientes submetidas ao tratamento fisioterapêutico (HENKES *et al.*, 2015).

Dito isto, o acompanhamento fisioterapêutico proporcionou melhores resultados subjetivos e objetivos no tratamento da IU com cinesioterapia do assoalho pélvico destas mulheres. Pode-se afirmar que a fisioterapia é um tratamento eficaz e com boa aceitação por parte das mulheres que apresentam perda urinária. Em uma pesquisa com o objetivo de avaliar o efeito do treinamento dos músculos do assoalho pélvico sobre as disfunções sexuais femininas (transtorno de desejo sexual, de excitação, orgástico e/ou dispareunia), evidenciou-se melhora da força muscular do assoalho pélvico e das amplitudes de contração do períneo avaliadas pela eletromiografia, com conseqüente melhora na função sexual, o que indica que essa abordagem terapêutica pode ser utilizada com sucesso no tratamento dessas disfunções ocasionadas pela episiotomia (HENKES *et al.*, 2015).

Portanto, o profissional de fisioterapia pode atuar na assistência à saúde da mulher durante todas as fases da gestação, bem como no pós-parto, visto que são utilizados recursos não farmacológicos, visando tratar ou manter a funcionalidade deste público. Dito isto, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), através da Resolução Nº. 401, de 18 de agosto de 2011, regulamenta o exercício da especialidade de Fisioterapia na Saúde da Mulher, cobrindo a atuação deste profissional em todas as fases da vida da mulher, para o tratamento de quaisquer disfunções que esta venha a ter, assim como a atuação em sala de pré-parto, enfermaria de parturientes, obstétrica e puérperas, fazendo o uso de técnicas fisioterapêuticas e recursos termoeletrofototerapêuticos (ANJOS; SILVA, 2021).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consoante os estudos, conclui-se que a episiotomia é um procedimento invasivo, que vem sendo realizado, em grande maioria, sem o consentimento das mulheres, sobretudo, quando se trata de uma adolescente, violando, assim, os seus direitos e anulando o seu protagonismo sobre o próprio corpo. Como se sabe, a episiotomia repercute de forma negativa sobre a saúde da musculatura do assoalho pélvico, bem como desenvolve disfunções como incontinência urinária, incontinência anal e disfunções sexuais, que acabam implicando na baixa qualidade de vida dessas jovens.

Portanto, afirma-se que a mulher, quando submetida ao processo de episiotomia, desenvolve sentimentos como vergonha devido a situações constrangedoras que estas enfrentam e sensação de impotência, uma vez que muitas delas não possuem conhecimento sobre a técnica de episiotomia e suas complicações e acabam sendo frustradas por não terem autonomia sobre o seu próprio corpo, corroborando para alavancar esse sentimento de impotência. Tal fato acaba influenciando no olhar da mulher quanto ao seu corpo, deixando marcas não somente físicas, mas psicológicas.

Nesse contexto, ambas as disfunções são desagradáveis para a mulher, porém, a incontinência urinária é a mais destacada nas literaturas sendo como um dos principais pontos que levam à diminuição da qualidade de vida e da autoestima, pelo fato de a mulher se sentir restringida a realizar alguns movimentos ou algumas ações que se caracterizam como esforço e acabam resultando em perda de urina. Assim como as mudanças no estilo de vida, pois estas veem a necessidade de incluir cuidados que deveriam ser realizados de forma natural, mas que passam a ser cuidados realizados com uma frequência exagerada que acabam mascarando e não tratando a incontinência, como: tomar diversos banhos durante o dia, utilizar absorventes diários, somente ir em locais que existam banheiros próximos, urinar diversas vezes em um curto período de tempo, a fim de não deixar a bexiga cheia.

Diante disso, vale ressaltar que a incontinência urinária também acaba afetando diretamente a rotina sexual dessa mulher, pois ela sente receio em perder urina durante a relação. Entretanto, existem, também, as disfunções que acabam afetando a relação sexual, pois a episiotomia é um fator para desenvolver a

dispareunia, o vaginismo, e a da baixa libido, tais acontecimentos repercutem na baixa autoestima dessas mulheres, muitas vezes, devido à cicatriz da episiotomia e à vergonha em se mostrar ao seu parceiro, bem como as mudanças em relação à percepção do seu corpo. No entanto, estudos envolvidos na discussão no âmbito da episiotomia e sexualidade tem apresentado evoluções, porém, ainda existe um receio por parte das mulheres, por se tratar de um assunto delicado e visto como de aspecto íntimo, o que acaba dificultando as pesquisas.

Mediante a tudo que foi exposto, reafirma-se que os profissionais que assistem ao parto devem rever suas práticas no quesito de realizar episiotomia de rotina e, principalmente, episiotomia em todas as adolescentes, visto que procedimentos como a episiotomia, a qual não possui evidências científicas que justifiquem seu uso, nem mesmo que o seu uso rotineiramente é benéfico para o assoalho pélvico, têm causado danos, que, por vezes, são irreparáveis para a saúde da mulher. No entanto, este deve ser um conteúdo discutido entre os públicos de diversas idades, a fim de promover um empoderamento, consequente do conhecimento sobre o seu corpo e capacidade deste em realizar um parto natural sem intervenções obstétricas.

Sobretudo, destaca-se a importância da fisioterapia pélvica nesse público, a qual é capaz de prevenir, diminuir e tratar as disfunções do assoalho pélvico, com a utilização de recursos fisioterapêuticos, através de atividades leves, conservadoras e não invasivas, que tem como objetivo proporcionar, de forma significativa, a melhora da qualidade de vida dessas mulheres, assim como ajudar a gestante a ter um puerpério mais seguro e confortável, e, assim, minimizar as disfunções ocasionadas pela episiotomia e, conseqüentemente, diminuir as chances de desenvolver alterações nas funções das musculaturas do assoalho pélvico, bem como trabalhar na prevenção de possíveis traumas perineais devido a este procedimento obstétrico.

Assim, destaca-se a importância de os profissionais envolvidos na gestação, desde o pré-natal ao parto, se tornarem difusores de informações para a gestante sobre a fisiologia do parto e da violência obstétrica, para que ela conheça as potencialidades do seu corpo, bem como seus direitos no processo gravídico puerperal. Enfim, entende-se que o parto em adolescentes e a relação com a episiotomia é extremamente complexo, e informações quanto às interligações sobre episiotomia nesse público e as conseqüências deste na corroboração das disfunções do assoalho pélvico ainda são escassas, no entanto, é notável a importância de serem realizadas novas pesquisas nesta área, a fim de evidenciar que a adolescência não é sinônimo de episiotomia.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, Ana Paula Costa; BASTOS, Camila Fernanda Pereira. **Abordagem fisioterapêutica no tratamento do vaginismo Brasília-DF**, 2020.
- ALMEIDA, P.P.; MACHADO L.R.G. A prevalência de incontinência urinária em mulheres praticantes de jump. **Fisioter Mov**. 2012 jan/mar;25(1):55-65.
- ALVAREZ, J.E.C. **La cadera de Eva: El protagonismo de la mujer en la evolución de La especie humana**. Barcelona: Drakontos Bolsillo, 2005.
- AMORIM, M.M. *et al.* Is it possible to never perform episiotomy during vaginal delivery? **Obstet Gynecol**, sup. 1, v.123, p.38S, 2014.
- AMORIM, M.M. *et al.* Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. **Reproductive Health**, v. 14, n. 1, 2017.
- ANDRADE, B.P.; AGGIO, C.M. Violência obstétrica: a dor que cala. In: III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, 2014. **Anais [...]** Londrina: Universidade Estadual de Londrina, v. 1, p. 1-7.
- ANJOS, Ana Laryssa Silva; LIMA, Midiã Oliveira; SILVA, Marcos Vinícius Santos. TENS de alta frequência e laserterapia de baixa intensidade no alívio da dor pós-episiotomia em puérperas. **Revista FACISA ON-LINE**, v. 10, n. 1, 2021.
- APOLINÁRIO, D. *et al.* Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 1, p. 20-8, 2016.
- BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 5ª ed. 2012.
- BARBOSA, Pedro Augusto Fernandes Coelho. **A educação em saúde como estratégia de combate à gravidez precoce em adolescentes no município de Tomé-Açu**. 2020.
- BATISTA, MIRCA, CHRISTINA, DA SILVA. **Fisioterapia como parte da equipe interdisciplinar no tratamento das disfunções sexuais femininas**, 83. 2017
- BO, K. *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. **Neurourology and urodynamics**, v. 36, n. 2, p. 221-244, 2017. ISSN 1520-6777.
- BRAGA, I.F. OLIVEIRA, W.A.; SPANÓ, A.M.N.; NUNES, M.R.; SILVA, M.A.I. Perceptions of adolescents concerning social support provided during maternity in the context of primary care. **Esc Anna Nery**. 2014;18(3):448-55.

BRANDÃO, Ana Paula Miller. **Vivências do Trabalho de Parto e Parto: Estudo Comparativo Entre Adolescentes e Mulheres Adultas**. 2011.

BRÊTAS, J.R.S *et al.* Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2011;16(7):3221-8.

BUENO, Gabriela Zogbi. A episiotomia sob a perspectiva da medicina baseada em evidências. **Rev. Saúde Pública St. Catarina**, p. 73-86, 2018.

BUSANELLO, J.; KERBER, N.P.C.; MENDOZA-SASSI, R.A.; MANO, P.S.; SUSIN, L.R.O.; GONÇALVES, B.G. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um Centro Obstétrico. **Rev Bras Enferm**. 2011; 64(5): 824-32.

BUSANELLO, J. *et al.* Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 32, n. 4, p. 807-14, 2011.

CAMARGO, S.F. **Cirurgia ginecológicas: propostas e refinamentos**. 2 ed. São Paulo: Fundo editorial ByK, 1998. p.149-69.

CARMO, Adriele Oliveira. **Repercussões do trauma perineal provocado (episiotomia) na atividade sexual feminina**. 2021.

CARNIEL, S.; VITAL, D.S.; SOUZA, T.P. Episiotomia de rotina: necessidade versus violência obstétrica. **J. nurs. health**, v. 9, n. 2, p. 1-18, 2019.

CARVALHO, C.C.M.; SOUZA, A.S.R.; MORAES FILHO, O.B. Episiotomia Seletiva: avanços baseados em evidências. **FEMINA**, v.38, n.5, p.265-70, 2012.

CARVALHO, V.F.; KERBER, N.P.C.; BUSANELLO, J.; GONÇALVES, B.G.; RODRIGUES, E.F.; AZAMBUJA, E.P. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Rev Esc Enf USP**. 2012; 46(1):30-7.

CORRÊA JÚNIOR, M.; PASSINI JÚNIOR, R. Selective episiotomy: indications, technique, and association with severe perineal lacerations. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 38, p. 301-7, 2016.

COSTA, A.L.T.; CESAR, I.A.P.; SILVA, C.R. Episiotomia sob o ponto de vista da gestante. **Revista Ciência Saúde**. São Paulo, vol.1, nº 2, p.12-20. 2016.

COSTA, L.C.; SOUZA, L.M. Prevalência e correlação de fatores associados à prática de episiotomia em um hospital público do Distrito Federal. **Com Ciênc Saúde**, v.20, n.4, p.315- 23, 2009.

DARROCH, J.E. *et al.* Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. **Guttmacher Institute**, 2016.

DRAKE, R.L. *et al.* **Gray's anatomia clínica para estudantes**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

ENDERLE, C.F. *et al.* Avaliação da atenção ao parto por adolescentes em um hospital universitário. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v.12, n.4, p.383-94, 2012.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Recomendações FEBRASGO parte II: episiotomia**, 2016.

FEREDERICE, C.P.; AMARAL, E.; FERREIRA, N.O. Sintomas urinários e função muscular do assoalho pélvico após o parto. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2011.

FERNANDES, R.F.M.; RODRIGUES, A.P.; SOARES, M.C.; CORRÊA, A.C.L.; CARDOSO, S.M.M.; KREBS, E.M. Intercorrências obstétricas que ocorrem durante a gravidez na adolescência. **Ciênc Cuidado Saúde**. 2018;17(1):1-7.

FERREIRA, F.M.; HASS, V.J.; PEDROSA, L.A.K. Qualidade de vida de adolescentes após a maternidade. **Acta Paul Enferm**. 2013;26(3):245- 9.

FIGUEIREDO, G. *et al.* Episiotomy: perceptions from adolescent puerperae. **Invest Educ Enferm**, v.33, n.2, p.365-73, 2015.

FRANCISCO, A.A. *et al.* Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.1, p.94-100, 2011.

FRANCISCO, A.A.; KINJO, M.H.; BOSCO, C.S.; SILVA, R.L.; MENDES, E.P.B.; OLIVEIRA, S.M.J.V. Association between perineal trauma and pain in primiparous women. **Rev Esc Enferm USP**. 2014;48(spe):39-44.

FREITAS, C.V. *et al.* **Funcionalidade do assoalho pélvico e função sexual de idosas ativas fisicamente**. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Universidade Federal de Santa Maria - RS, Santa Maria, 2017.

FRIEDMAN, A.M. *et al.* Variation in and factors associated with use of episiotomy. **JAMA**, v. 313, n. 2, p. 197-9, 2015.

FURTADO JR., Farina *et al.* **Pelve**. Clube de Autores, 2019.

FUSCO, H.C.S.C. **Avaliação da força do assoalho pélvico, perda urinária e desempenho sexual em mulheres com fibromialgia**. Dissertação (Mestrado em Medicina). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

GANCHIMEG, T. *et al.* Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 121, supl, p. 40–48, 2014.

GILROY, A.M.; MACPHERSON, B.R. **Atlas de anatomia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

GONÇALVES, ALINE DE SOUSA. **Método de ginástica abdominal hipopressiva para tratamento de incontinência urinária de esforço em mulheres.** 2016.

GONCALVES, H. *et al.* Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 18, n. 1, p. 25-41, 2015.

GOUESLARD, K. *et al.* How did episiotomy rates change from 2007 to 2014? Populationbased study in France. **BMC Pregnancy Childbirth.** v. 18, n.1, p. 208, 2018.

GROSSE, D.; SENGLER, J. **Reeducação Perineal.** São Paulo: Manole, 2002.

HALL, J.E.; GUYTON, A.C. **Guyton & Hall tratado de fisiologia médica.** 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

HENKES, D.F. *et al.* Incontinência urinária: o impacto na vida das mulheres acometidas e o significado do transtorno fisioterapêutico. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 2, p. 45-56, 2015.

HOLANDA, Juliana Bento de Lima *et al.* Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, p. 573-578, 2014.

LATASH, M.L.; ZATSIORSKY, V.M. **Biomechanics and Motor Control:** defining central concepts, San Diego: Elsevier, 2016.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. **Sumário Executivo Temático Nascer no Brasil.** Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

LIMA, Clara Taína Silva. **Associação da episiotomia e laceração de sepultura perineal com disfunção do pélvico no pós-parto remoto.** 2018.

LIMA, M.I.M. *et al.* Prolapso Genital. **FEMINA**, v.40, n.2, p.69-77, 2012.

LÔBO, Sara Fleury *et al.* **O uso da episiotomia e sua associação com mudanças maternas e neonatais.** 2010.

LUGINBUEHL, H. *et al.* Pelvic floor muscle activation and strength components influencing female urinary continence and stress incontinence: a systematic review. **Neurourol Urodyn.**, v. 506, p. 498-506, 2015.

MANFREDO, V.A.; CANO, M.A.T.; SANTOS, B.M. Reincidência de gravidez em adolescentes: retrato de uma realidade. **Rev APS**, v. 15, n. 2, p. 192-8, 2012.

MEDEIROS, H.R.F.; CARVALHO, D.M.; TURA, L.F.R. A concorrência na arte de partejar na cidade do Rio de Janeiro entre 1835 e 1900. **Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos**, v. 25, n. 4, p. 999-1018, 2018.

MENDIRI, M.A.A. *et al.* La violencia obstétrica: um fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementares de la mujer. **Medicina Legal de Costa Rica**. v. 34, n.1 p.1409, 2017.

MITTEROECKER, P.; FISCHER, B. Adult pelvic shape change is an evolutionary side effect. **PNAS**, v.113, n.26, E3596, 2016.

MONGUILHOTT, J.J.C. *et al.* Nascer no Brasil: the presence of a companion favors the use of best practices in delivery care in the South region of Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, n. 1, p. 1-11, 2018.

MONTEIRO, M.V.D. *et al.* Risk factors for severe obstetric perineal lacerations. **International Urogynecology Journal**, v. 27, n. 1, p. 61-67, Jan 2016. ISSN 0937-3462.

MOORE, K.L. **Anatomia orientada para a clínica**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

MOORE, K.L.; DALLEY, A.F. **Anatomia Orientada para Clínica**. 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MORAIS, F.R.S. **A humanização no parto e no nascimento**: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

NAJAFABADY, M.T.; SALMANI, Zahra; ABEDI, Parvin. Prevalence and related factors for anorgasmia among reproductive aged women in hesarak, iran. **Clinical Science**, 2011.

NETTER, F.H. **Netter Atlas de Anatomia Humana**. 5ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2011.

NEVES, A.I.A. **A capacidade de contração dos músculos do assoalho pélvico influencia na severidade da incontinência urinária e qualidade de vida das mulheres?** Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, 2019.

NIY, D.Y. **Discurso sobre episiotomia nos livros populares sobre gravidez e parto comercializados no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

OLIVEIRA, C. Efeitos da cinesioterapia no assoalho pélvico durante o ciclo gravídico-puerperal. **Fac. Medic. Univ. de SP**. 2006.

OLIVEIRA, S.M.J.V. *et al.* Disfunções do assoalho pélvico em primíparas após o parto. **Enfermería Global**, n. 51, p. 40-53, 2018.

OLIVEIRA, Sheyla Guimarães *et al.* Disfunções do assoalho pélvico em primíparas até 6 meses após o parto: estudo de coorte. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Brasília (DF): OPAS/USAID; 1996.

OMS. Organização Mundial de Saúde / FNUAP / UNICEF. **Saúde reprodutiva de adolescentes: Uma estratégia para ação.** Org. M. De Saúde, Genebra.

PEREIRA, Amanda Cristina Gerhardt. **Prevalência das disfunções do assoalho pélvico em mulheres com episiotomia.** 2015.

PEREIRA, G.V.; PINTO, F.A. Episiotomia: uma revisão de literatura. **Ens Cienc.** 2011; 15(3):183-96.

PEREIRA, Gislene Valeria; PINTO, Fatima Arthuzo. Episiotomia: uma revisão de literatura. **Ensaio e ciência: ciências biológicas, agrárias e da saúde**, v. 15, n. 3, p. 183-196, 2011.

PEREIRA, V.S. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa de um questionário para avaliação da gravidade da incontinência urinária. **Rev. Bras. Ginecol Obstet.**, v.33, n.4, 2011.

PITANGUI, A.C.R. *et al.* Ocorrência e fatores associados à prática de episiotomia. **Rev enferm UFPE on line**, v. 8, n. 2, p. 257-63, 2014.

POMPEU, K.C. *et al.* Prática da episiotomia no parto: desafios para a enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, p. 1-8, 2017.

RÄISÄNEN, S. *et al.* A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. **Int J Gynaecol Obstet.**, v.115, n.1, p.26-30, 2011.

REIS, A.B. *et al.* Anatomia feminina. In: BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia.** 3ª Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002, cap.1, p.12-14.

RISCADO, L.C.; JANNOTTI, C.B.; BARBOSA, R.H.S. Deciding the route of delivery in Brazil: themes and trends in public health production. **Texto contexto enferm.**, v. 25, n. 1, p. 1-10, 2016.

RODRIGUEZ, A.; ARENAS, E.A.; OSORIO, A.L.; MENDEZ, O.; ZULETA, J.J. Selective vs. routine midline episiotomy for the prevention of third- or fourth-degree lacerations in nulliparous women. **Am J Obstet Gynecol.** 2008;198(3):285.e1-4.

RUH, Anelice Calixto. **Saberes e Competências em Fisioterapia e Terapia Ocupacional.** Ed. Atena, 2019.

SALTIEL, F. **Funções musculares do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária.** 2018. Tese (Doutorado em Ciências da Reabilitação) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

SANTANA, Licia Santos *et al.* Utilização dos recursos fisioterapêuticos no puerpério: revisão da literatura. **Femina**, 2011.

SANTIAGO, J.C. **Arte de partejar**: aprendizados e ensinamentos de mulheres parteiras de comunidades remanescentes de quilombos do Vale do Guaporé – RO. **RPGeo**, v. 6, p. 194- 200, 2019.

SANTOS, A.D.R. *et al.* Episiotomia: a dor de um parto. **Ciências Biológicas e de Saúde**. Unit, v. 4, n.1, p. 131-8, 2017.

SANTOS, C.C. A cultura do partejar: entre a ancestralidade e a pós-modernidade. **RELACult**, v. 5, n. 1, p. 1-21, 2019.

SANTOS, Gabriela Novais; SOUSA, Rutiely Silva. **Prática da episiotomia nos dias atuais**: revisão da literatura brasileira. 2020.

SANTOS, José Wilson dos; BARROSO, Rusel Marcos B. **Manual de Monografia da AGES**: graduação e pós-graduação. Paripiranga: AGES, 2019.

SANTOS, L.M.; LOPES, D.M.; SANTANA, R.C.B.; LEAL, S.R. O conhecimento e a participação das puérperas nas decisões referentes à episiotomia. **Abenfo-MG**. 2011; 584: 5001-15.

SANTOS, N.L.A.C. *et al.* Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.3, p. 719-26, 2014.

SHARMA, K.; GUPTA, P.; SHANDILYA, S. Age related changes in pelvis size among adolescent and adult females with reference to parturition from Naraingarh, Haryana (India). **Homo**, v. 67, n.4, p.273-93, 2016.

SILVA, Maria Rubiane Maranhão de Souza; SILVA, Stephanie Daiane Conceição; TOMICH, Georgia Miranda. **Discutindo a prática da episiotomia no parto**: revisão integrativa da literatural. 2020.

SILVA, Patricia Maria; BENTO, Wellica de Souza. Efeitos da fisioterapia nas disfunções do assoalho pélvico no pré e pós-parto. 2016.

SOBIERAY, N.L.E.C.; SOUZA, B.M. Prevalência de episiotomia e complicações perineais quando da sua realização ou não em uma maternidade de baixo risco do complexo HC/UFPR. **Arq. Med. Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**, v. 64, n. 2, p. 93-9, 2019.

SOBOTTA, J. **Atlas de Anatomia Humana**. 24^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

SOUZA, E. **Fisioterapia Aplicada a Obstetrícia**. 3^aed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

SOUZA, Laurindo Pereira. A episiotomia e o retorno à vida sexual pós-parto. vol.16 **Revista Uningá Review**. 2013.

SOUZA, Reny Antonioli; SIMÕES, Danyelle. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Revista Neurociências**, v. 18, n. 2, p. 267-274, 2011.

SPENCE, A.P. Sistema Urinário. **Anatomia Humana Básica**. 2 ed. São Paulo: Manole, 1991.

STEIN, Sara Regina *et al.* Entendimento da fisioterapia pélvica como opção de tratamento para as disfunções do assoalho pélvico por profissionais de saúde da rede pública. **Revista de Ciências Médicas**, v. 27, n. 2, p. 65-72, 2018.

STEINER, N. *et al.* Episiotomy: the final cut? **Arch Gynecol Obstet**, v.286, p.1369-73, 2012.

STEPHESON, R.; O'CONNOR, L. **Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo: Manole, 2004.

TANAKA, A.C.A. **Maternidade dilema entre nascimento e morte**. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco, 1995.

THACKER, Stephen B.; BANTA, H. David. Benefícios e riscos da episiotomia: uma revisão interpretativa da literatura de língua inglesa, 1860-1980. **Levantamento obstétrico e ginecológico**, v. 38, n. 6, pág. 322-338, 1983.

TORTORA, G.J.; DERRICKSON, B. **Princípios de anatomia e fisiologia**. 14^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

WHO. World Health Organization. **Accelerating progress toward: the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean**. Report of a technical consultation. Pan American Health Organization, United Nations Population Fund and United Nations Children's Fund. Washington, 2018.

WHO. World Health Organization. **Recommendation on episiotomy policy** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018.

WHO. World Health Organization. Youth and health risks. In: World Health Organization. **Sixty-Fourth World Health Assembly**: Geneva, 16-24 May 2011. Geneva: WHO; 2011. p. 55-8.

ZIZZI, P.T. *et al.* Força muscular perineal e incontinência urinária e anal em mulheres após o parto: estudo transversal. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, p. 1-7, 2017.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia**. 3. ed. Barueri: Manole; 2016. p. 383.