



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA**

ALÉCIA CAROLINA DE OLIVEIRA PHILIPPINI

**INFLUÊNCIA DA EPISIOTOMIA NA FUNCIONALIDADE DO ASSOALHO
PÉLVICO: UM ESTUDO DE REVISÃO**

**CAMPINA GRANDE
2019**

ALÉCIA CAROLINA DE OLIVEIRA PHILIPPINI

**INFLUÊNCIA DA EPISIOTOMIA NA FUNCIONALIDADE DO ASSOALHO
PÉLVICO: UM ESTUDO DE REVISÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Área de concentração: Fisioterapia Pélvica e Obstétrica.

Orientadora: Prof. Dra. Lorena Carneiro de Macêdo.

**CAMPINA GRANDE
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

P552i Philippini, Alécia Carolina de Oliveira.
Influência da episiotomia na funcionalidade do assoalho pélvico [manuscrito] : um estudo de revisão / Alecia Carolina de Oliveira Philippini. - 2019.
22 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Lorena Cameiro de Macêdo, Departamento de Fisioterapia - CCBS."
1. Assoalho pélvico. 2. Episiotomia. 3. Períneo. I. Título
21. ed. CDD 615.82

ALÉCIA CAROLINA DE OLIVEIRA PHILIPPINI

INFLUÊNCIA DA EPISIOTOMIA NA FUNCIONALIDADE DO ASSOALHO PÉLVICO:
UM ESTUDO DE REVISÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Fisioterapia da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito parcial à obtenção do título de
bacharel em Fisioterapia.


Área de concentração: Fisioterapia Pélvica e
Obstétrica.

Aprovada em: 11 / 06 / 2019.

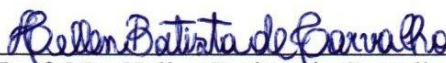
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Lorena Carneiro de Macêdo (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Danilo de Almeida Vasconcelos
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Hellen Batista de Carvalho
(UNIFACISA)

Ao Autor da Vida, aos meus pais e à minha avó. Essa vitória é de vocês.

"Não te mandei Eu? Sê forte e corajoso; não temas, nem te espantes, porque o Senhor teu Deus é contigo, por onde quer que andares." (Josué 1:9)

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	07
2.	MÉTODOS.....	08
3.	RESULTADOS.....	09
4.	DISCUSSÃO.....	14
5.	CONCLUSÃO.....	17
	REFERÊNCIAS.....	18

INFLUÊNCIA DA EPISIOTOMIA NA FUNCIONALIDADE DO ASSOALHO PÉLVICO: UM ESTUDO DE REVISÃO

Alécia Carolina de Oliveira Philippini*
Lorena Carneiro de Macêdo**

RESUMO

Introdução: a episiotomia é uma incisão cirúrgica efetuada na região perineal com o objetivo de ampliar o canal de parto. A perda da integridade estrutural e funcional dos músculos do assoalho pélvico pode contribuir para o desenvolvimento das disfunções do assoalho pélvico. **Objetivo:** verificar a influência da episiotomia na funcionalidade do assoalho pélvico. **Método:** trata-se de um estudo de revisão com consulta às bases de dados PUBMED, LILACS, e PEDro. Os estudos foram selecionados através da leitura dos títulos e dos respectivos resumos com resultados de pesquisa e posteriormente foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** de 1009 estudos encontrados, 10 foram incluídos na revisão. Quatro estudos compararam grupos com episiotomia a grupos com cesárea, e foram unânimes em apresentar resultados desfavoráveis para a prática da episiotomia. Seis estudos apresentaram a comparação entre grupos pós-parto vaginal com e sem episiotomia, dos quais três encontram diferenças significativas entre os grupos, com resultados desfavoráveis para a episiotomia. **Conclusão:** a literatura é escassa quanto a estudos que avaliam a funcionalidade do assoalho pélvico em primíparas pós-parto vaginal com e sem episiotomia. No entanto, os resultados do presente estudo apontam a prática da episiotomia como não protetora à integridade estrutural e funcional do assoalho pélvico e evidenciam suas consequências deletérias para a saúde da mulher, principalmente no que diz respeito à força perineal, continência fecal, e atividade sexual.

Palavras chave: Assoalho pélvico. Episiotomia. Períneo.

INFLUENCE OF EPISIOTOMY IN PELVIC FLOOR FUNCTIONALITY: A REVIEW STUDY

Alécia Carolina de Oliveira Philippini*
Lorena Carneiro de Macêdo**

ABSTRACT

Introduction: episiotomy is a surgical incision made in the perineal region with the purpose of widening the birth canal. The loss of structural and functional integrity of the pelvic floor muscles may contribute to the development of pelvic floor dysfunctions. **Objective:** to verify the influence of episiotomy in pelvic floor functionality. **Method:** it is a review study with reference to the PUBMED, LILACS, and PEDro databases. The studies were selected through the reading of the titles and the respective summaries with research results and later the

inclusion and exclusion criteria were applied. **Results:** of 1009 studies found, 10 were included in the review. Four studies compared groups with episiotomy to cesarean groups, and were unanimous in presenting unfavorable results for the practice of episiotomy. Six studies presented a comparison between postpartum vaginal with and without episiotomy groups, of which three found significant differences between groups, with unfavorable results for episiotomy. **Conclusion:** literature is scarce regarding studies evaluating the pelvic floor functionality in primiparous vaginal postpartum with and without episiotomy. However, the results of the present study point to the practice of episiotomy as non-protective of the structural and functional integrity of the pelvic floor and evidence of its deleterious consequences for women's health, especially with regard to perineal strength, fecal continence, and sexual activity .

Keywords: Pelvic floor. Episiotomy. Perineum.

1. INTRODUÇÃO

O assoalho pélvico (AP) reveste a cavidade pélvica inferior e é formado por músculos, ligamentos e fâscias que, atuando em conjunto, têm a função de sustentar os órgãos pélvicos, auxiliar na continência urinária, na função sexual e na continência anal, além de estabilizar as articulações sacroilíacas (HALL; BRODY, 2012; GONÇALVES; FERNANDES; SOUSA, 2018).

Os músculos do assoalho pélvico (MAP) são representados, da superfície para a profundidade, pelos músculos perineais superficiais, esfíncter anal, e pelo grupo muscular elevador do ânus (FREDERICE, 2010; HALL; BRODY, 2012). São compostos principalmente por fibras musculares do tipo I – de contração lenta – que mantém o suporte dos órgãos pélvicos no repouso, participando do mecanismo de fechamento uretral, e em menor número por fibras do tipo II, que desempenham respostas rápidas diante de aumentos súbitos de pressão intra-abdominal, colaborando com a continência uretral (FREDERICE, 2010).

A atividade de contração desses músculos é o principal fator que determina a funcionalidade do assoalho pélvico, de modo que a anormalidade do tônus e a diminuição da força dos MAP são determinantes, em longo prazo, para a origem de disfunções como a incontinência urinária (IU), incontinência fecal (IF), prolapso genitais e disfunções sexuais (BARBOSA, 2005; HAYLEN al., 2010; SOARES, 2015). Tais disfunções prejudicam a qualidade de vida do indivíduo, podendo interferir negativamente em sua higiene, convívio social, estado emocional, prática sexual e autoestima (KNORST et al., 2013; SESHAN; MULJIRA, 2014).

As disfunções do assoalho pélvico (DAP) podem ser causadas ou potencializadas por diversos fatores incluindo obesidade, tosse crônica, envelhecimento (ROGERS, 2008; HEBERT, 2009), cirurgias uroginecológicas, prostatectomia (ZAIDAN; SILVA, 2016), gravidez, aumento do índice de massa corpórea (IMC) na gestação, parto vaginal, multiparidade, peso do recém-nascido, segundo período do parto prolongado, trauma perineal e episiotomia (BARBOSA, 2005). No entanto, afirma-se que os fatores relacionados à gestação e ao tipo de parto são os de maior impacto para o assoalho pélvico, comprometendo suas funções por diversos mecanismos (CONNOLLY et al., 2007; FREDERICE, 2010).

Durante a gestação o útero apresenta aumento progressivo em peso e tamanho, o que associado ao peso do feto, gera aumento da pressão intra-abdominal e consequente sobrecarga dos MAP e da fâscia perineal (ASHTON-MILLER; DELANCEY, 2009). Além disso, a ação

do hormônio relaxina durante a gravidez provoca o remodelamento dos tecidos conectivos, levando à redução da força muscular e de outras estruturas como tecidos perineais e articulações pélvicas (FREDERICE, 2010).

Durante o parto vaginal, o AP é submetido à compressão exercida pelo feto e às pressões direcionadas para baixo, oriundas dos esforços expulsivos realizados pela mulher (FLORÊNCIO; AMORIM, 2012). Essas forças levam à distensão dos músculos perineais, bem como de nervos e estruturas conectivas que dão suporte à pelve (BORBA et al., 2014), e podem provocar traumatismos perineais espontâneos, que consistem em lacerações de músculos e de outras estruturas perineais (SILVA et al., 2018).

Com o intuito de prevenir lacerações perineais graves, foi introduzida no século XVIII a prática da episiotomia, que consiste na incisão cirúrgica efetuada na região perineal com o objetivo de ampliar o canal de parto (MYERS-HELFOGOLT; HELFOGOLT, 1999). Este procedimento foi disseminado quando, no século XX, mesmo sem evidências científicas de sua efetividade, alguns médicos propagaram a concepção de que esta seria uma prática necessária para preservar a integridade do assoalho pélvico, restaurando a anatomia vaginal e a musculatura pélvica à condição pré-parto (BEZERRA; AMORIM, 2012).

No entanto, as evidências científicas atuais têm apontado os efeitos deletérios da episiotomia e não recomendam seu uso rotineiro (COUTADA; NOGUEIRA-SIVA; ROCHA, 2014). O guideline com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto aos “cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva”, publicado em 2018, indica o uso rotineiro ou liberal da episiotomia como não recomendado para mulheres que apresentam um parto vaginal espontâneo (WHO, 2018).

Estudos realizados ao longo das últimas décadas concluíram que o uso rotineiro da episiotomia aumenta a perda sanguínea, a dor perineal, a ocorrência de lesão perineal grave, a utilização de fios de sutura e as complicações de cicatrização, além de aumentar o risco de lesão perineal posterior (BEZERRA; AMORIM, 2012). Sendo assim, é evidente que a episiotomia, por aumentar a ocorrência de lesão perineal grave e o risco de comprometimento da estrutura e função dos MAP, pode favorecer o desenvolvimento das DAP.

Apesar de tais evidências e recomendações quanto ao seu uso seletivo, a episiotomia ainda é um procedimento realizado com frequência na prática obstétrica (MELLIZO-GAVIRIA et al., 2018), o que indica a necessidade da realização de mais estudos acerca dessa temática. Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi verificar a influência da episiotomia na funcionalidade do assoalho pélvico.

2. MÉTODOS

O presente estudo consiste em um estudo de revisão, realizado entre Janeiro e Maio de 2019, acerca da influência da episiotomia na funcionalidade do assoalho pélvico. Foram utilizados os descritores “episiotomy”, “pelvic floor”, “urinary incontinence”, “fecal incontinence”, “prolapse”, “dyspareunia”, “electromyography”, e “muscle strenght”. As estratégias de busca com as devidas combinações entre os descritores encontram-se na Tabela 1. A busca foi realizada com consulta às bases de dados PUBMED, LILACS, e PEDro, e o operador lógico “AND” foi utilizado no rastreamento das publicações a fim de combinar os descritores supracitados.

Os estudos foram selecionados através da leitura dos títulos e dos respectivos resumos com resultados de pesquisa. Quando estas seções não forneceram informações suficientes para a inclusão dos estudos, foi realizada a leitura do texto completo.

Posteriormente, os estudos foram analisados na íntegra e foi realizada a seleção de acordo com os critérios de elegibilidade. Foram incluídos estudos do tipo observacional, publicados no período de 2000 a 2019, que tenham realizado avaliação dos músculos do

assoalho pélvico no pós-parto em primíparas com episiotomia. Foram excluídos estudos de revisão e do tipo caso-controle; estudos em outros idiomas que não Inglês, Português e Espanhol; estudos no quais as participantes foram submetidas à pesquisa sem a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ou sem aprovação de conselho de ética; estudos que incluíram múltiparas e gestações gemelares; estudos que não separaram a amostra em grupos com e sem episiotomia; estudos experimentais que tenham realizado a episiotomia em um grupo de mulheres intencionalmente; e estudos não disponíveis para a leitura.

Por fim, os resultados dos estudos incluídos foram apresentados em um quadro que destaca suas características principais, tais como: autores e ano de publicação, dados da amostra, método de avaliação e principais resultados para serem confrontados com a literatura pertinente.

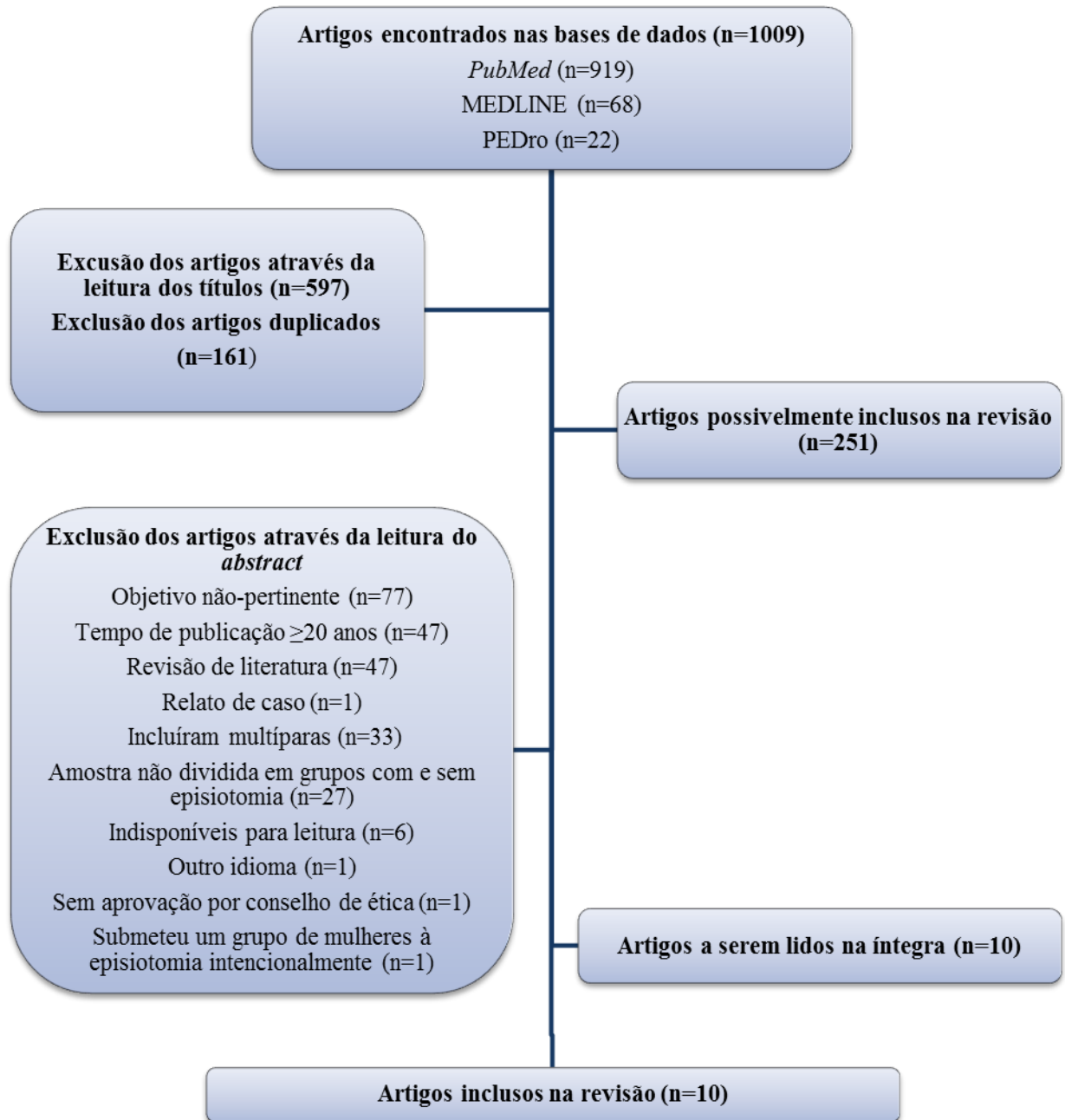
Tabela 1 – Estratégias de busca com a combinação entre os descritores.

Estratégias de busca	Bases de dados
Episiotomy AND pelvic floor	PubMed / LILACS / PEDro
Episiotomy AND urinary incontinence	PubMed / LILACS / PEDro
Episiotomy AND fecal incontinence	PubMed / LILACS / PEDro
Episiotomy AND prolapse	PubMed / LILACS / PEDro
Episiotomy AND dyspareunia	PubMed / LILACS / PEDro
Episiotomy AND electromyography	PubMed / LILACS / PEDro
Episiotomy AND muscle strength	PubMed / LILACS / PEDro

3. RESULTADOS

A Figura 1 apresenta o fluxograma da captação de artigos e o Quadro 1 resume as informações mais relevantes acerca dos estudos incluídos na revisão.

Figura 1 – Fluxograma de captação de artigos



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Quadro 1 – Principais informações contidas nos estudos selecionados

Autor/ano/ título do artigo	Tipo de estudo	Dados da amostra	Avaliação	Resultados
Botelho, et al., 2012. Can the delivery method influence lower urinary tract symptoms triggered by the first pregnancy?	Estudo clínico prospectivo, comparativo.	75 primigestas. - Grupo parto vaginal com episiotomia mediolateral direita (n=28) - Grupo cesárea eletiva (n=26) - Grupo cesárea de emergência (n=21)	Realizada no terceiro trimestre da gestação e em 45 dias pós-parto. - Sintomas uroginecológicos (ICIQ-UI-SF e ICIQ-OAB)	Sintomas relacionados à perda urinária decorrente do estresse persistiram no pós-parto do grupo com episiotomia quando comparado aos grupos de parto cesárea.
Speksnijder et al., 2019. Association of levator injury and urogynecological complaints in women after their first vaginal birth with and without mediolateral episiotomy	Estudo de coorte, observacional, prospectivo, comparativo	204 primíparas, sem lacerações do esfíncter anal. - Grupo com episiotomia mediolateral (n=103) - Grupo sem episiotomia (n=101)	Realizada entre 6 e 33 meses pós-parto. - Questionário sobre sintomas uroginecológicos. - Ultrassom transperineal 3D/4D.	Não foram encontradas diferenças significativas na incidência de lesão do elevador do ânus, nem nas queixas uroginecológicas entre os grupos.
Bø et al., 2016. Does Episiotomy Influence Vaginal Resting Pressure, Pelvic Floor Muscle Strength and Endurance, and Prevalence of Urinary Incontinence 6 Weeks Postpartum?	Estudo de coorte, prospectivo	238 primíparas. - Grupo com episiotomia mediolateral ou lateral (n=72) - Grupo sem episiotomia (n=166)	Realizada 6 semanas após o parto. - Pressão vaginal de repouso, força e resistência dos MAP (balão vaginal). - Sintomas uroginecológicos (ICIQ-UI-SF).	Não foram encontradas diferenças significativas quanto às variáveis estudadas nem quanto à prevalência de incontinência urinária entre os grupos.
Cassadó et al., 2014. Does Episiotomy Protect Against Injury of the Levator	Estudo observacional.	194 primíparas. - Episiotomia (n=101). - Sem episiotomia	Realizada entre 179 a 364 dias pós-parto. - Ultrassonografia	Não foram encontradas diferenças significativas na

Ani Muscle in Normal Vaginal Delivery?		(n=93).	translabial 4D. - Ultrassonografia tomográfica.	prevalência de lesão por avulsão do elevador do ânus entre os grupos.
Zhao et al., 2018. Effect of different delivery modes on the short-term strength of the pelvic floor muscle in Chinese primípara.	Estudo de coorte, observacional, prospectivo, comparativo	4769 primíparas. - Grupo cesárea (n=2020) - Grupo parto vaginal (n=2746), subdividido em: grupo episiotomia (lateral esquerda) (n=2279), grupo laceração perineal (primeiro e segundo grau) (n=398) e grupo fórceps (uso de fórceps associado à episiotomia lateral esquerda) (n=72)	Realizada entre 6 e 8 semanas pós-parto. - Força dos MAP (palpação digital - escala de Oxford Modificada).	A força dos MAP foi significativamente maior no grupo cesárea quando comparado ao grupo parto vaginal. Dentre os três grupos de parto vaginal, a força dos MAP no grupo laceração perineal foi significativamente maior do que nos outros grupos.
Botelho et al., 2010. Impact of Delivery Mode on Electromyographic Activity of Pelvic Floor: Comparative Prospective Study.	Estudo clínico prospectivo, longitudinal, comparativo.	75 primigestas. - Grupo parto vaginal com episiotomia mediolateral direita (n=28) - Grupo cesárea eletiva (n=26) - Grupo cesárea de emergência (n=21)	Realizada no terceiro trimestre da gestação e em 45 dias pós-parto. - Força dos MAP (palpação digital - escala de Oxford Modificada). - Eletromiografia (EMG) de superfície.	Houve diminuição significativa na contratilidade dos músculos do assoalho pélvico, avaliada por EMG, para o grupo parto vaginal com episiotomia.
Starič et al., 2017. Impact of mediolateral episiotomy on incidence of obstetrical anal sphincter injury diagnosed by	Estudo observacional prospectivo.	60 primigestas com parto vaginal não instrumental - Grupo episiotomia (n=33). - Grupo sem episiotomia (n=27).	Realizada entre 28-33 semanas de gestação e 6-7 semanas após o parto. - Ultrassonografia endoanal - Sintomas de	O grupo episiotomia apresentou a maior incidência de lesão obstétrica do esfíncter anal (OASIS). Foi encontrada associação

endoanal ultrasound.			incontinência anal (<i>Cleveland Clinic faecal incontinence scoring system</i>).	significativa entre a presença de OASIS e de sintomas de incontinência anal.
Baksu et al., 2006. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women	Estudo prospectivo	248 primíparas. - Grupo parto vaginal com episiotomia mediolateral (n=156). - Grupo cesárea eletiva (n=92).	Realizada no primeiro pré-natal e aos 6 meses pós-parto. - Função sexual (<i>Female Sexual Function Index</i>). - Questionários sobre as experiências sexuais pré-gestacionais e vigentes.	Houve diferença significativa quanto aos scores 6 meses após o parto, sendo o grupo parto vaginal o de maior decréscimo.

<p>Sartore et al., 2004. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery.</p>	<p>Estudo clínico prospectivo, longitudinal, comparativo.</p>	<p>519 primíparas. - Grupo A: episiotomia mediolateral (n=254) Grupo B: períneo intacto ou laceração de primeiro ou segundo grau (n=265) (82 com períneo intacto, 127 com lacerações de primeiro grau e 56 com lacerações de segundo grau).</p>	<p>Realizada 3 meses após o parto. - Questionário sobre sintomas uroginecológicos. - Força dos MAP (palpação digital, perineometria vaginal e <i>uroflowmetric stop test</i>).</p>	<p>As incidências de dispareunia e dor perineal foram significativamente maiores no grupo episiotomia. Houve associação significativa entre a episiotomia e índices inferiores de força perineal. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos quanto aos demais sintomas uroginecológicos.</p>
<p>Signorello et al., 2000. Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study.</p>	<p>Estudo de coorte, prospectivo</p>	<p>626 primíparas. - Grupo episiotomia mediana (209). - Grupo laceração perineal de primeiro, segundo, terceiro ou quarto grau (206). - Grupo com períneo intacto (211).</p>	<p>Realizada aos três e seis meses após o parto. - Questionários sobre incontinência fecal e incontinência para flatos.</p>	<p>O grupo episiotomia apresentou maior risco de incontinência fecal e incontinência para flatos aos 3 e 6 meses pós-parto, quando comparado aos demais grupos.</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

4. DISCUSSÃO

São poucos os estudos que avaliam a funcionalidade do assoalho pélvico (AP) em primíparas pós-parto vaginal com episiotomia e que comparam seus resultados com os encontrados em primíparas sem episiotomia. Dentre os estudos incluídos na presente revisão, seis apresentam a comparação entre grupos pós-parto vaginal com e sem episiotomia, e quatro comparam grupos com episiotomia a grupos que realizaram a cesárea. Os estudos que incluíram grupos com cesárea foram unânimes em apresentar diferenças significativas ao comparar os grupos, com resultados desfavoráveis para a prática da episiotomia.

Um estudo clínico comparativo que avaliou 75 primíparas aos 45 dias pós-parto por eletromiografia (EMG) de superfície encontrou diminuição significativa na contratilidade dos

músculos do assoalho pélvico (MAP) para o grupo com episiotomia quando comparado aos grupos de cesárea eletiva e cesárea de emergência (BOTELHO et al., 2010), indicando a possibilidade de desenvolvimento das disfunções do assoalho pélvico (DAP), uma vez que as funções do AP dependem também da eficiência contrátil dos MAP (SOARES, 2015). Outro estudo do mesmo autor, realizado com a mesma amostra, encontrou que os sintomas relacionados à perda urinária decorrente do estresse persistiram no pós-parto do grupo com episiotomia quando comparado aos grupos de cesárea eletiva e de emergência (BOTELHO et al., 2012).

Um estudo prospectivo que incluiu 214 primíparas avaliou a função sexual aos seis meses pós-parto e comparou com as experiências sexuais pré-gestacionais relatadas pelas mulheres, encontrando o maior decréscimo no grupo episiotomia quando comparado ao grupo cesárea, de forma que a diferença entre os grupos foi significativa (BAKSU et al., 2006). Acerca dos três estudos supracitados, levanta-se a questão de que, por comparar grupos com episiotomia a grupos com cirurgia cesariana, não é possível identificar se os efeitos deletérios encontrados nos grupos com episiotomia foram provocados pela episiotomia ou pelo parto vaginal em si, uma vez que em uma cesárea as estruturas do AP não são submetidas às pressões oriundas dos esforços expulsivos como em um parto vaginal.

Um estudo observacional comparativo que avaliou a força dos MAP em 4769 primíparas, divididas em grupos de mulheres com cesárea, parto vaginal com episiotomia, parto vaginal com laceração perineal espontânea de primeiro e segundo grau e parto vaginal com uso de fórceps associado à episiotomia, e os resultados mostraram que a força dos MAP foi significativamente maior no grupo cesárea quando comparado aos grupos de parto vaginal. Dentre os três grupos de parto vaginal, a força dos MAP no grupo laceração perineal foi significativamente maior do que nos outros grupos, indicando a possibilidade de ser benéfico, para a força dos MAP, permitir a ocorrência de lacerações perineais espontâneas em detrimento da realização da episiotomia (ZHAO et al., 2018). Entretanto, o estudo comparou 2279 mulheres com episiotomia a 398 com lacerações perineais espontâneas, o que pode ter interferido nos resultados encontrados.

Os seis estudos que incluíram apenas grupos de mulheres pós-parto vaginal com e sem episiotomia apresentaram resultados diversos. Um desses estudos, que avaliou 626 primíparas, encontrou maior risco de incontinência fecal e incontinência para flatos aos três e seis meses pós-parto no grupo episiotomia, quando comparado aos grupos com períneo intacto e com laceração perineal de até quarto grau (SIGNORELLO et al., 2000). Outro estudo, realizado com 519 primíparas avaliadas aos três meses pós-parto, não encontrou diferenças significativas quanto à incidência de incontinência fecal entre os grupos com episiotomia e com períneo intacto e laceração perineal; Entretanto, as incidências de dispareunia e dor perineal foram significativamente maiores no grupo episiotomia e houve associação significativa entre a episiotomia e índices inferiores de força perineal (SARTORE et al., 2004), corroborando com o encontrado por Zhao et al., 2018, quanto à força perineal pós-parto.

Por se tratar de um corte cirúrgico, a episiotomia acarreta descontinuidade das fibras musculares da região perineal, havendo a necessidade de sutura e, conseqüentemente, prejudicando a regeneração do tecido muscular injuriado, o que leva à formação de cicatrizes. Estas consistem na substituição do tecido lesionado por tecido conjuntivo fibroso, provocando redução da elasticidade e, possivelmente, a formação de aderências (KUMAR, 2013), além de prejudicar a contratilidade muscular das fibras lesionadas. Sendo assim, a cicatriz provocada pela episiotomia, associada ao corte cirúrgico em si, pode apresentar relação causal com as maiores incidências de dor perineal e dispareunia encontradas no estudo de Sartore et al., 2004.

Um estudo de 2017 investigou a incidência de lesão obstétrica do esfíncter anal (OASIS) em 60 primíparas e encontrou maior incidência no grupo episiotomia, havendo associação significativa entre a presença de OASIS e de sintomas de incontinência anal, o que sugere que a episiotomia não é protetora quanto ao desenvolvimento de OASIS e de incontinência anal (STARIČ et al., 2017). Em contrapartida, um estudo realizado em 2019 com 204 primíparas não encontrou diferenças significativas entre os grupos com e sem episiotomia quanto às incidências de lesão do músculo elevador do ânus e de queixas uroginecológicas (SPEKSNIJDER et al., 2019).

Outro estudo, realizado em 2014 com 194 primíparas, não encontrou diferenças significativas na prevalência de lesão por avulsão do elevador do ânus entre os grupos com e sem episiotomia (CASSADÓ et al., 2014). Os estudos supracitados divergem metodologicamente quanto ao tempo pós-parto em que a avaliação foi realizada, e levanta-se a hipótese de que a discrepância no tempo pós-parto em que as mulheres foram avaliadas no estudo de Speksnijder et al., 2019, variando de seis a trinta e três meses pós-parto, tenha interferido nos resultados do estudo.

Um estudo que incluiu 238 primíparas avaliou, seis semanas após o parto, a pressão vaginal de repouso, a força e a resistência dos MAP, e investigou sintomas uroginecológicos. Os resultados não demonstraram diferenças significativas quanto às variáveis estudadas e à prevalência de incontinência urinária entre os grupos com e sem episiotomia (BØ et al., 2016), discordando dos resultados encontrados por Sartore et al., 2004, e Zhao et al., 2018, quanto à força perineal pós-parto. Supõe-se que a disparidade entre o tamanho das amostras no estudo de Bø et al., 2016, que apresentou o grupo sem episiotomia 2,3 vezes maior que o grupo com episiotomia tenha interferido nos resultados do estudo, assim como o método utilizado para avaliação da força perineal, que foi diferente do utilizado nos outros dois estudos.

Os resultados dos estudos incluídos na presente revisão apontam a prática da episiotomia como não protetora à integridade estrutural e funcional do AP evidenciando, em sua maioria, consequências deletérias para a saúde da mulher, principalmente no que diz respeito à força perineal, continência fecal, e atividade sexual.

A funcionalidade do AP depende de diversos fatores, como a integridade das estruturas musculares, fasciais e nervosas, a flexibilidade muscular, a atividade contrátil da musculatura perineal e a força dos MAP (HAYLEN al., 2010). Sintomas uroginecológicos como incontinência urinária, incontinência fecal, prolapso genital, dispareunia e dor perineal são evidências da diminuição na funcionalidade do AP, e são avaliados com mais frequência nos estudos do que as alterações estruturais e de função muscular.

Em consequência às diversas alterações biomecânicas e hormonais que o organismo feminino é submetido durante o período gestacional, os MAP e a fásia perineal são sobrecarregados e apresentam, em geral, menor força do que no período pré-gestacional (ASHTON-MILLER; DELANCEY, 2009; FREDERICE, 2010), sendo prevalentes os sintomas de incontinência urinária de urgência no terceiro trimestre da gestação. Além disso, as DAP podem ser provocadas por outros fatores que não relacionados à gestação e ao parto, de modo que para investigar com maior precisão a influência dos tipos de parto e da episiotomia na funcionalidade do AP, as condições pré-parto também devem ser consideradas.

Embora os achados da presente revisão apontem a episiotomia como não protetora e potencialmente deletéria à saúde do AP, os estudos incluídos apresentam divergências metodológicas quanto a algumas características das amostras estudadas, aos métodos de avaliação utilizados e ao tempo pós-parto em que foi realizada a avaliação. Para uma investigação precisa e mais assertiva acerca da influência da episiotomia na funcionalidade do AP, sugere-se a realização de estudos que incluam apenas primíparas, avaliadas no período

pré-gestacional, durante o terceiro trimestre da gestação e alguns meses após o parto, separando-as em grupos quanto ao tipo de parto e à utilização ou não da episiotomia.

Quanto ao método de avaliação, sugere-se investigar os sintomas uroginecológicos por meio de questionários validados e utilizar de métodos de avaliação objetivos e reproduzíveis para investigar lesões estruturais no períneo e mensurar a função muscular dos MAP. Sugere-se o uso da EMG de superfície para investigação da contratilidade, tônus, coordenação e capacidade de relaxamento da musculatura perineal, o uso da perineometria para mensuração da força dos MAP, e exames de imagem, como a ultrassonografia, para investigação de lesões estruturais. A avaliação de todos esses fatores permitirá uma correlação assertiva entre a presença de alterações estruturais e da função muscular, com a presença de disfunções sintomáticas do assoalho pélvico.

5. CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo apontam a prática da episiotomia como não protetora à integridade estrutural e funcional do assoalho pélvico, uma vez que nenhum dos estudos apresentou resultados favoráveis à episiotomia. Além disso, os resultados evidenciam o seu potencial deletério para a saúde da mulher, principalmente no que diz respeito à força perineal, continência fecal, e atividade sexual.

Através do presente estudo de revisão também foi possível constatar que a literatura é escassa quanto a estudos que avaliam a funcionalidade do assoalho pélvico em primíparas pós-parto vaginal com e sem episiotomia, dificultando o estabelecimento de conclusões precisas acerca do tema.

Sugere-se a realização de novos estudos clínicos incluindo grupos de primíparas pós-parto vaginal com e sem episiotomia, avaliadas no período pré-gestacional, durante o terceiro trimestre da gestação e alguns meses após o parto, com métodos de avaliação objetivos e reproduzíveis.

REFERÊNCIAS

- ASHTON-MILLER J.A.; DELANCEY J.O.L. **On the biomechanics of vaginal birth and common sequelae.** *Annu Rev Biomed Eng*; 11: 163-76, 2009.
- BARBOSA A. M. P., et al. **Efeito da via de parto na força muscular do assoalho pélvico.** *Rev. Bras. Ginec. Obst.*, 27(11): 677 – 82, 2005.
- BAKSU, B. et al.** The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Int. Urogynecol J. Pelvic Floor Dysfunct, Apr.*, **18(4): 401-6, 2006.**
- BEZERRA, I.; AMORIM, M. **Associação da episiotomia com a funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico em primíparas.** IX Congresso de iniciação científica da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, Campina Grande, 2012;
- BORBA, A. R.; BRONDANI, D. K.; KNORST, M. R. **Incontinência urinária no puerpério de parto vaginal e cesárea: revisão de literatura.** *Ciência & Saúde*, v. 7, n. 1, p. 54-59, 2014.
- BOTELHO, S. et al. **Can the delivery method influence lower urinary tract symptoms triggered by the first pregnancy?** *Int. braz j urol.*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 267-276, Apr, 2012.
- BOTELHO, S. et al. **Impact of delivery mode on electromyographic activity of pelvic floor: comparative prospective study.** *Neurorol Urodyn*, Sep., 29(7): 1258-61, 2010.
- BØ, K. et al. **Does episiotomy influence vaginal resting pressure, pelvic floor muscle strength and endurance, and prevalence of urinary incontinence 6 weeks postpartum?** *Neurorol Uodyn*, mar., 36(3): 683-686, 2016.
- CASSADÓ, J. et al. **Does episiotomy protect against injury of the levator ani muscle in normal vaginal delivery?** *Neurorol Uodyn*, nov., 33(8): 1212-6, 2014.
- CONNOLLY, T. J., et al. **The effect of mode of delivery, parity and birth weight on risk of urinary incontinence.** *Int. Urogynecol. J.*, 2007.
- COUTADA, R. S.; SILVA C. N.; ROCHA, A. **Episiotomy: Early maternal and neonatal outcomes of selective versus routine use.** *Acta. Obstet. Ginecol. Port.* 2014; 8(2):126-34.
- FLORÊNCIO, C.; AMORIM, M. **Associação da episiotomia com a atividade eletromiográfica dos músculos do assoalho pélvico em primíparas.** IX Congresso de iniciação científica da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, Campina Grande, 2012.
- FREDERICE, C. P., et al. **Assoalho pélvico e sintomas urinário na gestação e após o parto.** Dissertação de Mestrado. Unicamp, 2010.

GONÇALVES M. L. C.; FERNANDES S.; SOUSA J. B. **Do moderate aerobic exercise and strength training influence electromyographic biofeedback of the pelvic floor muscles in female non-athletes?** *The J. of Phys. Ther. Sci.*, 30: 313 – 319, 2018.

HALL, C. M.; BRODY, L. T. **Exercício Terapêutico Na Busca Da Função.** 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

HAYLEN, B.T., et al. **An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction.** *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.*, 21: 5 – 26, 2010.

HEBERT, J. **Pregnancy and childbirth: the effects on pelvic floor muscles.** *Nursing Times*, 105(7): 38 – 41, 2009.

KNORST, M. R., et al. **Avaliação da qualidade de vida antes e depois de tratamento fisioterapêutico para incontinência urinária.** *Fisioter. Pesqui.*, v. 20, n. 3, p. 204 – 209, São Paulo, 2013.

KUMAR, V. et al. **Robbins Patologia Básica.** Rio de Janeiro: 9° ed. Elsevier, 2013.

MELLIZO-GAVIRIA, A. M. et al. **Frequency of episiotomy and complications in the obstetrics service of Hospital Universitario San José, Popayán (Colombia), 2016. Exploration of maternal and perinatal factors associated with its performance.** *Rev Colomb Obstet Ginecol*, Bogotá, v. 69, n. 2, p. 88-97, June, 2018.

MYERS-HELFOGOLT M. G., HELFOGOLT A. W. **Routine use of episiotomy in modern obstetrics: should it be performed?** *Obs. Gynecol. Clin. North. Am.*; (26): 305-25, 1999.

ROGERS, R. G., et al. **Does the severity of spontaneous genital tract trauma affect postpartum pelvic floor function?** *Int. Urogynecol. J.*, 19: 429 – 35, 2008.

SARTORE, A. et al. **The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery.** *Obstet. Gynecol.*, Apr., 103(4): 669-73, 2004.

SESHAN, V.; MULIIRA, J. K. **Dimensions of the impact of urinary incontinence on quality of life of affected women: a review of the English literature.** *Int. J. Urol. Nurs.*, 8(2): 62 – 70, 2014.

SILVA, A. M. N. et al. **Caracterização da dor decorrente de traumas perineais em mulheres com parto vaginal.** *BrJP*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 158-162, June, 2018.

SIGNORELLO, L. B. et al. **Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study.** *BMJ*, Jan., 320(7227): 86-90, 2000.

SOARES, P. R. A. L. **Disfunção do assoalho pélvico e qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes.** 2015. Tese de Doutorado.

SPEKSNIJDER, L. et al. Association of levator injury and urogynecological complaints in women after their first vaginal birth with and without mediolateral episiotomy.

American Journal of Obstetrics & Gynecology, Volume 220, Issue 1, 93.e1 - 93.e, 2019

STARIČ, K. et al. Impact of mediolateral episiotomy on incidence of obstetrical anal sphincter injury diagnosed by endoanal ultrasound. Midwifery, Aug., 51:40-43, 2017.

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

ZAIDAN, P.; SILVA, E. B. Pelvic floor muscle exercises with or without electric stimulation and post-prostectomy urinary incontinence: a systematic review. Fisioter. mov., Curitiba, v. 29, n. 3, p. 635 – 649, 2016.

ZHAO, Y. et al. Effect of different delivery modes on the short-term strength of the pelvic floor muscle in Chinese primipara. BMC Pregnancy Childbirth, 18(1): 275, 2018.

AGRADECIMENTOS

Ao meu maravilhoso Deus, Senhor e Pai, por confiar a mim a missão de ser Fisioterapeuta e me permitir chegar até aqui. Ao longo dos anos de graduação Ele demonstrou diariamente o quanto é bom e fiel; me sustentou nas adversidades e me capacitou quando as limitações pareceram insuperáveis; me deu livramento, me permitindo continuar viva e cumprir os propósitos que Ele mesmo projetou pra mim. Minha eterna gratidão ao Deus da minha vida, Jesus Cristo, o meu maior Amor, a quem tenho dedicado os meus dias e a quem dedicarei até o fim.

Aos meus amados pais, Hildegardes e Altamiro, por terem se dedicado à minha educação desde sempre e por terem me incentivado a lutar pelos meus sonhos e buscar aquilo que me traria felicidade e realização, sem pressões nem imposições. Obrigada por todo o amor e cuidado de sempre. Eu amo vocês.

À minha mãe, Hildegardes, minha eterna gratidão por ter me dado tanto suporte durante a graduação, em tudo o que precisei; por ter sido tão participativa, e ter até mesmo me ajudado a estudar em momentos de complicações de saúde. Essa conquista não teria se concretizado sem o seu grande auxílio. Obrigada por tudo.

À minha querida avó, Iraci, por desde a minha infância ter ajudado os meus pais a custear os meus estudos, para que eu tivesse as melhores oportunidades. Sem o esforço de vocês, eu não teria chegado até aqui. Obrigada por todo o amor e investimento.

Ao meu amado noivo e melhor amigo, Ítalo Wanderley, por ter sido o meu braço direito durante toda a graduação. Obrigada pela parceria, alegria, amizade e suporte diários, e por toda a ajuda nos momentos de dificuldade. Sem você, e sem suas orações, teria sido muito mais difícil chegar até aqui. A minha conquista também é sua. Amo você.

À minha admirada orientadora, Lorena Macêdo, pelas oportunidades que me deu durante a graduação, por toda paciência, dedicação e por saber unir leveza e profissionalismo.

Ao professor Danilo Vasconcelos, por ter visto em mim o potencial de ir além, pelas oportunidades, e por todos os ensinamentos transmitidos.

À professora e amiga Adília Karoline, por ter me incentivado a crer no meu potencial.

Às minhas amigas e companheiras de graduação, Beatriz, Karoline e Ana Paula, por toda a parceria nas tantas missões que cumprimos juntas ao longo desses anos. Obrigada por todo incentivo, toda amizade e pelo tanto que aprendi e cresci com vocês.

Às minhas amigas, Rebecca e Hadassa, por crerem junto comigo na fidelidade de Deus. Obrigada por todas as orações, palavras de fé e de incentivo, e por toda a amizade.