CARINA PINHEIRO BARRETO

**REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE OS EFEITOS DA
EPISIOTOMIA NA FUNÇÃO SEXUAL DA MULHER NO
PÓS-PARTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Versão corrigida, a versão original se encontra disponível na Biblioteca Wanda de Aguiar Horta – Unidade: Escola de Enfermagem.

Área de concentração: Saúde Materno-Infantil.

Orientadora

Profa. Dra. Camilla Alexsandra Schneck

SÃO PAULO

2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU
ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE
CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Barreto, Carina Pinheiro

Revisão sistemática sobre os efeitos da episiotomia na função
sexual da mulher no pós-parto – São Paulo, 2014. 114 p.

Dissertação - Escola de Enfermagem da Universidade de São
Paulo.

Orientadora : Professora Doutora Camilla Alexsandra Schneck

1. Episiotomia. 2. Parto Normal. 3. Período Pós-Parto. 4.

Nome: Carina Pinheiro Barreto

Título: Revisão sistemática sobre os efeitos da episiotomia na função sexual da mulher no pós-parto.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Rosileide e Francisco, irmãos Cristina e Daniel e a toda a minha família que, com muito carinho e apoio, não mediu esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Ao meu namorado Erivelton, companheiro de todos os momentos, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades ao longo do período de elaboração deste trabalho.

Aos amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constantes, sem vocês eu não conseguiria chegar ao fim deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Às Professoras Dra. Maria Luiza Riesco e Dra. Cassia Baldini Soares, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Às minhas amigas queridas Glauce, Natalia e Nayara, que acompanharam a minha trajetória desde muito.

À orientadora, Professora Dra. Camilla Alexsandra Schneck, pela motivação e incentivo na escolha do caminho acadêmico.

À Juliana Akie Takahashi, bibliotecária da Escola de Enfermagem, pelo apoio e suporte durante o desenvolvimento da estratégia de busca dessa revisão.

À Denise Niy pela revisão e formatação do texto.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Barreto CP. Revisão sistemática sobre os efeitos da episiotomia na função sexual da mulher no pós-parto. [Dissertação Mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

A vida sexual no pós-parto é influenciada pelas mudanças anatômicas, hormonais, da estrutura familiar e do relacionamento com o parceiro. A redução do desejo e o medo do retorno da atividade sexual são comuns. A episiotomia parece ter impacto negativo e interferir na função sexual das mulheres neste período. **Objetivo:** Identificar a existência de evidências sobre o efeito da episiotomia na função sexual da mulher no pós-parto. **Método:** Revisão Sistemática realizada por meio da metodologia do Instituto Joanna Briggs (JBI). A pergunta desta revisão sistemática foi: a episiotomia interfere na função sexual da mulher nos 24 meses após o parto? A estratégia **PICOs** para a revisão foi a seguinte: **P** (participantes): mulheres até 24 meses após o parto vaginal de todas as paridades; **I** (intervenção): mulheres que tiveram parto normal com episiotomia; **C** (controles): mulheres que tiveram parto normal e não receberam episiotomia; **O** (resultados): **função sexual** avaliada por meio de da pontuação do Female Sexual Function Index (FSFI), **tempo de retorno à atividade sexual e dispareunia**; **S** (estudos): estudos observacionais, de coorte e transversais. Foram utilizados os descritores e as estratégias de busca específicas para cada uma das bases de dados a seguir: CINAHL, Embase, LILACS, Proquest, PubMed, ScienceDirect, Scopus e Web of Science. Os artigos selecionados segundo a estratégia PICOs foram submetidos aos critérios de análise crítica de qualidade e seus dados foram extraídos com o auxílio do JBI Meta Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument (MAStARI), para estudos quantitativos. Cada artigo foi avaliado por dois revisores. Após a extração dos dados dos estudos os resultados foram apresentados em forma narrativa pois todas as metanálises realizadas apresentaram $p < 0,05$ para o teste de heterogeneidade. **Resultados:** 784 publicações foram identificadas, 11 foram submetidas à avaliação crítica, e seis estudos foram incluídos na revisão sistemática. Os dados dos estudos não apresentaram diferença estatística significativa na **função sexual** com seis semanas, três e seis meses entre os grupos, o **tempo de retorno à atividade sexual** foi menor para mulheres que tiveram parto vaginal sem episiotomia em comparação com as que tiveram episiotomia em três estudos. **Dispareunia** foi analisada em apenas um estudo e apresentou maior proporção em mulheres com episiotomia, porém, sem diferença estatística. **Conclusão:** A realização da episiotomia pode retardar a retomada da atividade sexual no pós-parto. Os estudos com abordagem quantitativa não apresentaram evidências sobre o efeito da episiotomia na função sexual mensurada por meio do FSFI e na ocorrência de dispareunia. Sugere-se a realização de revisão de estudos qualitativos para se estudar a influência da episiotomia no pós-parto a partir das narrativas das mulheres.

Palavras-Chaves: Episiotomia, Parto Normal, Período Pós-Parto, Sexualidade, Função-Sexual. Enfermagem Obstétrica.

Barreto CP. Systematic review on the effects of episiotomy on sexual function of women in the postpartum period. Sao Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2014.

ABSTRACT

The postpartum sex life is influenced by anatomical, hormonal, changes in family structure and the relationship with the partner. The reduction of desire, fear and the resumption of sexual activity are common. The episiotomy appears to provide negative consequence with sexual function of women in this period. **Aim:** The objective was to identify the existence of evidence on the effect of episiotomy on sexual function of women in the postpartum period. **Method:** This is a Systematic Review performed under Joanna Briggs Institute methodology (JBI). The question of this Systematic Review was: Does Episiotomy interferes with women sexual function in the 24 months after childbirth? The PICO's strategy for the review were as follows: P (participants): women up to 24 months after vaginal delivery of all parities. I (intervention): women who delivered vaginally with episiotomy; C (control): women who had normal delivery and did not receive episiotomy; O (results): **Sexual Function** assessed by Female Sexual Function Index, **time to resumption of sexual activity** and **dyspareunia**. S (studies): observational, cohort and cross-sectional studies. Descriptors and specific search strategy for each of the databases below have been applied: CINAHL, EMBASE, LILACS, Proquest, PubMed, ScienceDirect, Scopus and Web of Science. The selected articles according to Strategy PICOS were subjected to critical analysis criteria for quality and data were extracted with the aid of JBI Meta Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument-MAStARI, for quantitative studies. Each article was assessed by two reviewers. After extracting data the outcomes were presented through narrative form due to all meta-analysis presente. **Results:** 784 articles were identified, 11 were subjected to critical evaluation, and these six studies were included in the systematic review. The studies did not present statistical significant difference regarding to **sexual function** at six weeks, three and six months between the groups, the **time of resumption of sexual activity** was lower for women who had vaginal delivery without episiotomy compared with those who had episiotomy in three studies. Dyspareunia was analyzed in only one study and had high proportion among women with episiotomy, however, with no statistical difference. **Conclusion:** The use of episiotomy may delay the resumption of sexual activity postpartum. Studies with quantitative approach presented no evidence on the effect of episiotomy in sexual function assessed by the FSFI and the occurrence of dyspareunia. We suggest including a review of qualitative studies to study the influence of postpartum episiotomy from the narratives of women.

Key Words: Episiotomy, Childbirth, Postpartum Period, Sexuality, Sexual-Function. Nurse-Midwifery.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Domínios da saúde sexual e reprodutiva.	24
Figura 2 – Ciclo da resposta sexual por Masters e Johnson.....	25
Figura 3 – Modelo da função sexual feminina proposto por Basson (2005).	27
Figura 4 – Modelo conceitual de saúde baseada em evidências do Joanna Briggs Institute.	41
Figura 5 – Descrição geral sobre o processo de revisão sistemática da literatura.	44
Figura 6 – Fluxo de seleção dos artigos.	57
Figura 7 – Média do escore FSFI e desvio padrão de mulheres com episiotomia e sem episiotomia em relação ao tempo.	66
Quadro 1 – Propriedades psicométricas dos questionários mais utilizados para avaliar a função sexual feminina.	31
Quadro 2 – Questionários para avaliação da função sexual/satisfação feminina.....	32
Quadro 3 – Descritores utilizados, segundo bases de dados.	47
Quadro 4 – Descritores e termos livres, estratégias de busca e data da busca, por base de dados.	48
Quadro 5 – Número de publicações identificadas, por base de dados.	56
Quadro 6 – Razões para exclusão dos artigos.	58
Quadro 7 – Descrição dos artigos incluídos.	59
Quadro 8 – Nível de evidência dos artigos incluídos.	61
Quadro 9 – Distribuição dos desfechos nos estudos incluídos.	64
Apêndice B: Quadro– Bases de dados secundárias.....	112
Apêndice C: Quadro – Bases de dados consultadas na revisão sistemática.	113

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 EPISIOTOMIA E PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA	14
1.2 SEXUALIDADE, FUNÇÃO SEXUAL E PERÍODO PÓS-PARTO	22
2. OBJETIVO	37
3. MÉTODO	39
3.1 TIPO DE ESTUDO	39
3.2 NÍVEIS DE EVIDÊNCIA DO JBI	42
3.3 ETAPAS DE UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	43
3.4 QUESTÕES DO ESTUDO	45
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS ESTUDOS	45
3.5.1 Tipo de estudos	45
3.5.2 Participantes	45
3.5.3 Intervenção	46
3.5.4 Controle	46
3.5.5 Tipos de resultados	46
3.6 ESTRATÉGIA DE BUSCA PARA IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS	46
3.7 ORGANIZAÇÃO E PROCESSAMENTO DAS PUBLICAÇÕES IDENTIFICADAS	52
3.8 SELEÇÃO DOS ARTIGOS	52
3.9 AVALIAÇÃO DOS ARTIGOS	52
3.10 EXTRAÇÃO DOS DADOS	52
3.11 SÍNTESE DOS RESULTADOS	53
3.12 Gráfico floresta	53
3.13 LIMITAÇÃO	54
4. RESULTADOS	56
4.1 ESTUDOS SELECIONADOS	56
4.2. QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS	60
4.2.1 Critério de avaliação dos estudos	60
4.2.2 Níveis de evidência	60

4.2.3 Detalhamento metodológico dos estudos incluídos	62
4.3 RESULTADOS DOS ESTUDOS.....	63
4.4 DESFECHOS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS	70
4.4.1 Função sexual.....	70
4.4.2 Tempo para retorno à atividade sexual	72
4.4.3 Dispareunia	74
5. DISCUSSÃO.....	76
5.1 A ESTRATÉGIA DE BUSCA.....	76
5.2 OS DESENHOS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS	76
5.3 OS DESFECHOS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS	77
5.3.1 Função sexual.....	77
5.3.2 Tempo de retorno à atividade sexual	82
5.3.3 Dispareunia	83
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
7. REFERÊNCIAS.....	92
ANEXO I – Ferramentas de Avaliação Crítica.....	101
APÊNDICE A – Protocolo que será submetido ao JBI	103
APÊNDICE B – Bases de Dados	112
APÊNDICE C – Bases de Dados	113

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 EPISIOTOMIA E PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA

O uso da episiotomia foi introduzido na assistência ao parto sem qualquer base em evidência científica, porém, esse procedimento cirúrgico tornou-se o mais realizado no mundo durante o nascimento.

A episiotomia é um procedimento de abertura do períneo: inicia-se no introito vaginal e se estende por mais 3-5 cm nas direções mediana ou médio-lateral. Essa prática atinge numerosas estruturas anatômicas como mucosa, pele e músculo; é realizada com auxílio de um bisturi e/ou tesoura (Carroli, Mignini, 2009).

As justificativas mais utilizadas para a realização da episiotomia são de que ela abrevia o período de expulsão da cabeça fetal, protege o períneo de traumas espontâneos e previne outras condições perineais como incontinência urinária.

Segundo Enkin et al. (2005), muitos efeitos benéficos passaram a ser atribuídos à episiotomia sem base em evidência científica desde que ela começou a ser empregada, e compreendem: redução da probabilidade de lacerações de terceiro grau; preservação do assoalho pélvico, em especial da musculatura perineal, o que levaria à melhora da função sexual e à redução do risco de incontinência fecal e/ou urinária; redução do risco de distócia do ombro; vantagens para a assistência e cicatrização melhor do que de uma laceração; para o bebê, redução de asfixia, traumatismo craniano, hemorragia cerebral e retardo mental.

Em contrapartida, os mesmos autores referem que nas últimas décadas foram sugeridos vários efeitos adversos da episiotomia. Estes incluem: a secção ou extensão da abertura para o esfíncter anal ou para o reto; resultados anatômicos insatisfatórios, como fibromas moles, assimetria ou estreitamento excessivo do introito vaginal; prolapso vaginal, fistulas retovaginais ou anais; aumento da perda de sangue e hematoma; dor e edema; infecção e deiscência e disfunção sexual.

Os primeiros registros de episiotomia datam de dois séculos e meio atrás. O primeiro registro no mundo de língua inglesa é de 1742 e foi feito por Sir Fielding Ould. Ele descreve esse procedimento como de uso restrito, ou seja, que deveria ser utilizado apenas em casos extremos (Graham, 1997).

Durante os primeiros 150 anos da prática da episiotomia, alguns elementos históricos e culturais não permitiram que esse procedimento se popularizasse, apesar de seus entusiastas acreditarem que a incisão deveria ser realizada em todas as mulheres.

Nesse período, os partos aconteciam na casa das mulheres e eram considerados como um processo natural e fisiológico, em que não cabia a intervenção cirúrgica. A maioria dos partos era realizada por parteiras, que não utilizavam a episiotomia, e as mulheres resistiam a serem cortadas, já que estavam habituadas às lacerações espontâneas que provinham do parto (Graham, 1997).

O início do século XX trouxe mudanças significativas na prática obstétrica, o que alterou crenças dos profissionais e das mulheres. Nesse período, o parto deixou de ser um evento natural e fisiológico para ser um processo patológico e perigoso, sobre o qual ninguém tinha controle efetivo. Assim, durante a primeira metade do século XX, os partos realizados nos hospitais aumentaram de 5% para 50% do total de nascimentos no período. Nas áreas urbanas, o parto no ambiente hospitalar aumentou significativamente durante os anos 1920, chegando a 75% dos nascimentos em 1939 (Graham, 1997; Scott, 2005).

Com a transformação do modelo de assistência e a crença no risco inerente ao parto, este tornou-se objeto de controle por parte da assistência. Assim nasceu a necessidade de estabelecer padrões e desenvolver técnicas para a assistência ao trabalho de parto e parto, o que, por sua vez, favoreceu a implantação da “cascata de intervenções”. Nessa perspectiva, realiza-se uma sequência de intervenções como tricotomia, edema, indução com ocitócitos, jejum, anestesia, fórceps, pressão fúndica uterinae episiotomia, sempre com a mulher em posição litotômica, a mais confortável para o profissional. As intervenções que compõem essa cascata foram introduzidas

na assistência sem evidências de sua efetividade e salienta-se que os procedimentos tornam-se sequencialmente mais complexos (Graham, 1997).

O discurso levava a crer que as parturientes se beneficiariam de ter uma abertura cirúrgica na vulva – uma episiotomia – que facilitasse a saída do bebê e que melhorasse os desfechos maternos e neonatais. Entre os benefícios, citavam-se a prevenção de complicações no assoalho pélvico, como incontinência urinária e a disfunção sexual (Scott, 2005).

Os primeiros questionamentos em relação ao uso profilático da episiotomia e à sua difusão sem evidência datam do fim da década de 1960 e início de 1970, por meio de publicações com grande prestígio até os tempos atuais, como o *TheLancet* e *British Medical Journal*. Os textos, publicados anonimamente, questionavam a falta de evidência para o uso rotineiro da episiotomia (Graham, 1997).

Movimentos de mulheres na década de 1970 também fizeram objeção ao uso rotineiro da episiotomia na obstetrícia moderna; elas relatavam, quando comparadas a mulheres que tiveram lacerações espontâneas, o aumento de dor na primeira semana pós-parto, dificuldade em achar uma posição confortável para amamentar seus filhos e maior desconforto e dor quando retornavam à atividade sexual (Graham, 1997).

O questionamento do uso profilático da episiotomia por vários grupos, tanto de profissionais como de usuárias dos serviços de saúde, promoveu a realização de muitos estudos, entre eles ensaios clínicos randomizados (ECR), durante o fim da década de 1980 e o início da de 1990 (Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group, 1993; Banta, Thacker, 1982; House, Cario et al., 1986; Sleep et al., 1984), os quais mostraram que o uso rotineiro da episiotomia, ao contrário do que se imaginava, pode ser prejudicial às mulheres: leva ao aumento da necessidade de sutura perineal bem como à elevação do risco de complicações no processo de cicatrização até sete dias após o parto, produz dor e desconfortos desnecessários e causa efeitos danosos a longo prazo (Pietras, Taiwo, 2012).

Em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou as recomendações *Tecnologia apropriada para o manejo do parto*, em que se indica o uso restrito da episiotomia. A publicação salienta que o uso

profilático da episiotomia não pode ser justificado e, ainda, que apenas 5-20% das mulheres necessitam de episiotomia (Pietras, Taiwo, 2012; WHO, 1985).

O manual *Care in Normal Birth: A Practical Guide*, da OMS, relaciona como boas razões para indicação de uma episiotomia durante o parto: sinais de sofrimento fetal; progresso insuficiente do parto; ameaça de laceração de terceiro grau, inclusive laceração de terceiro grau em parto anterior (WHO, 1996).

Em 2001 o Ministério da Saúde (MS) editou o *Manual Aborto, Parto e Pós-parto: assistência humanizada à mulher*, em que classifica o uso rotineiro da episiotomia como prática no parto normal claramente prejudicial e que deve ser eliminada (Brasil, 2001). Segundo a mais recente publicação do MS, baseada em uma filosofia de cuidados que deve enfatizar o uso de práticas baseadas em evidências científicas e custo-efetivas, a episiotomia de rotina deve ser abandonada da prática obstétrica atual (Brasil, 2014).

A revisão sistemática conduzida por Carroli e Mignini (2009) publicada na Biblioteca Cochrane comparou os resultados dos usos rotineiro e restrito da episiotomia. Foram incluídos seis estudos. No grupo de episiotomia rotineira (prática liberal), 72,7% das mulheres tiveram episiotomia, enquanto no grupo de uso restrito a proporção foi de 27,6%. O uso restrito, comparado com o uso liberal, apresentou menos trauma perineal posterior, menos necessidade de sutura e menos complicações na cicatrização. Não houve diferença quanto a trauma perineal grave, dispareunia e incontinência urinária ou dor perineal severa.

Artigo recente de Amorim et al. (2014) mostrou resultados de uma coorte de mulheres submetidas a um protocolo de não realização de episiotomia. O estudo foi realizado em maternidade na região Nordeste do Brasil e contou com 400 mulheres. Durante o período expulsivo, manobras como puxo dirigido e pressão fúndica uterina foram evitadas, a política de não realização da episiotomia foi acompanhada de técnicas de massagem perineal intraparto e uso de compressas quentes como proteção perineal. Os resultados incluíram mais de 50% de mulheres com períneo íntegro, apenas

23% de necessidade de sutura perineal, 6% de parto instrumental, e não houve lacerações de terceiro ou quarto grau. Os autores afirmam que é possível banir o uso de episiotomia da prática obstétrica, sem afetar negativamente os desfechos neonatais, e ainda promover bons resultados perineais maternos.

As estatísticas sobre o uso da episiotomia não são facilmente encontradas. É um procedimento tão usual e tão incorporado ao modelo intervencionista de assistência ao parto e nascimento que, em geral, não existe registro desses dados de modo sistemático. Essa preocupação é recente e os estudos têm sido conduzidos por grupos cuja intenção é transformar o modelo de assistência ao parto com a finalidade de implantar assistência fundamentada em evidências científicas. Graham e Davies (2005) destacam que esta falta de dados sobre episiotomia revela a invisibilidade do procedimento nos dados oficiais de saúde.

Estudo sobre taxas de episiotomia em diferentes países conduzido por Graham et al. (2005) indica grande variação, com valores de 9,7% (Suécia) a 100% (Taiwan), ficando a maioria abaixo de 50%. Porém, quando são consideradas apenas as primíparas, a quase totalidade das taxas de episiotomia identificadas é superior a 65%.

O inquérito realizado por meio de correspondência no Reino Unido apontou que a proporção de mulheres que tiveram episiotomia foi de 39,1% entre as primíparas, 12,7% entre as múltiparas e 23,9% entre todas as mulheres (Redshaw, Rowe, Hocley et al., 2007).

Outro inquérito, realizado nos Estados Unidos, foi respondido por meio de formulário eletrônico *on-line* (1.373 mulheres) e por entrevistas telefônicas (200 mulheres). Todas elas tiveram partos hospitalares no ano de 2005. O relatório *Listening to Mothers II* mostrou que a episiotomia foi utilizada em 25% delas (Declerq, Sakala, Corry et al., 2006); o relatório do *Listening to Mothers III* apontou 17% (Declerq, Sakala, Corry et al., 2013).

As menores proporções de episiotomia correspondem a instituições que não a utilizam de forma rotineira e, além disso, são ambientes alternativos ao modelo hospitalar para assistência ao parto. Tais modelos

alternativos, em geral, têm a obstetriz e enfermeira obstétrica inseridas na assistência e são conhecidos como centros de parto normal (Riesco et al., 2009).

Estudo de Schneck et al. (2012) aponta que a taxa de episiotomia em centro de parto normal brasileiro é semelhante à descrita por Fernandes e Kimura (2006), de 24,7%, e superior à verificada por Paixão, Silva e Oliveira (2009), de 15,2%, em dois centros de parto extra-hospitalares em Juiz de Fora e São Paulo, respectivamente. Em centros de parto intra-hospitalares que atendem mulheres de todos os níveis de risco, Schneck e Riesco (2006) descreveram 26,6% de episiotomia, enquanto Silva et al. (2008) descreveram taxa de 40,4% em local que atende demanda espontânea, mas não é referência para alto risco em São Paulo. Estudo realizado na casa de parto David Capistrano Filho, no Rio de Janeiro, que teve como objetivo descrever os resultados materno-infantis, observou taxas de episiotomia de apenas 2,4% (Pereira et al., 2013).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNDS) de 2007 foi a primeira investigação sobre uso da episiotomia em estudo de base populacional no Brasil, com amostra de 15.000 mulheres. Os dados mostraram que a taxa de episiotomia foi de 71,6%. As Regiões Sudeste (80,3%), Centro-Oeste (78,8%) e Sul (78,5%) apresentaram as maiores proporções (Lago, Lima, 2009), que revelam que a episiotomia não é utilizada de forma restritiva no Brasil.

Segundo os dados da pesquisa Nacer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento, realizada com amostra de 24.000 mulheres em todo o país, a episiotomia foi realizada em 53,5% das que tiveram parto vaginal (Leal et al., 2014).

A prática da episiotomia é fortemente ligada ao modelo de assistência tecnocrática e reveladora de fatores como as relações assimétricas entre as mulheres e os provedores de serviços de saúde. Trata-se da reprodução do poder sobre o corpo feminino, cuja integridade se encontra ameaçada, por exemplo, por meio da prática de episiotomia de modo rotineiro.

Kitzinger (1981, p.3), em seu livro sobre a experiência de algumas mulheres com a episiotomia, afirma: “A prática liberal da episiotomia demonstra o poder do sistema médico em controlar e intervir cirurgicamente no corpo das mulheres e transforma uma experiência sociobiológica em um evento médico”.

Diniz e Chacham (2006, p. 87) apontam o uso da episiotomia não apenas como uma forma de atuação sobre a anatomia da mulher, mas também como reprodução das relações tradicionais de gênero:

se eles [profissionais de saúde] acreditam que a vulva e a vagina são passivas fica difícil compreender que esses tecidos são capazes de se distender para o parto e depois se contrair. Assim, através da episiotomia, os médicos [ou outro profissional] desconstroem e reconstroem a vagina, de acordo com suas crenças culturais.

Diniz (2009) destaca o viés de gênero que pode demarcar o modo como a pesquisa e a prática em uma área do conhecimento podem privilegiar determinados aspectos dos seus objetos de estudo ou intervenção em detrimento de outros, focalizando apenas aqueles que confirmam o paradigma dominante. Um exemplo disso é a crença de que, por ser essencialmente defeituoso, imprevisível e potencialmente perigoso, o corpo feminino necessita de correção e tutela, que são expressas nas intervenções, inclusive a episiotomia realizada rotineiramente.

Estudo conduzido por Santos e Shimo (2008) evidencia que as mulheres não consentiram com a realização da episiotomia, tampouco foram informadas a respeito. As autoras destacam que um dos aspectos da prática rotineira da episiotomia desvela a relação desigual de poder entre os profissionais de saúde e as mulheres, colocando estas últimas em posição desprivilegiada.

O uso liberal de uma cirurgia com os riscos descritos anteriormente somente poderia ser justificado se houvesse benefícios compensadores. Não existem, contudo, dados que apoiem tais suposições. A partir do contexto da assistência obstétrica em que a episiotomia é utilizada rotineiramente sem base em evidências científicas, é preciso ressaltar os possíveis prejuízos à saúde sexual das mulheres no período pós-parto.

Estudo realizado por meio de entrevistas semiestruturadas buscou descrever as sensações vivenciadas pelas mulheres durante a realização da episiotomia e analisar as repercussões dessa prática sobre sua sexualidade. A episiotomia afetou a sexualidade das mulheres por interferir em seus partos, em suas relações sexuais e familiares (Progianti, Araújo, Mouta, 2008).

Revisão sistemática conduzida por Hartmann et al. (2005) estudou os efeitos do uso rotineiro da episiotomia e mostrou que não há evidência que suporte tal prática para a proteção da função sexual. Ainda nessa revisão houve análise secundária da episiotomia em relação à função sexual, que incluiu nove estudos e mostrou uma tendência ao aumento da dispareunia e um atraso no retorno à vida sexual em mulheres que tiveram episiotomia em comparação com aquelas que não a tiveram.

Duas revisões sistemáticas – Hicks et al. (2004) e Sayasned e Pandeva (2010) – analisaram estudos relacionados à função sexual no pós-parto com a via de parto. Ambos afirmam que o parto vaginal instrumental aumenta a chance de a mulher apresentar disfunção sexual após o parto, e que não há evidências que apoiem o parto cesáreo como forma preventiva da disfunção sexual.

Contudo, as três revisões apresentadas – Hartmann et al. (2005), Hicks et al. (2004) e Sayasned e Pandeva (2010) – não são específicas sobre função sexual e a realização ou não da episiotomia. Essas revisões não utilizam como critério de inclusão a diferenciação nos estudos entre mulheres com parto vaginal com e sem episiotomia e não especificam ou não utilizam instrumentos validados de mensuração especificamente da função sexual feminina. Isso porque o objetivo dessas revisões era mais amplo, desse modo, os resultados referentes ao uso da episiotomia e a relação com função sexual são pouco específicos.

No entanto, Sayasned e Pandeva (2010) apontam a episiotomia como fator de risco associado à disfunção sexual nas primeiras semanas após o parto, mas não há evidências sobre o seu efeito em períodos mais longos. Os autores sugerem novas pesquisas.

Em uma síntese da evidência publicada no Canadá (Konnyu, Grimshaw, Moher, 2011), são avaliados os desfechos maternos e neonatais associados com o parto vaginal espontâneo com episiotomia. Os autores afirmam que a episiotomia não parece estar associada com disfunção sexual após o parto.

O período pós-parto traz modificações específicas para função sexual, principalmente nas primeiras semanas após o nascimento: a vascularização vulvo-vaginal é diminuída, o que se reflete na diminuição da lubrificação, no menor inchaço da vulva e na distensão vaginal. A episiotomia somada a essas características do pós-parto acarreta maiores dificuldades na função sexual.

Estudos que avaliam os efeitos da episiotomia mostram que as mulheres têm menores níveis de libido, mais dificuldade para atingir o orgasmo, menor satisfação sexual e maior grau de dor durante a relação sexual em comparação com as mulheres com períneo íntegro ou lacerações espontâneas (Andrews et al., 2008; Baksu et al., 2007; Ejegard, Ryding, Sjogren, 2008; Rathfisch et al., 2010).

Outros estudos, contraditoriamente, apontam não haver relação das condições perineais e da episiotomia com a função sexual no pós-parto (Shirvani, Nesami, Bavand, 2010; Chang et al., 2011).

Esses dados mostram ser necessária uma avaliação sistematizada sobre as evidências do efeito da episiotomia na vida sexual da mulher no pós-parto. Uma revisão sistemática pode apresentar as evidências disponíveis sobre o tema, bem como indicar e direcionar novos estudos.

1.2 SEXUALIDADE, FUNÇÃO SEXUAL E PERÍODO PÓS-PARTO

Entre os marcos referenciais internacionais que definem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, destacam-se duas conferências promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) (Brasil, 2010), a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento foi realizada no Cairo, em 1994, e atribuiu papel central à saúde, aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos. Ao romper com a ênfase na necessidade de limitar o crescimento populacional como forma de combater a pobreza e as desigualdades, o programa focou as ações no desenvolvimento do ser humano. Essa conferência levou em consideração, no debate sobre população e desenvolvimento, as questões sobre a mulher – em especial as desigualdades de gênero, o meio ambiente e os Direitos Humanos.

Na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995, reafirmaram-se os acordos estabelecidos no Cairo e avançou-se na definição dos direitos sexuais e direitos reprodutivos como Direitos Humanos.

Assim, como resultado dessas conferências, a Organização Mundial da Saúde (2012, p. 6, tradução nossa) define a saúde sexual como:

um estado físico, emocional, mental e de bem-estar social em relação à sexualidade, não é apenas a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa à sexualidade e às relações sexuais, bem como a possibilidade de ter prazer e experiências sexuais seguras, livres de coerção, discriminação e violência.

A Organização Mundial da Saúde conceitua a sexualidade como:

um aspecto central do ser humano ao longo da vida e abrange sexo, identidade e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Contudo, a sexualidade pode incluir todas essas dimensões, mas, nem todas elas são sempre vivenciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (OMS, 2012, p. 6, tradução nossa).

A Figura 1 apresenta os domínios da saúde sexual e reprodutiva e as interações sociais e culturais que influenciam a formação das relações de gênero, crenças, leis e direitos.

Figura 1 – Domínios da saúde sexual e reprodutiva.

Fonte: OMS. Social science methods for research on sexual and reproductive health; Collumbien, Busza, Cleland and Campbell. Geneva, Switzerland, 2012.

Tratar dos diversos aspectos da sexualidade tem exigido um largo percurso por parte dos pesquisadores e a investigação deste tema, no pós-parto, requer atenção aos aspectos que marcam esse período, bem como a especificidade dos termos utilizados para a operacionalização de pesquisas.

É necessário contextualizar a escolha do estudo da função sexual para a abordagem dos efeitos da episiotomia, pois as reflexões atuais utilizam-se desse modelo quando apresentam resultados. No entanto, outras abordagens são necessárias, já que, como citado anteriormente, a sexualidade não é composta somente pela função sexual.

Segundo Giami (2007), o termo *sexualidade* é cada vez menos utilizado no universo médico e científico; tem sido substituído pelas expressões *função sexual* e *saúde sexual*, que permitem abordar “cientificamente” um ou outro aspecto deste campo, de contornos mal-definidos, que constitui “a sexualidade”.

O conceito de *função sexual* foi utilizado como prolongamento das concepções desenvolvidas durante os anos 1960 sobre a noção de “resposta sexual” em quatro fases: *desejo*, *excitação*, *orgasmo* e *resolução*, conforme

proposta de Masters e Johnson (1966), ilustrada na Figura 2. Essa concepção valoriza a função somática dos órgãos genitais na sua dimensão biofisiológica e no quadro de realização do ciclo da resposta sexual humana (Giami, 2007).

Figura 2 – Ciclo da resposta sexual por Masters e Johnson.

Fonte: Kammerer-Doak D, Rogers R. Female sexual function and dysfunction. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2008;(35):169-183.

O conceito de função sexual aborda, ainda, o enfoque do campo da sexualidade, que privilegia as dimensões fisiológicas, as quais criam a naturalidade e normalidade fisiológicas de realização da função erótica, independentemente da função reprodutiva (Giami, 2007). Fica, assim, marcada a dissociação de função sexual e função reprodutiva.

O estudo da sexualidade foi negligenciado pela ciência até o século XIX, época em que surgiram as primeiras pesquisas no campo da sexologia – até então, a sexualidade era tratada pela Igreja, que detinha um discurso normatizador. Vance (1995), em seu texto *A Antropologia redescobre a sexualidade*, relata que mesmo a antropologia marginaliza a sexualidade. As pesquisas sobre essa temática são desencorajadas, o que deslegitima o estudo e, muitas vezes, coloca em dúvida os motivos e o próprio caráter do pesquisador.

As “descobertas” do período sexológico resultaram em modelos clínicos de intervenção operados por psicólogos, médicos e psicanalistas até

hoje. Os “autores-heróis” Freud, Ellis, Hirschfeld, Malinovsky, Stopes, Reich, pesquisadores do Instituto Kinsey, Margareth Mead, Masters & Johnson, por exemplo, dedicavam-se à saúde mental e, depois dos anos 1960, passaram a tratar também da “saúde sexual” – a normalidade biológica teria sido “revelada” pelo laboratório e a normalidade estatística, pelas pesquisas sobre crenças, atitudes ou práticas sexuais de populações e grupos (Paiva, 2008).

Desde o fim do século XVIII, a natureza feminina vinha sendo associada gradativamente aos órgãos reprodutivos. Essa associação referenciava o discurso dos médicos e de autoridades acerca das limitações dos papéis sociais e econômicos das mulheres. A divisão sexual do trabalho, reforçada por meio do capitalismo industrial urbano, acabou por restringir as atividades femininas ao espaço doméstico (Costa et al., 2006).

A rigidez das normas médicas traduz a necessidade intensa de ordenar e organizar o corpo feminino, medicalizando-o. No século XIX, por meio do discurso médico sobre a sexualidade e a reprodução, colocou-se o corpo da mulher como campo subordinado ao controle médico. Embora a regulação da sexualidade, baseada em preceitos científicos, não tenha se restringido ao corpo feminino, foi “satisfatoriamente” contundente em relação a ele, já que o seu processo de medicalização permitiu que tal regulação fosse exercida por meio de intervenções médicas radicais – entre elas a castração ou a mutilação, como mostram os documentos da época (Vieira, 2002).

Outro modelo da resposta da função sexual feminina foi proposto por Basson (2000), que a descreve sobretudo por meio das relações interpessoais. Nesse modelo não linear, a mulher pode ter a experiência da excitação antes do desejo e se envolver na atividade sexual movida pelo desejo de intimidade.

Figura 3 – Modelo da função sexual feminina proposto por Basson (2005).

Fonte: Basson, R. Women's sexual dysfunction: Revised and expanded definitions. Canadian Medical Association Journal. 2005;172(10):1327-33.

O ciclo da resposta sexual feminina, representado pela Figura 3, mostra o desejo responsivo experimentado durante a experiência sexual, bem como o desejo inicial variável (espontâneo). Na fase “inicial” (esquerda), há neutralidade sexual, mas com motivação positiva. Razões de uma mulher para instigar ou concordar com sexo incluem o desejo de expressar o amor, de receber e compartilhar o prazer físico, de sentir-se emocionalmente mais perto para agradar o parceiro e de aumentar seu próprio bem-estar. Isso leva a uma disposição para encontrar e conscientemente concentrar-se em estímulos sexuais. Esses estímulos são processados na mente, que, por sua vez, é influenciada por fatores biológicos e psicológicos. O estado resultante é uma excitação sexual subjetiva. A estimulação continuada permite que a excitação sexual e o prazer se tornem intensos, provocando maior desejo do sexo em si: o desejo

sexual, ausente inicialmente, está agora presente. A satisfação sexual, com ou sem orgasmo, ocorre quando a estimulação continua e a mulher, focada, desfruta a sensação de excitação sexual e está livre de qualquer resultado negativo, tais como a dor (Basson, 2005).

Os esforços para reduzir a sexualidade feminina a uma série de reações fisiológicas tiveram como consequência a limitação da sexualidade de acordo com normas sociais e científicas. No entanto, o conhecimento do funcionamento do ciclo sexual feminino segundo esses modelos é útil para a compreensão de algumas dificuldades e da complexidade das relações entre os diversos fatores fisiológicos, psicológicos e culturais que permeiam a sexualidade. A maioria dos estudos sobre os efeitos da episiotomia utiliza os modelos de função sexual apresentados anteriormente.

A fim de definir o anormal, os parâmetros do normal devem ser delineados. Entretanto, dados como o que está a ser medido, por quem, onde e como variam e, portanto, podem distorcer qualquer capacidade de fazer comparações. Frequência de relações sexuais com penetração e presença ou ausência de dor podem ser perguntas mais fáceis de fazer, mas a frequência de masturbação e outras atividades sexuais podem ser importantes para aquelas sem parceiros ou em mulheres com queixas uroginecológicas correlacionadas. Satisfação com estas atividades e/ou a capacidade de orgasmo podem ser outros marcadores da função sexual normal (Domoney, 2009).

Segundo Pons (2009), o ponto mais importante em qualquer análise da função sexual é a determinação de angústia com o próprio comportamento sexual. Isso pode estar relacionado à frequência ou infrequência da atividade, à dor, à capacidade de ou a frequência do orgasmo e aos sentimentos de desejo ou excitação. Embora a frequência de atividade tenda a diminuir ao longo do tempo, a satisfação pode permanecer intacta. Redução na atividade sexual pode, portanto, ser interpretada como uma disfunção, como um processo natural de envelhecimento ou como uma adaptação às novas circunstâncias de vida (Domoney, 2009).

Questionários e escalas sobre sexualidade desempenham papel fundamental no diagnóstico e tratamento das disfunções sexuais masculinas

e femininas. Eles são usados como resultados relatados pelo paciente (RRP) para (1) identificar/diagnosticar indivíduos com disfunção específica, (2) avaliar a gravidade da disfunção, (3) melhorar a satisfação com o tratamento, (4) examinar o impacto da disfunção na qualidade de vida do indivíduo (por exemplo, relação de satisfação, o humor, a confiança sexual) e (5) estudar o impacto da disfunção no parceiro e a sua qualidade de vida (Pons, 2009).

Os questionários medem uma informação “subjetiva” de forma “objetiva” e podem ser divididos em vários tipos. Dependendo do que está sendo medido, eles podem ser gerais ou podem avaliar uma condição específica. Questionários gerais comparam função ou qualidade de vida entre condições, enquanto os questionários específicos medem as diferenças entre os indivíduos com a mesma condição (Omotosho, Rogers, 2009).

Questionário autoaplicável é um método que possui vantagens significativas em várias áreas. Este método é bem padronizado, relativamente discreto, de baixo custo, além de ser fácil de administrar e de pontuar. No entanto, as diferenças de educação, etnia e culturais podem influenciar a validade destes testes (Rosen, 2002).

Os questionários devem possuir certos elementos-chave, que são as propriedades psicométricas, que incluem a validade, confiabilidade e a capacidade de resposta do questionário. O processo de validação de um questionário, pois, quando aplicado em populações linguística ou culturalmente distintas, requer revalidar as propriedades psicométricas. É improvável, por exemplo, que traduções literais de um questionário existente carreguem as especificidades do instrumento original (Omotosho, Rogers, 2009).

Dois elementos importantes da confiabilidade são consistência interna e reprodutibilidade. Consistência interna compreende o nível em que os itens do questionário estão relacionados uns aos outros, medido através da correlação item-total e do coeficiente *alfa de Cronbach*. A reprodutibilidade é avaliada pelo *test-retest*, em que se reaplica o questionário com o objetivo de examinar a extensão em que as respostas são consistentes ao longo do tempo (Pons, 2009).

Questionários sobre função sexual variam entre questionários *ad hoc* e questionários específicos validados. Os questionários *ad hoc*, também chamados não validados, embora comumente usados, não passaram por testes que confirmassem suas propriedades psicométricas. Dessa maneira, não é possível afirmar que realizem uma medida precisa da função sexual (Omotosho, Rogers, 2009).

Recentemente, alguns questionários validados tornaram-se disponíveis e são habitualmente utilizados para avaliar a função sexual em mulheres. A escolha do questionário para uso deve ser guiada pela questão de interesse do estudo (Omotosho, Rogers, 2009).

Os Quadros 1 e 2 apresentam os questionários mais utilizados para avaliação da função sexual feminina e algumas das suas características.

Quadro 1 – Propriedades psicométricas dos questionários mais utilizados para avaliar a função sexual feminina.

Questionários	Test–retest	Consistência interna	Grupos discriminados
Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)	0.71-0.94	0.61-0.85	Casais funcionais/disfuncionais
Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS)	–	0.8-0.93	Mulheres com e sem câncer de pulmão
Brief Index of Sexual Functioning –Women (BISF-W)	0.68-0.78	0.39-0.83	Mulheres funcionais/disfuncionais
McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ)	0.69-0.95	0.74	Mulheres na pós-menopausa, antes e após o tratamento com estrogênio
Female Sexual Function Index (FSFI)	0.79-0.88	0.89-0.97	Transtorno da Excitação Sexual Feminina (TESF)/controles; Transtorno Orgásmico Feminino (TOF)/controles
Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ)	0.53-0.93	0.43-0.86	Deprimido/não deprimido

Fonte: Omotosho TB, Rogers RG. Shortcomings/strengths of specific sexual function questionnaires currently used in urogynecology: a literature review. Int Urogynecol J. 2009;20 (Suppl 1):S51–S56. (tradução nossa).

Quadro 2 – Questionários para avaliação da função sexual/satisfação feminina.

Questionário	Nº de questões	Modo de aplicação	Domínios
GRISS	28	autoaplicável	Cinco domínios: anorgasmia, assexualidade, o vaginismo, a evasão e não insatisfação
PAIS	6	entrevista/ autoaplicável	Cinco domínios: qualidade, interesse sexual, frequência, satisfação, sem disfunção e conflito
BISF-W	22	autoaplicável	Sete domínios: pensamentos / desejo, excitação, frequência de atividade sexual, não receptividade / iniciação, relacionamento satisfação, prazer / orgasmo e problemas
MFSQ	25 longo 9 curto	autoaplicável	Seis domínios: interesse, atividade sexual, satisfação / frequência sexual, nenhuma lubrificação vaginal, orgasmo, parceiro sexual
FSFI	19	autoaplicável	Cinco domínios: desejo, lubrificação, orgasmo, excitação, dor, satisfação
PISQ	31 longo 12 curto	autoaplicável	Três domínios: comportamento emotivo, físico, socio-relacionado

Fonte: Omotosho TB, Rogers RG. Shortcomings/strengths of specific sexual function questionnaires currently used in urogynecology: a literature review. *Int Urogynecol J.* 2009;20 (Suppl 1):S51–S56. (Tradução nossa).

As limitações dos questionários sobre função sexual feminina são apresentadas por Omotosho e Rogers (2009). Sua falta de especificidade foi apontada como principal limitação, assim, os questionários que não são específicos para o objeto podem não ser suficientemente sensíveis para detectar alterações significativas na função sexual dessas mulheres. Outra limitação apontada diz respeito à tradução, dado que, embora alguns questionários do Quadro 2 tenham sido validados em outros idiomas, nenhum passou por validação de tradução para garantir o uso global.

A vida sexual no pós-parto sofre grandes alterações e é influenciada por mudanças na anatomia, nos hormônios, na estrutura familiar e no relacionamento com parceiro. Segundo Barrett et al. (2000), a redução do desejo e o medo do retorno à atividade sexual são comuns nesse período. Questões hormonais ligadas à amamentação também levam à redução da libido e podem relacionar-se com a dispareunia (Rowland et al., 2005). Disfunção sexual no período pós-parto é encontrada entre 41% a 83% das mulheres no primeiro trimestre de pós-parto (Barrett et al., 2000; Glazener, 1997; Signorello et al., 2001).

Badinter (2010) destaca que a chegada de uma criança promove uma revolução no corpo da mulher, o que a afasta da sexualidade e secundariza a existência do casal. Ela também aborda a dificuldade da negociação entre mulher e mãe. Em suas palavras (2010, p.130): “A mãe faz desaparecer, então, a namorada e põe o casal em perigo [...] Mas não basta pedir ao pai que tenha paciência; é preciso ainda que a mãe não se deixe devorar pelo filho a ponto de aniquilar seus desejos de mulher”.

A imagem corporal é outro fator que interfere na vida sexual: alterações físicas durante a gestação e o parto podem levar a puérpera a se sentir indesejada e aflita quanto à nova condição da vagina – interpretada muitas vezes como “frouxa ou retalhada” (Salim, Araújo, Gualda, 2010).

Muitas mulheres logo após o parto e nas primeiras semanas de pós-parto podem sentir seu corpo aberto, vulnerável, exposto ao olhar e manuseio dos outros. As mulheres que tiveram episiotomia, principalmente aquelas realizadas sem autorização, podem se sentir violadas, e violada é o termo que muitas mulheres usam quando relatam sua reação à episiotomia. O que para algumas pode ser um pequeno corte que cicatriza rápido, para outras mulheres deixa marcas profundas, tanto físicas quanto emocionais. Os problemas sexuais após a episiotomia são invisíveis e de alguma forma são atribuídos como culpa da própria mulher (Kitzinger, 1990).

A partir dos anos 2000, aumenta a procura por procedimentos cirúrgicos de alteração da genitália feminina; os mais comuns são: a redução dos pequenos lábios, lipossucção do monte pubiano e estreitamento vaginal – o último mais comum em mulheres que tiveram parto normal. Tal

comportamento surge a partir de uma nova demanda sociocultural que cria um ideal estético para a genitália feminina. Isso pode ser exemplificado por meio da tendência à depilação total dos pelos pubianos, que, ao exibir a genitália, transforma a significação da aparência da vulva para as mulheres e seus parceiros (Johnsdotter, 2011; Plowman, 2011).

Nesse sentido, a episiotomia no parto vaginal pode ter repercussões significativas no tocante à autoimagem corporal das mulheres. Logo, as condições perineais devem ser consideradas para o estudo da sexualidade no pós-parto.

A literatura sobre a sexualidade no pós-parto é centrada nas análises quantitativas, que se utilizam de questionários e inventários para descrever a função sexual das mulheres, negligenciando a subjetividade das experiências e os significados dessas para as mulheres (Trutnovsky et al., 2006). Sob essa perspectiva, uma abordagem qualitativa se faz indispensável sobre o assunto.

Trutnovsky et al. (2006), com foco nas mudanças do ciclo gravídico-puerperal, examinaram as necessidades sexuais, a atividade sexual, a importância subjetiva e a satisfação com a vida sexual. Para isso, realizaram entrevistas semiestruturadas em três momentos: início e final da gestação e no sexto mês de pós-parto. Na comparação com o período pré-gestacional, durante a gravidez detectou-se redução da percepção de “importância da sexualidade”, “importância do ato sexual” e “satisfação com a vida sexual presente”, com um leve aumento no período pós-parto.

Profissionais da assistência ao parto precisam entender o significado da episiotomia para a mulher e desenvolver seu corpo de conhecimento sobre o parto do ponto de vista daquelas que o estão vivenciando. A definição de episiotomia deve ser revista no contexto da filosofia da prática atual, considerando como o significado da episiotomia é socialmente construído (Way, 1998).

O período puerperal é relativamente negligenciado e desperta pouco interesse tanto da academia quanto de profissionais da saúde. Há uma tendência do cuidado centralizado na criança, com relativo desinteresse na saúde e nas necessidades da puérpera. Essa negligência torna-se ainda maior quando se trata da sexualidade desse período (Glazener, 1997).

A invisibilidade do período pós-natal e a carência de um reconhecimento sistemático de que o cuidado após o nascimento constitui uma continuidade fundamental do cuidado na gravidez e no parto são comuns na maioria dos países. O cuidado pós-natal eficaz, oportuno e adequado deveria ser visto como um direito humano (Bick, Bastos, Diniz, 2008).

Outros estudos salientam a necessidade de conversas e orientações sobre a sexualidade durante a assistência ao pré-natal e no pós-parto (Olsson et al., 2005; Trutnovsky et al., 2006; Woranitat, Taneepanichskul, 2007).

A vida sexual no período pós-parto, desse modo, deve ser incluída na pauta das pesquisas acadêmicas, analisada amplamente por meio de abordagem que considere as interações cultural, histórica e social desse período da vida da mulher.

A partir do pressuposto de que a episiotomia pode estar relacionada à alteração da função sexual no pós-parto, este trabalho propõe uma revisão sistemática sobre o tema.

A análise conjunta da evidência para fins de síntese e disponibilização para a incorporação na prática clínica aponta a necessidade de tal revisão sistemática. Faz-se necessário verificar se há evidências de estudos quantitativos sobre os efeitos da episiotomia na função sexual das mulheres no período pós-parto.

A seguinte pergunta é, portanto, proposta para a revisão sistemática:
a episiotomia repercute na função sexual da mulher nos 24 meses após o parto?

Espera-se que a revisão sistemática possa apresentar evidências sobre os efeitos da episiotomia na função sexual da mulher no pós-parto, de modo a embasar a prática clínica do cuidado com as mulheres durante a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto.

2 OBJETIVO

2. OBJETIVO

Identificar as melhores evidências sobre os efeitos da episiotomia na função sexual da mulher nos 24 meses subsequentes ao parto vaginal.

3 MÉTODO

3. MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizada uma revisão sistemática quantitativa sobre o efeito da episiotomia na função sexual da mulher até 24 meses após o parto, com base nos principais orientações metodológicas do Instituto Joanna Briggs (JBI).

A revisão sistemática é uma forma de síntese das informações disponíveis em dado momento, sobre um problema específico, de forma objetiva e reproduzível, por meio de método científico. Ela tem como princípios gerais a exaustão na busca dos estudos analisados, a seleção dos estudos justificada por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica, bem como a quantificação do efeito dos tratamentos por meio de técnicas estatísticas (Higgins, Green, 2008; Galvão, Sawada, Trevizan, 2004; JBI, 2014).

A posição ocupada pela revisão sistemática na hierarquia da evidência ilustra a sua importância para a clínica e a pesquisa. Nessa hierarquia, estudos de revisão sistemática, com meta-análise ou sem ela, que incluam ensaios clínicos randomizados (ECR) e estudos experimentais tendem, geralmente, a disponibilizar evidência mais forte, ou seja, são estudos mais adequados para responder a perguntas sobre a eficácia de uma intervenção (Evans, 2003).

O JBI foi criado em 1996, pela parceria do Royal Adelaide Hospital e da Universidade de Adelaide, na Austrália, com a missão de aprimorar a saúde global por meio da geração, síntese e aplicação de práticas baseadas em evidências. Tem como proposta a prestação de cuidados baseados em evidências como característica central dos serviços de saúde para a melhoria da saúde da população global (JBI, 2014).

O JBI é uma organização internacional de pesquisa e desenvolvimento, sem fins lucrativos, que opera em diversas áreas da saúde, gerando e apoiando a difusão das práticas baseadas em evidências. Iniciou suas atividades na área de enfermagem e atualmente envolve pesquisadores de diversas áreas da saúde, como médicos, enfermeiros, pesquisadores,

acadêmicos e gestores, que atuam em 40 países por meio de centros colaboradores e afiliados. Estes centros estão geralmente localizados em universidades, serviços de saúde e organizações profissionais (JBI, 2011).

O Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Baseado em Evidências: Centro Afiliado do Instituto Joanna Briggs (JBI – Brasil)¹ é a primeira entidade colaboradora do JBI no Brasil. Por meio da iniciativa conjunta da Escola de Enfermagem, da Faculdade de Saúde Pública e do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, o JBI – Brasil iniciou suas atividades em 2009.

As recomendações para o desenvolvimento de revisão sistemática do JBI fundamentam-se no modelo de saúde baseada em evidências (Figura 6), de acordo com as seguintes etapas (Pearson et al, 2005):

- geração de evidência na área de saúde;
- síntese da evidência;
- transferência de conhecimento;
- utilização da evidência.

Cada etapa da saúde baseada em evidência é representada como um processo cíclico que deriva de perguntas, preocupações ou interesses a partir da identificação das necessidades de saúde globais encontradas por médicos ou pacientes/clientes. Inicia-se, então, a abordagem das questões através da geração de conhecimento e evidência de maneira eficaz e adequada para atender a essas necessidades de forma que sejam viáveis e significativas para as populações, e culturas específicas em seus diferentes contextos. Esta evidência é posteriormente avaliada, sintetizada e transferida para os serviços e profissionais de saúde que, então, a utilizam e avaliam seu impacto sobre os resultados de saúde, sistemas de saúde e prática profissional (Pearson et al, 2005).

¹Ver mais informações em: <http://www.ee.usp.br/pesq/nucleo/jbi/>.

Figura 4– Modelo conceitual de saúde baseada em evidências do Joanna Briggs Institute.

Fonte:Joanna Briggs Institute (JBI). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2011 edition. Adelaide:The Joanna Briggs Institute; 2011.

A pesquisa em saúde com base em evidências tem por finalidade geração de evidências, ou seja, determina a viabilidade, adequação, significado ou eficácia de uma intervenção, atividade ou fenômeno. Isso se aplica tanto em relação à saúde como aos métodos de utilização da evidência, levando, assim, à mudança de prática (JBI, 2014).

A evidência quantitativa é gerada pela pesquisa com base em métodos científicos tradicionais que produzem dados numéricos. Evidências quantitativas geralmente procuram estabelecer relações entre duas ou mais variáveis e, em seguida, são usados modelos estatísticos para avaliar a força e a importância dessas relações. A força da evidência quantitativa reside na

sua validade e confiabilidade – as mesmas medidas devem produzir os mesmos resultados ou respostas (JBI, 2014).

O termo “evidência” em revisões sistemáticas do JBI é usado para significar a base da crença, a comprovação ou confirmação a fim de acreditar que algo é verdadeiro. As revisões sistemáticas quantitativas do JBI focam em evidências de eficácia. A eficácia é dada na medida em que uma intervenção, quando utilizada de forma adequada, atinge o efeito pretendido. Eficácia clínica é a relação entre uma intervenção e os resultados clínicos ou de saúde (JBI, 2014; Pearson, 2005).

3.2 NÍVEIS DE EVIDÊNCIA DO JBI

O Instituto Joanna Briggs e suas entidades colaboradoras recentemente adotaram também a abordagem Grade para revisões sistemáticas de eficácia (JBI, 2014)

O Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (Grade) constitui um sistema de avaliação e graduação dos níveis de evidência e fornece critérios explícitos para a classificação da qualidade das evidências, que incluem desenho do estudo, risco de viés, imprecisão, incoerência, evidência indireta e magnitude de efeito. Como resultado, a evidência é classificada como alta, moderada, baixa e muito baixa (Guyatt et al., 2011).

Assim, o JBI (2014) apresenta os seus níveis de evidência da seguinte forma:

- **Nível I para estudos experimentais**, sendo Nível 1.a – Revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados (ECR); Nível 1.b – Revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados e outros estudos; Nível 1.c – ensaios clínicos randomizados (ECR); Nível 1.d – Pseudo-ensaios clínicos randomizados (ECR);
- **Nível 2 para estudos quase-experimentais**: Nível 2.a – Revisão sistemática de estudos quase-experimentais; Nível 2.b – Revisão sistemática de estudo quase-experimental e

outros estudos menores; Nível 2.c – Estudo prospectivo quase-experimental controlado; Nível 2.d – Pré-teste, pós-teste ou estudo histórico, grupo controle retrospectivo;

- **Nível 3 – Estudos observacionais analíticos:** Nível 3.a – Revisão sistemática de estudos de coorte comparáveis; Nível 3.b – Revisão sistemática de estudos de coorte comparáveis e outros estudos menores; Nível 3.c – Estudo de coorte com grupo controle; Nível 3.d – Estudos de caso-controle; Nível 3.e – Estudos observacionais, sem grupo controle;
- **Nível 4 – Estudos observacionais descritivos:** Nível 4.a – Revisão sistemática de estudos descritivos; Nível 4.b – Estudos transversais; Nível 4.c – Estudos de casos de séries; Nível 4.d – Estudos de casos;
- **Nível 5 – Opinião de especialista:** Nível 5.a – Revisão sistemática de opinião de especialistas; Nível 5.b – consenso de peritos; Nível 5.c – pesquisa Bench/única opinião de especialistas.

3.3 ETAPAS DE UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Segundo a proposta do JBI, uma revisão sistemática corresponde à análise de toda a literatura disponível e ao julgamento da efetividade na prática clínica. Inclui os seguintes passos (Pearson, 2005):

- desenvolvimento de um protocolo de revisão;
- estabelecimento de uma questão para a revisão;
- identificação dos critérios que serão utilizados para a seleção da literatura;
- detalhamento da estratégia que será usada para identificação de toda a literatura relevante, de acordo com o período de tempo especificado;
- estabelecimento do critério de avaliação crítica para inclusão dos estudos;

- detalhamento da extração dos dados dos estudos primários;
- desenvolvimento de um plano para análise e síntese dos resultados dos estudos.

O JBI recomenda o desenvolvimento de um protocolo que considere todos os passos da revisão sistemática e que seja dirigido por um pesquisador do Instituto, que irá submetê-lo a dois revisores para avaliação e aceitação. Esta etapa pode ser realizada por meio do JBI-CReMS, um *software* projetado para elaborar protocolos, realizar revisões sistemáticas, armazenar dados sobre os estudos e acessar os módulos específicos para avaliação crítica de cada tipo (JBI, 2011).

Figura 5 – Descrição geral sobre o processo de revisão sistemática da literatura.

Fonte: Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Rev bras fisioter. 2007;11(1):83-9.

3.4 QUESTÕES DO ESTUDO

Para estudos quantitativos, as questões podem ser preparadas com a estratégia PICO. P está para “paciente”, “população” ou “problema”; I, para “intervenção” ou “fenômeno de interesse”; C, para “comparação”; e O, para “resultado” ou “desfecho”, isto é, *outcome*, em inglês.

Para o desenvolvimento desta revisão a estratégia PICO foi a seguinte:

P (participantes): mulheres até 24 meses após o parto de todas as paridades que tiveram parto normal.

I (intervenção): episiotomia.

C (controles): mulheres até 24 meses após o parto que tiveram parto normal e não receberam episiotomia.

O (resultados): função sexual avaliada por instrumentos validados, tempo de retorno à atividade sexual e dispareunia.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS ESTUDOS

3.5.1 Tipo de estudos

Foram incluídos estudos de todos os delineamentos observacionais: estudos do tipo antes e depois, coorte, caso-controle, transversal, descritivos e séries de casos. Estes estudos foram incluídos a partir das informações dos resumos.

3.5.2 Participantes

Este componente do estudo incluiu as mulheres que tiveram parto vaginal, independentemente de paridade, idade, escolaridade, raça, cultura e etnia. Partos com uso de fórceps foram excluídos.

3.5.3 Intervenção

Uso da episiotomia. Partos com uso de fórceps foram excluídos.

3.5.4 Controle

Ausência de episiotomia. Lacerações vaginais de III e IV graus foram excluídas.

3.5.5 Tipos de resultados

Esse componente incluiu os estudos com resultados em relação à função sexual avaliados por meio de instrumentos validados, tempo de retorno à atividade sexual e dispareunia.

3.6 ESTRATÉGIA DE BUSCA PARA IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS

Foi realizada uma busca inicial nas bases secundárias que cadastram e divulgam revisões sistemáticas em andamento ou já finalizadas. Esta etapa é recomendada para verificar se uma revisão sistemática está sendo conduzida ou já foi realizada por outros pesquisadores.

Não foram encontradas revisões semelhantes nas bases de dados da Cochrane Library nem na Library do JBI.

A estratégia de busca tem como objetivo encontrar tanto estudos publicados como não publicados, sem restrição de idioma e tempo da publicação.

Para a busca, foram utilizados três passos em todos os componentes desta revisão. Foi realizada uma **busca inicial** com textos completos, que foram recuperados por meio da análise das palavras contidas no título, no resumo e nos descritores. No segundo passo **foram empregados todos os descritores e palavras-chave identificados**. No terceiro passo, a **lista de referências bibliográficas dos artigos foi revisada** para encontrar estudos

adicionais.

As bases de dados nas quais foram feitas as buscas são: **CINAHL, Embase, LILACS, Proquest, PubMed, ScienceDirect, Scopus e Web of Science**. A seleção dessas bases contou com o apoio da biblioteca da Escola de Enfermagem da USP em conjunto com as recomendações do JBI.

Após a estratégia de busca ser realizada nas bases identificadas no parágrafo anterior, a mesma também foi realizada por meio do **Google Acadêmico**. Mediante a leitura dos títulos selecionados dessa busca, foi possível identificar que os artigos de maior relevância já tinham sido encontrados por meio das outras bases de dados.

Além da criteriosa seleção das bases de dados, foi necessário escolher descritores adequados para abranger todos os estudos relevantes sobre o tema em foco. A estratégia consiste na utilização dos descritores em Ciências da Saúde, baseados no Medical Subject Headings of U.S. National Library of Medicine (MeSH) e no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou seus sinônimos, de acordo com as diferentes bases de dados.

Quadro 3 – Descritores utilizados, segundo bases de dados.

DeCS	MeSH	CINAHL/ Headlines	Embase/ Emtree
Episiotomia	Episiotomy	Episiotomy	Episiotomy
Comportamento sexual	Sexual behavior		
Sexualidade	Sexuality	Sexuality	Sexuality
Disfunção sexual fisiológica	Sexual dysfunction, physiological	Sexual dysfunction	
Disfunções sexuais psicogênicas	Sexual dysfunction, psychological		
Período pós-parto	Postpartum eriod	Postnatal period	Puerperium
		Postnatal care	
		Childbirth	Childbirth
			Coitus
		Sexual counseling	

Os termos livres e descritores identificados na estratégia PICO foram combinados por meio dos operadores booleanos “OR”, “AND” e “NOT”, conforme o Quadro 4.

Quadro 4 – Descritores e termos livres, estratégias de busca e data da busca, por base de dados.

Bases de dados	Data da busca	Descritores/ termos livres	Estratégia de busca
CINAHL	7 de outubro de 2013	(MH "Episiotomy") (MH "Childbirth") (MH "Sexual Dysfunction, Female") (MH "Coitus") (MH "Sexual Counseling") (MH "Postnatal Care") (MH "Postnatal Period")	(MH "Episiotomy") OR "Episiotomy" OR (MH "Childbirth") OR "Childbirth" AND "Sexuality" OR Sexual Function" OR (MH "Sexual Dysfunction, Female") OR "dyspareunia" OR (MH "Coitus") OR "Coitus" OR (MH "Sexual Counseling") AND (MH "Postnatal Care") OR (MH "Postnatal Period") OR "postnatal"
EMBASE	26 de agosto de 2013	'episiotomy'/exp 'childbirth'/exp 'puerperium'/exp 'postnatal care'/exp 'perinatal period'/exp 'sexual function'/exp 'sexuality'/exp 'coitus'/exp 'sex'/exp	'childbirth'/exp OR 'puerperium'/exp OR 'postnatal care'/exp OR 'perinatal period'/exp AND 'sexual function'/exp OR 'sexuality'/exp OR 'coitus'/exp OR 'sex'/exp AND 'episiotomy'/exp

(continua)

Bases de dados	Data da busca	Descritores/ termos livres	Estratégia de busca
LILACS	7 de outubro de 2013	tw:(episiotomia) tw: (parto normal) tw:(período pós-parto) tw:(sexualidade) tw:(comportamento sexual) tw:(disfunção sexual)	(tw:(episiotomia)) AND (tw: (parto normal)) AND (tw:(período pós-parto)) OR (tw:(sexualidade)) OR (tw:(comportamento sexual)) OR (tw:(disfunção sexual))
ProQuest	7 de outubro de 2013	Episiotomy Puerperium Postpartum Postnatal sexual function sexuality dyspareunia coitus sexual behavior	Episiotomy AND Puerperium OR Postpartum OR Postnatal AND sexual function OR sexuality OR dyspareunia OR coitus OR sexual behavior
PUBMED	7 de outubro de 2013	"episiotomy"[MeSH Terms] "parturition"[MeSH Terms] "postpartum period"[MeSH Terms] "sexuality"[MeSH Terms] "sexual behavior" [MeSH Terms]	((("episiotomy"[MeSH Terms] OR episiotomy[Text Word]) OR ("parturition"[MeSH Terms] OR parturition[Text Word])) AND ("postpartum period"[MeSH Terms] OR postpartum period[Text Word])) AND ("sexuality"[MeSH Terms] OR "sexual behavior" [MeSH Terms] OR sexuality[Text Word])

(continua)

Bases de dados	Data da busca	Descritores/ termos livres	Estratégia de busca
ScienceDirect	7 de outubro de 2013	episiotomy parturition childbirth puerperium "postnatal care" postpartum sexuality "sexual function" coitus "sexual behavior" depression	(episiotomy AND parturition OR childbirth AND puerperium OR "postnatal care" OR postpartum AND sexuality OR "sexual function" OR coitus OR "sexual behavior") AND NOT depression
Scopus	7 de outubro de 2013	Episiotomy Parturition Childbirth puerperium "postnatal care" postpartum sexuality "sexual function" coitus "sexual behavior"	(episiotomy AND parturition OR childbirth AND puerperium OR "postnatal care" OR postpartum AND sexuality OR "sexual function" OR coitus OR "sexual behavior")

(continua)

Bases de dados	Data da busca	Descritores/ termos livres	Estratégia de busca
Web of Science	07 de outubro de 2013	<p>Tópico=(Episiotomy) Tópico=(childbirth) Tópico=(puerperium) Tópico=(postnatal care) Tópico=(postpartum care) Tópico=(postpartum) Tópico=(sexual function) Tópico=(sexual dysfunction) Tópico=(sexuality) Tópico=(dyspareunia) Tópico=(coitus) Tópico=(sexual behavior)</p>	<p>(Tópico=(Episiotomy) OR Tópico=(childbirth) AND Tópico=(puerperium) OR Tópico=(postnatal care) OR Tópico=(postpartum care) OR Tópico=(postpartum) AND Tópico=(sexual function) OR Tópico=(sexual dysfunction) OR Tópico=(sexuality) OR Tópico=(dyspareunia) OR Tópico=(coitus) OR Tópico=(sexual behavior)</p>

3.7 ORGANIZAÇÃO E PROCESSAMENTO DAS PUBLICAÇÕES IDENTIFICADAS

As publicações identificadas foram organizadas em pastas eletrônicas do software *EndNote Web*, gerenciador de referências bibliográficas on-line disponível para usuários com acesso ao IP da Universidade de São Paulo. Esta ferramenta possibilita identificar as publicações em duplicata e as referências bibliográficas cadastradas em mais de uma base de dados eletrônica.

3.8 SELEÇÃO DOS ARTIGOS

Inicialmente, todas as publicações identificadas nas bases de dados eletrônicas foram lidas e analisadas, considerando o título e o resumo disponível.

Todas as publicações que atenderam aos critérios de inclusão, segundo os critérios do PICO, nesta fase inicial, foram selecionadas para a etapa seguinte, na qual todas foram lidas e analisadas integralmente. Após essa avaliação, as que preencheram os critérios de inclusão foram incluídas na revisão sistemática. Os textos lidos integralmente que não atenderam aos critérios de inclusão foram separados e não incluídos na revisão.

3.9 AVALIAÇÃO DOS ARTIGOS

Os artigos quantitativos selecionados foram avaliados previamente por dois revisores independentes, por meio dos instrumentos de análise crítica padronizados pelo modelo do JBI Meta Analysis of Statistics Assesment and Review Instrument (JBI-MAStARI), Anexo I.

3.10 EXTRAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram extraídos dos artigos incluídos por meio do JBI-MAStARI (Anexo II). Os dados extraídos incluíram detalhes da

intervenção, da população, dos delineamentos e os resultados significativos para a questão da revisão.

3.11 SÍNTESE DOS RESULTADOS

Quando possível, os resultados dos estudos quantitativos foram incluídos em uma metanálise estatística utilizando o JBI-MASStARI. Todos os resultados foram incluídos em dupla entrada. O Odds Ratio (para dados categóricos) e a diferença entre médias (para dados contínuos) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% foram utilizados para a análise.

A homogeneidade foi avaliada utilizando o teste do qui-quadrado padrão. O Cálculo da heterogeneidade apresenta uma indicação de quando não é correto conduzir uma metanálise dos dados obtidos. Um valor de p significativo ($p < 0,05$) indica que os resultados dos estudos incluídos são diferentes uns dos outros; este é um sinal importante para o revisor que os resultados da metanálise podem não ser válidos. Por outro lado $p > 0,05$ sugerem que a metanálise é válida.

Quando não foi possível realizar a metanálise, pelo motivo de o estudo não apresentar dados suficientes ou em caso de a heterogeneidade ter sido confirmada pelo teste do qui-quadrado os resultados foram apresentados de modo narrativo.

3.12 GRÁFICO FLORESTA

A configuração padrão do JBI-CReMS/MASStARI² para gráficos do tipo floresta ilustra sempre o aumento na média do desfecho, do lado direito do gráfico, e a redução na média do desfecho é apresentada do lado esquerdo do gráfico, o que na maioria dos estudos significa que os resultados satisfatórios se localizam predominantemente no lado esquerdo do gráfico. Embora isso seja verdade em muitos tipos de estudos,

² Para maiores informações acesso o manual do usuário JBI-SUMARI <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/SUMARI-V5-User-guide.pdf>

particularmente aqueles que medem morbidade e mortalidade, nem todos se enquadram nessa configuração. Cabe ao usuário estar ciente desse padrão e incluí-lo na sua interpretação, levando em conta o tipo de desenho e de intervenção/tratamento pesquisado.

Para a leitura do gráfico do tipo floresta, deve-se atentar que a coluna à esquerda lista os estudos dos quais os dados foram coletados. As linhas horizontais representam os intervalos de confiança. Se a linha horizontal tocar ou cruzar a linha vertical central do gráfico, não há diferença estatística entre os grupos em relação ao benefício ou malefício do tratamento. O ponto central de cada linha horizontal representa a mensuração do efeito.

O tamanho do ponto central indica o peso relativo de cada estudo no resultado final. Esse peso é baseado no número de participantes e no número de eventos. Grandes estudos têm maior peso, mas a qualidade dos estudos não contribui para o peso. O diamante (losango) localizado na parte inferior do gráfico indica o resultado final da combinação dos estudos.

3.13 LIMITAÇÃO

Considera-se uma limitação da revisão a inexistência de estudos experimentais sobre o uso da episiotomia para analisar o efeito na função sexual no pós-parto.

4 RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1 ESTUDOS SELECIONADOS

Os estudos foram identificados nas bases de dados CINAHL, Embase, LILACS, Proquest, PubMed, ScienceDirect, Scopus e Web of Science. A quantidade de estudos identificados em cada base está descrito no Quadro 5.

Quadro 5 – Número de publicações identificadas, por base de dados.

Bases de dados	Número de publicações
CINAHL	64
Embase	63
LILACS	48
Proquest	126
PubMed	39
ScienceDirect	133
Scopus	170
Web of Science	141

Foram identificados 784 publicações, sendo 76 publicações repetidas. O título e o resumo de todas elas foram lidos e, a partir dessa leitura, 663 publicações foram descartadas. Publicações sem resumo também foram excluídas. Foram selecionadas 45 publicações para leitura na íntegra, após a qual 11 estudos foram identificados como possíveis para inclusão nesta revisão sistemática. Após avaliação do rigor metodológico, seis artigos foram incluídos. A Figura 6 apresenta o fluxo de seleção dos artigos.

Figura 6– Fluxo de seleção dos artigos.

As razões para exclusão das cinco publicações são descritas no Quadro 6.

Quadro 6 – Razões para exclusão dos artigos.

Publicações	Razões para exclusão
Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW	Método utilizado para avaliação da função sexual não adequado e modo de amostragem não descrito
Ejegård H, Ryding EL, Sjögren B	Não foi possível identificar desenho do estudo e o questionário utilizado para avaliação da função sexual é uma adaptação
Grudzinskas J G, Atkinson L	Não descreve modo de amostragem nem como foi mensurada a função sexual
Islam A, Hanif A, Ehsan A, Arif S, Niazi SK, Niazi AK	Não descreve modo de amostragem nem como foi mensurada a função sexual
Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED	Não foram identificadas estratégias para lidar com fatores de confusão

Os estudos incluídos são descritos no Quadro 7.

Quadro 7 – Descrição dos artigos incluídos.

Autores	Ano	Periódico	Desenho do estudo	Intervenção	Controle	Desfechos
Chang SR, Chang TC, Chen KH, Lin HH	2010	Journal of Sexual Medicine	Coorte	Mulheres com episiotomia	Mulheres sem episiotomia	Função Sexual FSFI
Chang SR, Chen KH, Lin HH, Chao YMY, Lai YH	2011	International Journal of Nursing Studies	Coorte	Mulheres com episiotomia	Mulheres sem episiotomia	Função Sexual FSFI
Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, Boaz M, Kovo M, Golan A, Sadan O	2013	Archives of Gynecology and Obstetrics	Coorte	Mulheres com episiotomia	Mulheres sem episiotomia	Função Sexual FSFI
Radestad I, Olsson A, Nissen E, Rubertsson C	2008	Birth	Coorte com base populacional	Mulheres com episiotomia	Mulheres sem episiotomia	Tempo de retorno à atividade sexual
Rathfisch G, Dikencik BK, Beji NK, Comert N, Tekirdag AI, Kadioglu A	2010	Journal of Advanced Nursing	Transversal	Mulheres com episiotomia	Mulheres sem episiotomia	Tempo de retorno à atividade sexual Dispareunia
Worantit W, Taneepanichskul S	2007	J Med Assoc Thai	Transversal	Mulheres com episiotomia	Mulheres sem episiotomia	Tempo de retorno à atividade sexual

4.2. QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

4.2.1 Critério de avaliação dos estudos

Para avaliação dos estudos, como descrito no item 3.9 do método, utilizou-se o software MASTARI, do Instituto Joanna Briggs. Os 11 artigos selecionados para análise foram submetidos a nove questões para avaliação do rigor metodológico, tarefa que foi realizada por dois revisores de modo separado (Anexo I). O critério para inclusão foi ter sete ou mais dessas questões como positivas. (JBI, 2014)

Não houve discordância entre os revisores, portanto, não foi necessário um terceiro revisor.

4.2.2 Níveis de evidência

O Instituto Joanna Briggs e suas entidades colaboradoras decidiram recentemente adotar a abordagem Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (Grade) para revisões sistemáticas de eficácia (JBI, 2014).

O Grade é um sistema de avaliação e graduação dos níveis de evidência e fornece critérios explícitos para a classificação da qualidade das evidências. Ele tem sido utilizado por instituições como a Colaboração Cochrane e o National Institute for Health and Care Excellence (Nice) (Guyatt et al., 2011).

O Quadro 8 apresenta o nível de evidência dos artigos incluídos de acordo com os critérios do Instituto Joanna Briggs.

Quadro 8 – Nível de evidência dos artigos incluídos.

Artigo	Nível de evidência
Chang SR, Chang TC, Chen KH, Lin HH. Sexual Function in Women 3 Days and 6 Weeks After Childbirth: A Prospective Longitudinal Study Using the Taiwan Version of the Female Sexual Function Index. Journal of Sexual Medicine. 2010	Nível 3.c - Estudo de coorte com grupo controle
Chang SR, Chen KH, Lin HH, Chao YMY, Lai YH. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study. International Journal of Nursing Studies. 2011	Nível 3.c - Estudo de coorte com grupo controle
Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, Boaz M, Kovo M, Golan A, et al. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2013	Nível 3.c - Estudo de coorte com grupo controle
Radestad I, Olsson A, Nissen E, Rubertsson C. Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: a nationwide follow-up. Birth. 2008	Nível 3.c - Estudo de coorte com grupo controle
Rathfisch G, Dikencik BK, Beji NK, Comert N, Tekirdag AI, Kadioglu A. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. Journal of Advanced Nursing. 2010	4.b - Estudos transversais
Woranitat W, Taneepanichskul S. Sexual function during the postpartum period. J Med Assoc Thai. 2007	4.b - Estudos transversais

4.2.3 Detalhamento metodológico dos estudos incluídos

O estudo de Chang et al. (2010) compreende uma coorte prospectiva. Os autores não descrevem o modo como selecionaram a amostra, mas definem os critérios de inclusão e exclusão dos participantes, estratégia que pode diminuir fatores de confusão do estudo. Os pesquisadores apresentam objetivo claro e realizam o seguimento em tempo apropriado para a análise do desfecho, que é mensurado com instrumento validado (FSFI). A análise estatística utiliza teste t-Student, o modelo linear geral foi utilizado para testar a hipótese nula de que a pontuação total média da função sexual era a mesma entre os grupos.

Em Chang et al (2011) descreve-se uma coorte prospectiva. Os autores não apresentam o modo como selecionaram a amostra, mas esclarecem os critérios de inclusão e exclusão dos participantes, estratégia que ajuda a diminuir fatores de confusão. O objetivo do estudo é claro, assim como o tempo de seguimento para análise do desfecho, que é mensurado com instrumento validado (FSFI). As medidas emparelhadas para cada instrumento por tempo foram analisados utilizando o modelo linear geral (GLM), com análise de covariância (ANCOVA).

Lurie et al. (2013) apresentam um estudo de coorte prospectivo, com amostra representativa. Os critérios de inclusão e exclusão são claros e bem definidos, assim como o objetivo. O tempo de seguimento é adequado para o objetivo do estudo e utiliza-se instrumento validado (FSFI) para avaliar a função sexual. A análise estatística utiliza, para as variáveis contínuas, média e desvio padrão. As distribuições de variáveis contínuas foram avaliadas quanto à normalidade pelo teste de Kolmogorov-Smirnov (considerado significativo em $p=0,01$). Todos os demais testes têm o nível de significância de $p<0,05$.

O estudo de Radestad et al. (2008) apresenta uma coorte de base populacional, com amostra representativa, homogeneidade entre o grupo de intervenção e controle e objetivo claro. O seguimento está de acordo com o tempo necessário para análise do desfecho. Razões de riscos não ajustados (razão de proporção, risco relativo), intervalos de 95% de confiança (IC

95%) foram estimados para a associação entre as variáveis independentes e a primeira relação sexual após o parto para cada subgrupo pelo método de Mantel-Haenszel. Os valores de p foram calculados por meio do teste exato de Fisher.

O estudo de Rathfisch et al. (2010) é do tipo descritivo transversal. Os autores não relatam a técnica de amostragem, mas apresentam objetivo claro, usam critérios definidos de inclusão e exclusão dos participantes e avaliam tempo de retorno à atividade sexual e dispareunia em momento e com técnicas adequados. Para a análise estatística utilizaram-se cálculos percentuais, médias, desvio padrão e teste de qui-quadrado para avaliar associações.

O trabalho de Woranitat e Taneepanichskul (2007) constitui um estudo descritivo transversal. Os autores apresentam objetivo claro e critérios de inclusão e exclusão dos participantes bem definidos, garantindo a homogeneidade entre os grupos. Do mesmo modo, o tempo de desenvolvimento do estudo é adequado para a análise dos desfechos e o instrumento de coleta de dados se mostra apropriado. A análise estatística foi apresentada por média, desvio padrão e porcentagem, e o teste do qui-quadrado foi empregado para avaliar associações.

4.3 RESULTADOS DOS ESTUDOS

Os participantes dos artigos incluídos são mulheres saudáveis em idade reprodutiva, que tiveram parto vaginal, excluídos partos com fórceps. O grupo de intervenção compreende mulheres que tiveram parto vaginal com episiotomia e o grupo controle, mulheres que tiveram parto vaginal sem episiotomia.

Os desfechos analisados foram a **função sexual, o tempo para retorno à atividade sexual e dispareunia**. Todos os desfechos só foram avaliados quando mensurados com quatro semanas ou mais após o nascimento, devido ao tempo necessário para cicatrização de lacerações e da episiotomia. O período máximo para análise dos desfechos correspondeu a 24 meses, no entanto, o maior tempo encontrado nos estudos incluídos foi de

seis meses, no desfecho do retorno à atividade sexual, e 24 semanas, para o escore da função sexual.

Os estudos incluídos só utilizaram o instrumento FSFI e algumas de suas versões para avaliação da função sexual, assim, seu escore total varia entre 2 e 36, sendo que os maiores valores correspondem a melhores níveis da função sexual (Rosen, 2002).

O Quadro 9 apresenta a distribuição dos desfechos apresentados pelos estudos incluídos.

Quadro 9 – Distribuição dos desfechos nos estudos incluídos.

Artigos	FSFI	Tempo de retorno à atividade sexual	Dispareunia
Chang SR, Chang TC, Chen KH, Lin HH.	XXXX		
Chang SR, Chen KH, Lin HH, Chao YMY, Lai YH	XXXX		
Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, Boaz M, Kovo M, Golan A, et al	XXXX	XXXXXX	
Radestad I, Olsson A, Nissen E, Rubertsson C		XXXX	
Rathfisch G, Dikencik BK, Beji NK, Comert N, Tekirdag AI, Kadioglu A		XXXX	XXXX
Woranitat W, Taneepanichskul S		XXXX	

Chang et al.(2010) descreveram e examinaram a função sexual segundo tipo de parto em estudo que envolveu 355 participantes em dois momentos diferentes: três dias e seis semanas após o parto, sendo que 309 delas foram entrevistadas na sexta semana. A pesquisa foi realizada em um centro médico na República da China. Não foram utilizados os resultados do terceiro dia pós-parto pois estes se referiam ao mês anterior e não ao momento após o parto, e também não se julgou apropriado avaliar a função

sexual três dias após o parto. Os autores utilizaram o Taiwanese version of the Female Sexual Function Index (FSFIT). Como o presente estudo não busca avaliar diferentes tipos de parto, a população total do estudo de Chang et al. não foi utilizada, apenas os dados referentes às participantes com parto vaginal, que corresponderam àquelas com episiotomia (n=146) e laceração de primeiro e segundo graus (n=158).

O Modelo Linear Geral (GLM) foi utilizado para testar a hipótese nula de que a pontuação total média da função sexual era a mesma entre os grupos. Para efeito de comparação, consideraram-se os dois modos de parto, vaginal e cesárea e parto vaginal instrumental e espontâneo, com episiotomia e sem episiotomia.

A análise da pontuação da função sexual foi realizada por meio da média do mínimo quadrado, sendo o escore de 13,2 para o grupo de mulheres com episiotomia e de 13,6 para o grupo de mulheres sem episiotomia. Os autores não apresentam a pontuação total do FSFI, nem desviopadrão (dp). Não houve diferenças estatisticamente significantes entre as médias do FSFIT em relação às mulheres com parto vaginal com episiotomia e sem episiotomia na sexta semana após o parto (Chang et al., 2010).

O estudo de Chang et al. (2011), por sua vez, teve como objetivo analisar o efeito da episiotomia em relação a dor, incontinência urinária e função sexual até três meses após o parto. A avaliação da função sexual se deu na primeira, segunda e sexta semanas e três meses após o parto. Um total de 243 participantes foram recrutadas no primeiro dia após o parto. O estudo foi realizado em uma maternidade em Taipe, na República da China. Apenas os dados a partir da sexta semana após o parto foram utilizados, o número de participantes na sexta semana e no terceiro mês após o parto foi de 146/143 mulheres que tiveram parto vaginal com episiotomia e de 44/45 mulheres que tiveram parto vaginal sem episiotomia.

Para a análise estatística, medidas emparelhadas para cada instrumento e por ponto de tempo de estudo foram analisadas utilizando o modelo linear geral (GLM), com análise de covariância (ANCOVA), com ajuste para quatro co-variáveis: idade, paridade, peso do recém-nascido e

parto à vácuo (Chang et al.,2011).

A análise da pontuação da função sexual foi feita por meio da média do mínimo quadrado e os resultados são ilustrados na Figura 7 a seguir.

Figura 7– Média do escore FSFI e desvio padrão de mulheres com episiotomia e sem episiotomia em relação ao tempo.

Fonte: Chang SR, Chen KH, Lin HH, Chao YMY, Lai YH. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study. *International Journal of Nursing Studies*. 2011;48(4):409-18.

Não foram observadas diferenças estatísticas significativas na função sexual entre os grupos após o ajuste para co-variáveis em cada ponto do tempo.

Com seis semanas após o parto a média do escore do FSFI foi de 61,9 dp 13,8 no grupo de mulheres com episiotomia e 83,3 dp 25,6 no grupo sem episiotomia.

Com três meses após o nascimento a média do escore do FSFI no grupo das mulheres com episiotomia foi de 133,9 dp 12,0, o grupo de mulheres sem episiotomia a média do escore foi de 121,9 dp 20,6.

Os escores da função sexual para as mulheres no grupo sem episiotomia aumentou rapidamente durante as primeiras seis semanas após o parto, e depois cresceu de forma mais gradual até três meses. No entanto, os resultados para o grupo com episiotomia aumentou gradualmente durante as

primeiras seis semanas e depois cresceu rapidamente. Ambos os grupos tiveram resultados semelhantes na segunda semana e aos três meses (Chang et al., 2011).

O trabalho de Lurie et al. (2013) teve como objetivo avaliar o comportamento sexual no período pós-parto segundo o tipo de parto. Mensurou a função sexual utilizando o instrumento FSFI, aplicando o questionário nas participantes com 6, 12 e 24 semanas após o parto, respectivamente, avaliou também o tempo de retorno à atividade sexual. As participantes foram selecionadas em uma maternidade de Israel e contatadas por telefone para avaliação do FSFI com 6, 12 e 24 semanas após o parto.

Foram 82 participantes, divididas em cinco grupos e para o presente trabalho utilizaram-se os dados relativos ao grupo de parto vaginal sem episiotomia (n=16), com lacerações de até primeiro grau, e o grupo de parto normal com episiotomia (n=14), utilizando a episiotomia médio-lateral.

A análise estatística utilizou, para as variáveis contínuas, média e desvio padrão.

Os escores da função sexual avaliada pelo FSFI exibiram média de 10,7, no grupo de parto vaginal com episiotomia, e média de 19,33, no grupo de parto vaginal sem episiotomia, na sexta semana após o parto respectivamente.

Na 12^a semana após o parto, as médias corresponderam a 23,74 e 26,1, para o grupo de parto vaginal com episiotomia e para o grupo de parto vaginal sem episiotomia, respectivamente.

Na semana 24, o grupo de parto vaginal com episiotomia obteve média de 27,66 e o grupo de parto vaginal sem episiotomia, de 28,59. A pontuação total do FSFI não diferiu significativamente entre os grupos em 6, 12 ou 24 semanas após o parto.

O tempo de retorno à atividade sexual foi medido em semanas, de modo que para o grupo de parto vaginal com episiotomia a média correspondeu a 7,9, dp de 3,0, e no grupo de parto vaginal sem episiotomia a média foi de 4,5, dp de 1,8. Comparação múltipla de testes post-hoc revelou que as mulheres do grupo de parto vaginal sem episiotomia retornou a atividade sexual significativamente mais cedo do que as mulheres do grupo

de parto vaginal com episiotomia ($p=0,013$)(Lurie et al., 2013).

O estudo realizado Radestad et al. (2008) investigou se lacerações e episiotomia no parto vaginal se relacionam com o tempo de retorno à atividade sexual. Os dados foram coletados por meio de três questionários enviados por correio em momentos distintos, sendo no início da gravidez, aos dois meses de gestação e um ano após o nascimento. Neste último havia a questão: '“Quando, após o parto, você teve sua primeira relação sexual? Por favor, dê sua resposta em semanas ou meses, como preferir (ou assinale na caixa se você não teve relação sexual após o parto)”'. As variáveis estudadas foram: 'Início das relações sexuais nos três meses após o parto (Sim ou Não), Teve relações sexuais dentro de seis meses após o parto (Sim ou Não). Nesta revisão, somente os dados do período pós-parto foram extraídos.

Esse estudo de base populacional obteve um total de 2.490 participantes, contudo, nesta revisão, somente foram extraídos os dados das participantes que tiveram parto vaginal com episiotomia ($n=256$) e daquelas que tiveram parto vaginal sem episiotomia ou qualquer outra laceração ($n=650$).

A retomada da atividade sexual até três meses após o nascimento ocorreu em 69,3% dos casos ($n=177$) que tiveram parto vaginal com episiotomia e em 82,5% ($n=536$) das mulheres que tiveram parto vaginal sem episiotomia ou qualquer outra laceração. O retorno da atividade sexual com até seis meses após o parto foi de 91,4% ($n=235$) entre as mulheres que tiveram parto vaginal com episiotomia e de 93,2% ($n=606$) entre aquelas que tiveram parto vaginal sem episiotomia ou qualquer outra laceração.

O risco relativo para início da atividade sexual a partir dos três pós-parto a 1,3, IC 95% (1,1-1,6) para o grupo de mulheres com episiotomia em relação ao grupo sem episiotomia.

O risco relativo para início da atividade sexual a partir dos seis meses 1,1, IC 95% (0,7-1,7) para o grupo de mulheres com episiotomia em relação ao grupo sem episiotomia.

Nenhuma associação entre episiotomia e atraso na retomada da atividade sexual foi encontrada depois do ajuste entre os riscos relativos

(Radestad et al., 2008).

O estudo de Rathfisch et al. (2010) teve como objetivo identificar o grau de disfunção sexual pós-parto associada com o trauma perineal. Esse estudo descritivo transversal avaliou função sexual, tempo do retorno à atividade sexual e dispareunia. Contudo, não utilizou questionário validado para avaliação da função sexual, assim, esse desfecho não foi utilizado nesta revisão.

O estudo foi realizado em uma maternidade na Turquia, onde 165 mulheres foram convidadas a participar, no entanto, apenas 55 tenham participado da consulta no terceiro mês após o parto. O desfecho do início do retorno à atividade sexual foi descrito pela média e o desvio padrão em dias.

O grupo de parto vaginal com episiotomia obteve média de 32,3 dias, com dp de 3,2, e no grupo de parto vaginal sem episiotomia a média correspondeu a 28,5 dias, com dp de 2,1.

Apenas nesse estudo foi identificado o desfecho dispareunia, apresentado como variável dicotômica, nesta revisão avaliada apenas para o período após o parto. No grupo de parto vaginal com episiotomia, 15 (48,3%) entre as 31 mulheres relataram dor na relação sexual, ao passo que no grupo de parto vaginal sem episiotomia 2 (22,2%) das 9 mulheres apresentaram dispareunia (Rathfisch et al., 2010).

Woranitat e Taneepanichskul (2007) compreende um estudo descritivo transversal que teve como objetivo avaliar o comportamento sexual no período pós-parto. Foi realizado na clínica de planejamento familiar do hospital Memorial King Chulalongkorn, na República da China, com 80 participantes, sendo 51 mulheres com parto vaginal (39 com episiotomia e 12 sem episiotomia).

Os desfechos avaliados no estudo foram tempo para retorno à atividade sexual e função sexual, mensurada pelo FSFI, mas sem distinguir os grupos de parto vaginal com e sem episiotomia para o desfecho da função sexual.

Assim, para esta revisão, só o desfecho do tempo para retorno à atividade sexual foi empregado. Tal desfecho utilizou variável dicotômica para o retorno à atividade sexual em até seis semanas.

De acordo com o resultado apresentado, 10 (25,6) em 39 mulheres do grupo de parto vaginal com episiotomia retomaram a atividade sexual com seis semanas e 8 (66,6%) em 12 mulheres do grupo de parto vaginal sem episiotomia retomaram a atividade sexual nesse período (Woranitat, Taneepanichskul, 2007).

4.4 DESFECHOS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Esta revisão sistemática se propôs a analisar a função sexual feminina no período pós-parto. Os desfechos apresentados foram: o escore total de um instrumento validado que avalia **a função sexual, o tempo de retorno à atividade sexual e dispareunia**. Cada um dos desfechos é explanado a seguir.

4.4.1 Função sexual

Como já descrito anteriormente, a função sexual aborda a dimensão fisiológica da sexualidade e apresenta seis domínios clínicos: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Existem alguns questionários validados que avaliam a função sexual feminina. Contudo, nos estudos incluídos nesta revisão sistemática, utilizou-se apenas o Female Sexual Function Index (FSFI) e uma de suas versões (FSFIT). Tal escolha constituiu uma estratégia na tentativa de homogeneizar os resultados.

A **função sexual** foi mensurada em três dos estudos incluídos: Chang et al. (2010), Chang et al. (2011) e Lurie et al. (2013). Os estudos de Chang et al. (2010) e Chang et al. (2011) utilizam a versão da República da China do FSFI.

O tempo utilizado para avaliar a função sexual no pós-parto foi entre

três dias e seis meses após o nascimento. A análise do terceiro dia após o parto não foi considerada. Os três estudos mencionados avaliaram a função sexual após seis semanas do parto e, após três meses, Chang et al. (2011) e Lurie et al. (2013) mensuraram a função sexual. Apenas o estudo de Lurie et al. (2013) avaliou a função sexual seis meses após o nascimento.

Houve dificuldade em agregar os escores do FSFI com os do FSFIT, pois os estudos Chang et al. (2010) e Chang et al. (2011) não relatam que utilizam escore diferente, embora apresentem escore de 0 a 160, enquanto o escore do FSFI varia entre 2 e 36.

O desfecho da **função sexual** foi analisado no tempo de **seis semanas, três meses e seis meses após o parto**.

Para essa análise, foram necessários os dados das médias da pontuação do FSFI, desvio-padrão e o número de participantes do grupo intervenção e controle. Foi utilizada a média do qui-quadrado como a média dos escores, já que os estudos Chang et al. (2010) e Chang et al. (2011) não apresentam esse dado. Foi realizado contato com os autores via e-mail para a solicitação dos dados necessários, mas não houve resposta. Assim, para o desvio-padrão, utilizou-se a média total dos participantes pelo tempo nos estudos Chang et al. (2010) e Lurie et al. (2013).

O desfecho da **função sexual** foi analisado no **tempo de seis semanas** os três estudos Chang et al. (2010), Chang et al. (2011) e Lurie et al. (2013) entraram na metanálise, no entanto, o resultado do teste qui-quadrado para a heterogeneidade foi $p < 0,05$, o que sugere que os dados apresentados pelos estudos são muito diferentes e tornam os resultados da agregação não verdadeiros. Neste caso a apresentação sob a forma narrativa é mais adequada.

Segundo os dados de Chang et al. (2010) a análise da pontuação da função sexual foi feita por meio da média do mínimo quadrado, e a apresentou pontuação de 13,2 para o grupo de mulheres com episiotomia e de 13,6 para o grupo de mulheres sem episiotomia sem diferença estatisticamente significativa. Os dados de Chang et al. (2011) apresentam a média da pontuação do FSFIT de 61,9 dp 13,8 no grupo de mulheres com

episiotomia e 83,3 dp 25,6 no grupo sem episiotomia sem diferença estatisticamente significativa.

E no trabalho de Lurie et al. (2013) a pontuação da função sexual avaliada pelo FSFI apresentou média de 10,7, no grupo de parto vaginal com episiotomia, e média de 19,3 no grupo de parto vaginal sem episiotomia, respectivamente. Este estudo não avaliou a significância estatística para a pontuação total do FSFI.

O desfecho **função sexual com três meses após o parto**, também não pode ser analisado por meio da metanálise, pois o resultado do teste qui-quadrado para heterogeneidade foi $<0,05$ o que sugere que os dados apresentados são diferentes entre si e os resultados da metanálise não são verdadeiros. A apresentação sob a forma narrativa é a mais adequada.

Em Chang et al. (2011) no **terceiro mês após o nascimento** a média da pontuação do FSFI no grupo das mulheres com episiotomia foi de 133,9 dp 12,0, o grupo de mulheres sem episiotomia a média da pontuação foi de 121,9 dp 20,6 e não houve significância estatística.

Já o estudo de Lurie et al. (2013) as médias do FSFI corresponderam a 23,74 e 26,1, para o grupo de parto vaginal com episiotomia e para o grupo de parto vaginal sem episiotomia, respectivamente. Este estudo não avaliou a significância estatística para a pontuação total do FSFI.

4.4.2 Tempo para retorno à atividade sexual

Outro desfecho desta revisão sistemática corresponde ao **tempo de retorno à atividade sexual** após o parto. Quatro estudos incluídos na revisão sistemática apresentaram esse desfecho: Lurie et al. (2013), Radestad et al. (2008), Rathfisch et al. (2010) e Woranitat e Taneepanichskul (2007).

Para o desfecho do tempo para retorno à atividade sexual no período pós-parto foi realizada a metanálise, no entanto, o resultado do teste qui-quadrado para a heterogeneidade foi $p < 0,05$, o que sugere que os dados apresentados pelos estudos são muito diferentes e tornam os resultados da

agregação não verdadeiros. Neste caso a apresentação sob a forma narrativa é mais adequada.

No estudo de Lurie et al. (2013) o tempo de retorno à atividade sexual foi medido em semanas, de modo que para o grupo de parto vaginal com episiotomia a média correspondeu a 7,9, dp 3,0, e no grupo de parto vaginal sem episiotomia a média foi de 4,5, dp 1,8 esta diferença entre médias apresentou significância estatística $p < 0,013$.

Em Rathfisch et al. (2010) o grupo de parto vaginal com episiotomia obteve média de 32,3 dias, com dp de 3,2, e no grupo de parto vaginal sem episiotomia a média correspondeu a 28,5 dias, com dp de 2,1. Os autores relatam que não houve significância estatística entre diferenças das médias e não apresentam o valor de p.

Os resultados dos outros estudos que avaliaram o desfecho do retorno à atividade sexual com variáveis dicotômicas são Radestad et al. (2008); e Woranitat, Taneepanichskul, (2007).

A retomada da **atividade sexual até três meses** após o parto ocorreu em 69,3% dos casos ($n=177$) que tiveram parto vaginal com episiotomia e em 82,5% ($n=536$) das mulheres que tiveram parto vaginal sem episiotomia ou qualquer outra laceração. Houve significância estatística com $p=0,008$. O risco relativo para início da atividade sexual maior ou igual a três meses correspondeu a 1,3, IC 95% (1,1-1,6) para o grupo de mulheres com episiotomia comparadas ao grupo de mulheres sem episiotomia.

O **retorno da atividade sexual com até seis meses** após o parto foi de 91,4% ($n=235$) entre as mulheres que tiveram parto vaginal com episiotomia e de 93,2% ($n=606$) entre aquelas que tiveram parto vaginal sem episiotomia ou qualquer outra laceração. Não houve significância estatística $p=0,681$. O risco relativo para início da atividade sexual maior ou igual a seis meses foi de 1,1, IC 95% (0,7-1,7) para o grupo de mulheres com episiotomia comparadas com as mulheres sem episiotomia. Nenhuma associação entre episiotomia e atraso na retomada da atividade sexual foi encontrada depois do ajuste entre os riscos relativos (Radestad et al., 2008).

De acordo com o resultado do estudo de Woranitat e Taneepanichskul (2007) 10 (25,6%) entre 39 mulheres do grupo de parto vaginal com episiotomia retomaram a atividade sexual com seis semanas e 8 (66,6%) entre 12 mulheres do grupo de parto vaginal sem episiotomia retomaram a atividade sexual com seis semanas após o parto.

4.4.3 Dispareunia

A **dispareunia**, só foi apresentada em um dos estudos incluídos nesta revisão sistemática(Rathfisch et al., 2010). Os autores apresentaram o desfecho com variáveis dicotômicas, indicando a presença ou ausência de dispareunia com seis semanas após o parto normal, e com análise de dois grupos – parto vaginal com episiotomia e sem episiotomia. No grupo de parto vaginal com episiotomia, 15 (48,3%) entre as 31 mulheres relataram dor na relação sexual, ao passo que no grupo de parto vaginal sem episiotomia 2(22,2%) das 9 mulheres apresentaram dispareunia.

5. DISCUSSÃO

Tendo em vista que o objetivo desta revisão foi identificar as melhores evidências sobre os efeitos da episiotomia na função sexual da mulher nos 24 meses subsequentes ao parto vaginal por meio de uma revisão sistemática, optou-se por estruturar a discussão nos seguintes tópicos: **discussão da estratégia de busca, tipos de estudos e os desfechos dos estudos incluídos.**

5.1 A ESTRATÉGIA DE BUSCA

Foram identificados 784 publicações, selecionados 11 estudos, entre os quais somente seis estudos preencheram os critérios metodológicos. As exclusões se deram principalmente pelo fato de os estudos não responderem à pergunta da revisão ou não corresponderem aos critérios da estratégia PICO.

5.2 OS DESENHOS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

As publicações incluídas nesta revisão sistemática foram estudos observacionais, especificamente estudos de coorte e estudos transversais.

No caso da episiotomia, estudos experimentais não são viáveis devido a uma variedade de razões, principalmente por questões éticas. O delineamento do estudo observacional fornece uma forma alternativa para a coleta de informações e é muito utilizado em pesquisas de saúde. Esse tipo de estudo não tem recursos experimentais e visa resumir as associações entre as variáveis, a fim de gerar hipóteses. Elas são baseadas unicamente na observação do que acontece ou aconteceu. Estudos observacionais podem ser genericamente descritos como sendo ou analíticos ou descritivos (JBI, 2014).

Não foram encontrados ensaios clínicos para inclusão na revisão. Os estudos incluídos não exibem nível de evidência elevado, como consequência, a força de recomendação da síntese dos resultados se mostra fraca.

Ainda como consequência dos delineamentos dos estudos encontrados, é preciso destacar a impossibilidade de se realizar a metanálise dados a dificuldade de se obter grupos homogêneos quando não é possível realizar estudos de intervenção.

5.3 OS DESFECHOS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Esta revisão sistemática analisou a função sexual feminina no período após o parto. Os desfechos apresentados foram: **a pontuação total de instrumento validado que avalia a função sexual, o tempo de retorno à atividade sexual e dispareunia**. Cada um dos desfechos é discutido a seguir.

5.3.1 Função sexual

O desfecho da função sexual foi avaliado por três artigos, que usaram o questionário FSFI. Salienta-se que o uso desse questionário não constituiu um critério de inclusão no presente estudo, mas possivelmente os autores o empregaram com frequência devido a suas vantagens, como descrito por Rosen et al. (2000). Estes demonstram que o FSFI é psicometricamente apropriado, fácil de administrar e tem capacidade de discriminar populações clínicas e não clínicas. O FSFI foi projetado e validado para avaliação da função sexual feminina e qualidade de vida em ensaios clínicos ou estudos epidemiológicos.

O FSFI vem sendo validado em diferentes idiomas e utilizado em diferentes situações, como em pacientes cardíacas e com câncer de mama, entre outros, contudo, é necessário ressaltar que ele não foi desenhado para

a avaliação específica do período pós-parto, e que atualmente não há questionário para esse fim. Contudo, FSFI foi utilizado para mensurar o período gravídico e puerperal e se mostrou adequado (Chivers et al., 2011; Jamali, Mosalanejad, 2013).

A pontuação total do FSFI varia entre 2 e 36 e os maiores valores correspondem a melhores níveis da função sexual (Rosen et al., 2000).

Nesta revisão sistemática, apenas um dos estudos utilizou o escore apresentado pelo FSFI. Já os estudos de Chang et al. (2010) e Chang et al. (2011) utilizaram pontuação de 0 a 160, sem que tenham justificado o emprego dessa escala diferente da original. Os autores foram contatados para que essa dúvida pudesse ser esclarecida, mas não se obteve resposta. Essa diferença no escore compromete os dados em relação à função sexual e à metanálise, contudo, os dados foram utilizados pelo fato de os estudos atenderem aos critérios para inclusão na revisão.

Considerando o período de seis semanas após o parto, os três estudos Chang et al. (2010), e Chang et al. (2011) e Lurie et al. (2012) não apresentam dados com diferença estatística na função sexual entre os grupos. Esse resultado confirma os achados de Leal et al. (2013), que avaliaram o escore geral da função sexual segundo realização ou não de episiotomia e não encontraram diferença estatística significativa entre os grupos.

O estudo Leal et al. (2013) analisou também os dados por domínio da função sexual, caso em que o grupo que realizou episiotomia obteve maior escore de dor comparado com o grupo sem o procedimento cirúrgico. Na presente revisão sistemática não foi possível avaliar a função sexual por domínio, por falta de dados nos artigos incluídos, uma vez que Chang et al. (2010) e Chang et al. (2011) não apresentam o desvio-padrão de cada domínio.

Com três meses de pós-parto, dois estudos apresentam dados, Chang et al. (2011) e Lurie et al. (2013). Considerando esse recorte temporal, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos de mulheres com parto vaginal com episiotomia e sem episiotomia nos dados apresentados nos estudos.

O estudo descritivo de Leal et al. (2014) confirma os achados desta revisão. Ao comparar a função sexual das mulheres com episiotomia com aquelas com períneo íntegro, três meses após o parto, Leal et al. (2014) constataram que a maioria das mulheres menciona um nível moderado de interesse sexual. Não foram encontradas diferenças significativas entre as mulheres com episiotomia e mulheres com períneo íntegro na maioria das variáveis. No entanto, as mulheres com episiotomia apresentaram níveis mais elevados de dor e menor satisfação sexual.

Apenas um estudo incluído nesta revisão sistemática avaliou a função sexual no sexto mês após o parto. A pontuação total do FSFI não diferiram significativamente entre os grupos (Lurie et al., 2013).

Assim, todas as análises apresentadas pelos estudos sobre função sexual em seis semanas, três meses e seis meses após o parto não apresentaram diferença estatística significativa entre mulheres que tiveram parto vaginal com episiotomia e aquelas sem a intervenção.

Segundo Leeman e Rogers (2012), é claro que a episiotomia e lacerações graves no momento do parto podem influenciar negativamente a função sexual pós-parto, porém, é difícil analisar as influências distintas de trauma perineal, episiotomia e parto cirúrgico, livre das influências uns dos outros.

Atualmente, os dados disponíveis na literatura sobre os fatores específicos relacionados com o declínio da função sexual, tanto no período pré como no pós-parto, não são homogêneos e, por vezes, são inconsistentes. Em particular, muitos fatores ainda são questionados, como o tipo de parto (parto normal ou cesárea eletiva), episiotomia ou lacerações perineais, sintomas urinários concomitantes ou outra disfunção do assoalho pélvico, a amamentação e, não menos importante, a dispareunia antes do parto (Serati et al., 2010).

Segundo Serati et al. (2010), a disfunção sexual preexistente pode ser um fator importante para análise de problemas na função sexual no período pós-parto. Acele e Karaçam (2012) avaliaram os problemas sexuais em 230 mulheres durante o primeiro ano pós-parto, em estudo descritivo realizado na Turquia, por meio de questionário desenvolvido pelos autores

para mensurar a função sexual. Esse estudo apresenta que a presença de problemas sexuais no período gestacional aumenta a possibilidade de disfunção sexual após o nascimento. Nesta revisão sistemática, não foi possível abordar a presença de disfunção sexual antes do parto.

Revisão sistemática de Hicks et al. (2004) abordou a função sexual no pós-parto e sua relação com o tipo de parto: cesariana, vaginal instrumental³ e vaginal espontâneo. Os autores mostraram que o parto instrumental está associado com maiores riscos no atraso à retomada da relação sexual, dispareunia, disfunção sexual e dor perineal. Sugerem, ainda, associação entre o parto vaginal instrumental e algum grau de disfunção sexual. Mulheres com partos vaginais espontâneos tiveram menos problemas no período pós-parto em relação a função sexual do que aquelas com partos vaginais instrumentais (Hicks et al, 2004).

Na presente revisão sistemática, os estudos que não distinguiram parto instrumental do uso de episiotomia não foram incluídos, e o parto instrumental com episiotomia não entrou na análise do grupo de mulheres com episiotomia sem uso de instrumentos. Isso se deve à tentativa de minimizar a possível confusão gerada pelo emprego ou não de instrumento no parto com episiotomia e a respectiva presença de disfunção sexual.

Estudo prospectivo (Yee et al., 2013) realizado com 160 mulheres teve o objetivo de identificar o funcionamento e os preditores da atividade sexual no pós-parto. A função sexual foi avaliada com o questionário Sexual Health Outcomes in Women Questionnaire (SHOW-Q), aplicado por meio de contato telefônico entre oito e dez semanas e seis e oito meses após o parto. Não houve relação significativa entre o modo de parto e a pontuação no SHOW-Q, embora tenha sido observada uma tendência de menor pontuação entre as mulheres que se submeteram à cesariana em comparação com aquelas com parto vaginal (Yee et al., 2013).

Basku et al. (2007) avaliaram a função sexual e os diferenciais entre

³Parto vaginal instrumental refere-se ao uso de instrumentos no período expulsivo do parto, como fórceps ou vácuo extrator.

parto vaginal com episiotomia e parto cesariana em primíparas. A função sexual foi medida por meio do FSFI e separadamente analisaram-se desejo, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. O questionário foi aplicado na primeira consulta de pré-natal e repetido seis meses após o parto. No grupo de parto normal com episiotomia médio-lateral, os escores reduziram-se significativamente seis meses após o parto, quando comparados com a pontuação antes da gravidez ($p < 0,001$). No grupo de parto cesariana não foi observada diferença entre as pontuações pré-gestação e pós-parto ($p > 0,05$). Quando os dois grupos foram comparados, não houve diferença significativa entre os escores aos seis meses pós-parto ($p < 0,001$). Não só a dor, mas também outros aspectos importantes da função sexual, tais como excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação, são afetados pela realização da episiotomia médio-lateral durante o parto vaginal (Basku et al, 2007).

Klein et al. (2008) realizaram estudo com objetivo de avaliar a influência do tipo de parto sobre a sexualidade feminina entre 12 e 18 meses após o parto. A função sexual foi avaliada por meio do FSFI e os diferentes grupos foram comparados. Os autores sugerem que não há diferença significativa na função sexual de 12 a 18 meses após o parto entre as mulheres que tiveram parto vaginal sem episiotomia, laceração perineal de terceiro ou quarto graus e mulheres que foram submetidas à cesariana eletiva.

Muitas são as variáveis que podem trazer limitações a essa análise, e são poucos os estudos que diferenciam o parto vaginal com o uso ou não de episiotomia. As amostras são pequenas e nem sempre representativas, nem todos os estudos descrevem se houve necessidade de sutura no grupo controle.

São necessários mais estudos que investiguem a função sexual com grupos de mulheres que apresentam necessidade de sutura e aquelas que não necessitem de sutura, de modo que se possam apresentar possíveis diferenças significativas na função sexual após o parto. Um estudo de coorte com amostra representativa e critérios de inclusão bem definidos podem auxiliar o estudo da influência da episiotomia na função sexual.

5.3.2 Tempo de retorno à atividade sexual

O tempo para retorno à atividade sexual foi apresentado em quatro artigos incluídos nesta revisão sistemática, porém, apenas para dois deles foi possível realizar a tentativa de metanálise. Dois estudos: Radestad et al. (2008) e Woranitat e Taneepanichskul (2007) não exibiram variáveis contínuas, portanto, não foram considerados para a metanálise, mas foram considerados individualmente. Ambos apresentaram seus dados de maneira dicotômica, porém, o modo de dicotomização foi diverso.

Klein et al. (1994), por sua vez, conduziram estudo com o objetivo de comparar as mulheres que receberam episiotomia mediana com aquelas que não a receberam. As avaliações aconteceram logo após o parto e três meses depois e consideraram dor perineal, funcionamento urinário e pélvico e função sexual. De acordo com os resultados dessa pesquisa, mulheres cujos períneos permaneceram íntegros, ou que sofreram lacerações perineais espontâneas, iniciaram a atividade sexual mais cedo e tiveram menos dor na retomada das relações sexuais do que aquelas que receberam episiotomia. Esses achados corroboram os encontrados nesta revisão sistemática.

Yeniel e Petri (2014) examinaram a literatura atual sobre o papel da gravidez e do parto na saúde sexual da mulher e as diferentes disfunções sexuais nesses períodos. Entre outros resultados, indicaram que 10% das mulheres retomam a atividade sexual entre uma e três semanas após o parto, de 30% a 70% levam de quatro a seis semanas e de 90% a 95% das mulheres retomam a atividade sexual no prazo de seis meses após o parto. São relatados como fatores de risco independentes para a disfunção sexual: idade, amamentação, depressão, cansaço, inatividade sexual durante o primeiro trimestre, imagem do corpo no pós-parto, preocupação em engravidar novamente e infecções do trato urinário concomitantes.

Lydon-Rochelle et al. (2001) afirmam que o parto instrumental afeta negativamente a atividade sexual, em comparação com o parto vaginal espontâneo. Os autores encontraram que, entre 971 primíparas em

Washington, significativamente mais mulheres com parto vaginal instrumental não tinham relatado relação sexual até sete semanas após o parto.

O parto potencialmente pode afetar a função sexual por meio de vários mecanismos, incluindo trauma perineal, neuropatia pudenda, secura vaginal e alterações nas relações, funções e estilo de vida causadas pela presença de uma criança na família. Enquanto o trauma no trato genital pode afetar a função sexual pós-parto, ele também deve ser considerado no contexto do relacionamento de uma mulher com seu parceiro e no relacionamento com seu próprio corpo. Por exemplo, tem sido demonstrado que a satisfação da mulher com o seu relacionamento tem maior impacto na satisfação sexual do que o trauma no parto ou o tipo de parto (Rogers et al., 2009).

Anatomicamente, o trauma perineal contribui para a dispareunia e tem efeitos importantes sobre o tempo para a retomada das relações de sexuais e sobre a qualidade dessas relações nos meses iniciais do pós-parto. Estrutura familiar e mudanças nos padrões de sono diminuem a probabilidade de a mulher e seu parceiro sexual terem tempo e privacidade para restabelecer a intimidade. Ditames culturais e sociais em relação à retomada da atividade sexual podem influenciar casais (Leeman, Rogers, 2012).

5.3.3 Dispareunia

O desfecho da dispareunia foi apresentado apenas em um dos estudos incluídos nesta revisão sistemática (Rathfisch et al., 2010). Apresentado com variável dicotômica. No grupo de parto vaginal com episiotomia, 15 (48,3%) entre as 31 mulheres relataram dor na relação sexual, ao passo que no grupo de parto vaginal sem episiotomia 2(22,2%) das 9 mulheres apresentaram dispareunia.

A maioria dos estudos diferencia a via de parto e a partir das análises estatísticas indica a episiotomia como fator de risco para dispareunia, como nos estudos a seguir.

Persico et al. (2013) avaliaram prospectivamente a prevalência da dor perineal em mulheres com parto vaginal fisiológico de recém-nascido único a termo. A avaliação da dor utilizou duas escalas subjetivas: a Verbal Numeric Scale (VNS) de 11 pontos e a Verbal Rating Score (VRS) de 4 pontos. A coleta de dados ocorreu no primeiro dia até os seis meses após o parto, com duas medições intermediárias na primeira e sétima semanas após o nascimento. Com relação à retomada da atividade sexual aos 6 meses após o parto, uma taxa de dispareunia de 27% foi observada no grupo de episiotomia (OR 5,72, $p < 0,001$). O estudo indicou que o aumento no grau de trauma está associado com as maiores pontuações na autoavaliação da dor percebida e com sintomas persistentes a longo prazo. Além disso, a episiotomia é um fator condicionante para a função sexual após o parto (OR 0,43, $P < 0,001$) (Persico et al., 2013).

Fauconnier et al. (2012) estudaram a associação entre dispareunia e as características do parto (trauma perineal, intervenções obstétricas e experiência das mulheres), um ano após o nascimento. Questionário autoadministrado sobre a função sexual no período pós-parto foi enviado por correio para as mulheres. Entre as 254 estudadas, 70 (27,6%) exibiram dispareunia tardia. Não houve relação entre dispareunia tardia no pós-parto com os tipos de partos, nem com o estado do períneo, incluindo laceração perineal ou episiotomia. Análise de regressão logística múltipla mostrou que a dispareunia tardia no pós-parto está associada com dispareunia antes da gravidez, baixa satisfação com o parto e situação de emprego. Os autores concluem que a dispareunia tardia no pós-parto parece estar relacionada mais com a experiência da mãe no parto do que com o trauma perineal. Esta hipótese deve ser investigada.

Solana-Arellano et al. (2008) buscaram identificar os fatores associados à dispareunia, entre 60 e 180 dias após o parto, em primíparas ou secundigestas, no México. Entre as 368 mulheres que haviam retomado a atividade sexual, 152 (41,3%) mencionaram a dispareunia. Os fatores

associados foram: infecção com ou sem deiscência (OR=34,09; IC95%: 10,59-109,78); sintomas de vaginite (OR=7,43; IC95%: 3,68-14,99); aperto no introito da vagina (OR=6,38; IC95%: 2,92-13,94) e aleitamento materno exclusivo (OR=4,86; IC95%: 2,44-9,69). Os autores concluíram que a dispareunia está relacionada a complicações com a episiotomia e suas possíveis sequelas, como infecção, deiscência e intróito apertado. Durante o período expulsivo é necessária maior seletividade ao decidir que as mulheres necessitam de uma episiotomia (Solana-Arellano et al., 2008).

Islam et al. (2013) realizaram estudo prospectivo com o acompanhamento de 100 pacientes que receberam episiotomia médio-lateral no período expulsivo do parto (grupo 1) e outro grupo de 100 pacientes sem episiotomia (grupo 2). A morbidade, incluindo danos perineais por lacerações espontâneas, dor perineal e dispareunia, foi muito maior no grupo I comparado com o grupo II. Os autores concluem que não há vantagens significativas na realização da episiotomia e afirmam que esse procedimento leva a morbidade que seria evitável em partos vaginais espontâneos livres de episiotomia (Islam et al., 2013).

Ejegard, Ryding e Sjogren (2008) investigaram a qualidade da vida sexual das mulheres cerca de 12 a 18 meses após parto com episiotomia e fatores de risco para a dispareunia de longo prazo após o parto. Participaram do projeto 206 mulheres que pariram por via vaginal no Hospital Universitário Karolinska, que receberam questionários de 12 a 18 meses após o parto. Os autores encontraram que mulheres que foram submetidas a episiotomia tiveram um pós-parto mais complicado e emocionalmente difícil. Elas relataram maior frequência de dispareunia e lubrificação insuficiente do que as mulheres que tinham dado à luz sem episiotomia. A excitação, o orgasmo e a satisfação com o sexo não foram afetados. A episiotomia, lacerações perineais, pressão uterina no momento do parto e história de dispareunia prévia foram fatores de risco independentes para a dispareunia até um ano e meio após o parto. Desse modo, a episiotomia pode afetar a vida sexual das mulheres durante o segundo ano pós-parto com dor mais frequente e secura vaginal na relação sexual.

Brtnicka, Weiss e Zverina (2009), em estudo sobre problemas sexuais durante a gravidez e o pós-parto, retratam que há ansiedade envolvendo a atividade sexual no puerpério. Muitas vezes essa ansiedade se deve ao receio do homem de ferir a mulher, ao passo que a mulher sente medo de não satisfazer o parceiro. Os autores referem que apenas 12% a 14% dos casais negam problemas sexuais após o parto. Nesse período, o principal fator de risco para a dispareunia é a extensão de uma lesão de parto. Além disso, a episiotomia é reportada como fator associado à maior prevalência de dispareunia após o nascimento.

Tal achado é confirmado por estudo de Rogers e Leeman (2007), que descreveram as alterações do assoalho pélvico no pós-parto. Os autores realizaram uma revisão da literatura sobre o impacto da gravidez e do parto nas mudanças do assoalho pélvico e afirmaram que lacerações espontâneas são melhores que a episiotomia, uma vez que mulheres que sofreram lacerações espontâneas relataram menos dispareunia do que aquelas que foram submetidas a episiotomia.

Atualmente alguns pesquisadores acreditam que a episiotomia jamais deve ser praticada. Amorim et al. (2014) realizaram estudo com protocolo de não realização de episiotomia com 400 mulheres de estudo de coorte numa maternidade no Nordeste do Brasil. Os resultados foram mais de 50% de mulheres com períneo íntegro, apenas 23% de necessidade de sutura perineal, 6% de parto instrumental e não houve lacerações de terceiro ou quarto grau. Os autores afirmam que é possível banir o uso de episiotomia da prática obstétrica, sem afetar negativamente os desfechos neonatais, e ainda promover os resultados perineais maternos.

Com a adoção de política de episiotomia restritiva, o interesse em estudar e prevenir lacerações espontâneas no parto aumentou. Em estudo de Leal et al. (2014), que utilizou dados do estudo descrito no parágrafo anterior, foram evitadas manobras como puxo dirigido e de empurrar ou pressionar o útero durante a segunda fase do trabalho de parto. A política de não episiotomia foi seguida com estratégias de proteção perineal, que incluíram compressas quentes e massagem perineal durante o parto. Os autores concluíram que reduziu-se a necessidade de sutura em

partos vaginais com a aplicação do protocolo de proteção perineal e sem episiotomia. Primiparidade e parto instrumental foram associados com risco aumentado de necessidade de sutura.

Futuros estudos devem desestimular o uso da episiotomia e investigar estratégias efetivas para proteção perineal. Seria importante, ainda, estudar se a sutura afeta a função sexual da mulher.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises das publicações incluídas nesta revisão sistemática sugerem que o uso da episiotomia pode alongar o tempo para o retorno à atividade sexual, com tendência à diminuição dos escores da função sexual e à presença de dispareunia no período pós-parto, em comparação com as mulheres que não receberam episiotomia durante o parto vaginal.

Poucos estudos sobre a função sexual exibem qualidade, principalmente os que distinguem o uso ou não de episiotomia no parto vaginal com o uso de ferramenta de avaliação validada para função sexual.

Está claro que o parto tem repercussão significativa na qualidade da vida sexual no pós-parto, independentemente da via de parto. O assunto deve receber maior atenção durante a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto.

Há necessidade de aconselhamento durante o pré-natal e nas consultas puerperais sobre as possíveis dificuldades e desafios que o período pós-parto pode acarretar na vida sexual do casal. É importante que os casais recebam informações adequadas sobre a redução da frequência das relações sexuais e do declínio da libido, do desejo e do orgasmo, comumente encontrados nesses períodos. Esses eventos não representam por si uma questão patológica.

Os dados indicam a importância de qualificar os profissionais da assistência ao ciclo gravídico-puerperal para que estejam capacitados a abordar a temática da saúde sexual e da sexualidade de forma clara, de modo que possam identificar, diagnosticar e tratar possíveis disfunções sexuais, dando o suporte e o apoio necessários à mulher ou ao casal para enfrentarem esse desafio. Assim, a educação continuada, workshops e seminários sobre este tema são de extrema importância para os profissionais atuantes na área, já que essa temática é pouco abordada na formação desses profissionais.

Para diagnosticar a disfunção sexual, a implementação de questionário validado em clínicas ambulatoriais de rotina poderia ser útil durante a gravidez e o pós-parto, tanto para entender a prevalência do problema como para gerir de modo eficaz essas disfunções sexuais.

Há necessidade de desenvolver uma ferramenta de avaliação da função sexual mais adequada para o período puerperal e que leve em consideração os efeitos nocivos da episiotomia na sexualidade das mulheres. Tal instrumento deve ter poder para investigar de modo mais específico esse momento, que apresenta alta incidência de disfunção sexual.

Grupos de apoio a gestantes e puérperas devem ser estimulados, pois nesses espaços as mulheres têm a oportunidade de expor e compartilhar sentimentos, sensações, experiências e medos. Esses momentos fortalecem a rede de apoio das mulheres, ajudando-as a conquistar a autonomia em relação ao próprio corpo e capacitando-a a realizar escolhas informadas.

Também mostram-se necessários mais estudos que investiguem a presença de sutura após o parto vaginal, para melhor análise de seu impacto sobre a função sexual.

Uma revisão sistemática com abordagem qualitativa sobre a experiência das mulheres com episiotomia em relação à sexualidade complementaria os achados desta revisão.

Práticas e medidas preventivas para a promoção da proteção perineal devem ser estimuladas, tanto na prática clínica como em novos estudos que investiguem medidas efetivas.

7 REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

- Acele EÖ, Karaçam Z. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *J Clin Nurs*. 2012; 21(7-8):929-37
- Amorim MM, Franca-Neto AH, Leal NV, Melo FO, Maia SB, Alves JN. Is it possible to never perform episiotomy during vaginal delivery? *Obstet Gynecol*. 2014 May;123 Suppl 1:38S
- Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia—A prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008; 137(2):152–156
- Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet*. 1993;342:1517-1518.
- Badinter E. *O Conflito: A mulher e a mãe*. Editora Record. Rio de Janeiro. 2011. p.130.
- Baksu B, Davas I, Agar E, Akyol A, Varolan A. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Int Urogynecol J*. 2007;18:401– 406.
- Banta D, Thacker SB. The risks and benefits of episiotomy: a review. *Birth*. 1982;9:25-30.
- Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG*. 2000;107(2):186-195.
- Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther* 2000;26:51–65.
- Basson, R. Women's sexual dysfunction: Revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal*. 2005; 172(10):1327–1333.
- Bick D, Bastos MH, Diniz SG. Unlocking the potential of effective care for life-long maternal and infant health: the need to adress the 'invisible' service after birth. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 2008;42:420–421
- Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília, 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde.. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2010.

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

Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy*. 2009;110(7):427-31.

Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.

Chang SR, Chang TC, Chen KH, Lin HH. Sexual Function in Women 3 Days and 6 Weeks After Childbirth: A Prospective Longitudinal Study Using the Taiwan Version of the Female Sexual Function Index. *Journal of Sexual Medicine*. 2010;7(12):3946-56.

Chang S; Chen K; Lin H; Chao Y Y; Lai Y. comparison of the episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual funtion 3 months postpartum: A prospective follow-up study. *Int J Nurs Stud*. 2011; 48: 409-418.

Chivers ML, Pittini R, Grigoriadis S, Villegas L, Ross LE. The relationship between sexual functioning and depressive symptomatology in postpartum women: a pilot study. *J Sex Med*. 2011;8(3):792-9.

Costa T, Stotz, EN, Grynszpan D, Souza MCB. Naturalization and medicalization of the female body: social control through reproduction. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*. 2006; 10 (20): 363-380.

Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, editors. *Williams obstetrics*. 23st edition. New York; McGraw-Hill; 2010 p. 420–1.

Declerq ER, Sakala C, Corry MP, Appebaun. HD. Listen to mothers III: childbirth and pregnancy. [report on the internet] New York: Childbirth Connection; 2013. [cited 2013 April 01]. Available from: http://transform.childbirthconnection.org/wp-content/uploads/2013/04/LTM-III_report.pdf

Declerq ER, Sakala C, Corry MP, Appebaun. HD. Listen to mothers II. Report of the second national US survey women's childbearing experiences. [report on the internet] New York: Childbirth Connection; 2006. [cited 2013 April 01]. Available from: www.childbirthconnection.org/listentomothers

Diniz CSG, Chancham AS. O "corte por cima" e o "corte por baixo": o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*. 2006; 1(1):89-91.

Diniz, SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2009; 19(2):313-326.

Domoney C. Sexual function in women: what is normal? *Int Urogynecol J* (2009) 20 (Suppl 1):S9–S17

Ejegård H, Ryding EL, Sjogren B. Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. *Gynecol Obstet Invest.* 2008;66(1):1-7

Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E. et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. cap.28: Suporte social e profissional no parto. p.133-6.

Evans D. Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. *J Clin Nurs.* 2003;12, 77–84.

Fauconnier A, Goltzene A, Issartel F, Janse-Marec J, Blondel B, Fritel X. Late post-partum dyspareunia: does delivery play a role? *Prog Urol.* 2012;22(4):225-32.

Fernandes K, Kimura AF. Práticas assistenciais em reanimação do recém-nascido no contexto de um centro de parto normal. *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(4):383-90.

Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latino-am Enferm* 2004; 12(3):549-56.

Giami A. Permanência das Representações do Gênero em Sexologia: as Inovações Científicas e médica Comprometidas pelos Estereótipos de Gênero. *Physis.* 2007; 17(2); 301-320.

Glazener CM. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104:330–335.

Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth.* 2005; 32(3):219-23.

Graham ID, Davies C. Episiotomy: unkindest cut that persist. In: Henderson C, Bick D, editors. *Perineal care: an international issue.* UK: Quay Books; 2005. p.58-86.

Graham, ID. *Episiotomy: Challenging Obstetric Interventions.* Oxford: Blackwell Science, 1997.

Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, Schünemann HJ. GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol.* 2011; 64(4): 383-394.

Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr NK. Outcomes of routine episiotomy: A systematic review. *JAMA* 2005 May 4; 293:2141-8

Hicks TL, Goodall SF, Quattrone EM, Lydon-Rochelle MT. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *J Midwifery Womens Health*. 2004;49(5):430-6.

Higgins J, Green S. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*, 2008. Available <http://www.cochrane-handbook.org>.

House MJ, Cario G, Jones MH. Episiotomy and the perineum: a random controlled trial. *J Obstet Gynaecol*. 1986;7:107-110

Islam A, Hanif A, Ehsan A, Arif S, Niazi SK, Niazi AK. Morbidity from episiotomy. *J Pak Med Assoc*. 2013 Jun;63(6):696-701.

Jamali S, Mosalanejad L. Sexual dysfunction in Iranian pregnant women. *Iran J Reprod Med*. 2013;11(6):479-86.

Joanna Briggs Institute (JBI). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*: 2011 edition. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2011.

Joanna Briggs Institute (JBI). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*: 2014 edition. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2014.

Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party*. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation. The Joanna Briggs Institute. 2014. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/Levels-of-Evidence-SupportingDocuments>

Johnsdotter S, Essen B. A política de modificações dos genitais e a questão étnica. *Questões de Saúde Reprodutiva*. 2011; 5(1); 43-53.

Kammerer-Doak D, Rogers R. Female sexual function and dysfunction. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2008; 35:169–183.

Kitzinger S. Episiotomy, Body Image and Sex. In: *Episiotomy and the Second Stage of Labor*, second Edition, penny press, Seattle, US, 1990.

Kitzinger S, Walters R. *Some Woman's Experience of Episiotomy*. London, National Childbirth Trust, 1981.

Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED, Johnson B, Waghorn K, Gelfand MM, Guralnick MS, et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual

dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;171(3):591-8.

Konnyu K, Grimshaw J, Moher D. What are the maternal and newborn outcomes associated with episiotomy during spontaneous vaginal delivery? Ottawa Hospital Research Institute; July 2011.

Lago TDG, Lima LP. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: Brasil. Ministério da Saúde. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher [texto na Internet]. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; 2009. cap 8. p. 150-68 [citado 2009 ago. 24]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf

Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol.* 2012 Mar;119(3):647-55.

Leal I, Lourenço S, Oliveira R, Carvalheira A, Maroco J. Sexual function in women after delivery: Does episiotomy matter? *Health.* 2014; 6: 356-363.

Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MT, Dias MAD, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30 Supl: S17-S47.

Leal NV, Amorim MM, Franca-Neto AH, Leite DF, Melo FO, Alves JN. Factors associated with perineal lacerations requiring suture in vaginal births without episiotomy. *Obstet Gynecol.* 2014 May;123 Suppl 1:63S-4S.

Lydon-Rochelle MT, Holt VL, Martin DP. Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2001;15:232–40.

Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, Boaz M, Kovo M, Golan A, et al. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Archives of Gynecology and Obstetrics.* 2013:1-8.

Masters WH, Johnson V. Human sexual response. Boston: Little, Brown & Co.; 1966.

Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E. Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scand J Caring Sci.* 2005; 19: 381–387.

Omotosho TB, Rogers RG. Shortcomings/strengths of specific sexual function questionnaires currently used in urogynecology: a literature review. *Int Urogynecol J.* 2009; 20 (Suppl 1):S51–S56

OMS, Social science methods for research on sexual and reproductive health; Collumbien, Busza, Cleland and Campbell; Geneva, Switzerland; 2012.

Paiva V. A psicologia redescobrirá a sexualidade?. *Psicol. estud.* 2008; 13(4) :641-651.

Paixão TCR, Silva FMB, Oliveira SMJV. Caracterização da assistência implementada por enfermeiras em um centro de parto normal segundo as práticas recomendadas pela OMS. In: *Anais do 17o Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo*; 2009 nov. 10-11; Ribeirão Preto, BR. São Paulo: Pró-Reitoria de Pesquisa-USP; 2009 [CD-ROM].

Pearson A. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J Evid Based Healthc.* 2005; 3: 207- 215.

Pereira ALF, LimaTRL, Schroeter MS, GouveiaMSF, NascimentoSD. Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do Rio de Janeiro . *Esc. Anna Nery.* 2013; 17(1):17-23.

Persico G, Vergani P, Cestaro C, Grandolfo M, Nespoli A. Assessment of postpartum perineal pain after vaginal delivery: prevalence, severity and determinants. A prospective observational study. *Minerva Ginecol.* 2013; 65(6):669-78.

Pietras J, Taiwo BF. Episiotomy in modern obstetrics--necessity versus malpractice. *Adv Clin Exp Med.* 2012 Jul-Aug;21(4):545-50

Plowman TM. A vagina perfeita. *Questões de Saúde Reprodutiva.* 2011; 5(1); 58-61.

Pons ME. Sexual health in women with pelvic floor disorders: measuring the sexual activity and function with questionnaires—a summary. *Int Urogynecol J.* 2009; 20 (Suppl 1):S65–S71

Proganti JM, Araújo LM, Mouta RJO. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008; 12 (1):45 - 49.

Radestad I, Olsson A, Nissen E, Rubertsson C. Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: a nationwide follow-up. *Birth.* 2008;35(2):98-106.

Rathfisch G, Dikencik B K, Beji N K, Comert N, Tekirdag A I, Kadioglu A. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *J Advanced Nursing.* 2010; 66(12):2640–2649.

Redshaw M, Rowe R, Hocley C, Blokenhurst P. Recorded delivery: a national survey of women's experience of maternity care 2006. *National*

Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford. 2007 [documento na internet] Acesso em 01/05/2013
<http://www.npeu.ox.ac.uk/downloads/maternitysurveys/maternity-survey-report.pdf>

Riesco MLG, Oliveira SMJV, Bonadio IC, Schneck CA, Silva FMB, Diniz CSG, Lobo SF, Saito E. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(Esp 2):1297-302.

Rogers RG, Borders N, Leeman LM, Albers LL. Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? *J Midwifery Womens Health*. 2009; 54(2):98-103.

Rogers RG, Leeman LL. Postpartum Genitourinary Changes. *Urol Clin North Am*. 2007;34(1):13-21.

Rosen R. Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. *Fertility and Sterility*. 2002; 77(4) suppl 4 :S89-S93.

Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R Jr. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(2):191-208.

Rowland M, Foxcroft L, Hopman W M, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Can Fam Physician*. 2005;51:1366-1367.

Salim R S, Araújo N M, Gualda D M R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(4):[08 telas].

Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev bras fisioter*. 2007; 11(1): 83-89.

Santos JO, Shimo AKK. Rotina de episiotomia refletindo a desigualdade de poder. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12 (4): 645-50.

Sayasneh A, Pandeva I. Postpartum Sexual Dysfunction: A literature review of risk factors and role of mode of delivery. *British Journal of Medical Practitioners*. 2010;2(3):316.

Schneck CA, RiescoMLG, BonadioIC, Diniz CSG, OliveiraSMJV. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. *Rev Saude Publica*. 2012;46(1):77-86.

Schneck CA, Riesco MLG. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. REME Rev Min Enferm. 2006;10(3):240- 6.

Scott JR. Episiotomy and vaginal trauma. Obstet Gynecol Clin North Am. 2005;32:307–321.

Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, Cromi A, Ghezzi F, Bolis P. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. J Sex Med. 2010;7(8):2782-90.

Shirvani M A, Nesami M B, Bavand M. Maternal sexuality after child birth among Iranian women. Pak J Biol Sci. 2010; 13 (8): 385-389

Signorello L B, Harlow B L, Chekos A K, Repke J T. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. Am J Obstet Gynecol. 2001; 184(5): 881-890.

Silva FMB, Koiffman MD, Osava RH, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Centro de parto normal como estratégia de incentivo del parto normal: estudio descriptivo. Enferm Glob. [periódico na Internet]. 2008 Oct. [citado 2009 set. 11];14:1-11. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/35921/34941>

Sleep J, Grant A, Garcia J, Elbourne D, Spencer J, Chalmers I. West Berkshire perineal management trial. BMJ Clin Res Ed. 1984; 289: 587-590

Solana-Arellano E, Villegas-Arrizón A, Legorreta-Soberanis J, Cárdenas-Turanzas M, Enzaldo de la Cruz J, Andersson N. [Women's dyspareunia after childbirth: a case study in a hospital in Acapulco, Mexico]. Rev Panam Salud Publica. 2008;23(1):44-51.

System for the Unified Management, Assessment and Review of Information (SUMARI). Joanna Briggs Institute's User Manual - Version 5. Disponível em :<http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/SUMARI-V5-User-guide.pdf>

Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2006; 46: 282–287.

Vance C. (texto de 1991) Traduzido em 1995. “A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico”. Physis; 5(1).

Vieira, EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

- Yee LM, Kaimal AJ, Nakagawa S, Houston K, Kuppermann M. Predictors of postpartum sexual activity and function in a diverse population of women. *J Midwifery Womens Health*. 2013;58(6):654-61.
- Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int Urogynecol J*. 2014 Jan;25(1):5-14.
- Way S. Social construction of episiotomy. *Journal of Clinical Nursing*. 1998; 7: 113–117.
- WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2:436
- World Health Organization. *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit. 1996. Geneva.
- Woranitat W, Taneepanichskul S. Sexual Function during the Postpartum. *J Med Assoc Thai*. 2007; 90(9):1744-48.

ANEXO I – FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO CRÍTICA

MAStARI - Ferramentas de Avaliação Crítica de Estudos de Coorte e Caso-Controlle.

The screenshot shows the MAStARI web application interface. The header includes the MAStARI logo and the title "MAStARI - Meta Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument". Navigation links for "Reviews", "Study", "Logout", and "About" are present. A sidebar on the left contains a menu with "Select", "Detail", "Assessment", "Extraction", "Results", and "Meta-Analysis". The main content area is titled "Assessment for : Author - Journal (2011)" and displays the following information:

- Type: Primary
- User: catalin1
- Design: Comparable Cohort / Case Control Studies

Below this information is a table for criteria assessment:

Criteria	Yes	No	Unclear	Not Applicable	Comment
1) Is sample representative of patients in the population as a whole?	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
2) Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
3) Has bias been minimised in relation to selection of cases and of controls?	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
4) Are confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
5) Are outcomes assessed using objective criteria?	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
6) Was follow up carried out over a sufficient time period?	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
7) Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
8) Were outcomes measured in a reliable way?	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
9) Was appropriate statistical analysis used?	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>

Below the table, there is a section for including or excluding studies:

Include: Reason:

Buttons:

MAStARI - Ferramentas de Avaliação Crítica de Estudos Descritivos e de Casos.

MAStARI - Meta Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument

ReviewsStudyLogoutAbout

Select
Detail
Assessment
Extraction
Results
Meta-Analysis

Assessment for : Author - Journal (2011)

Type: Primary

User: catalin1

Design: Descriptive / Case Series Studies

Criteria	Yes	No	Unclear	Not Applicable	Comment
1) Was study based on a random or pseudo-random sample?	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
2) Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
3) Were confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
4) Were outcomes assessed using objective criteria?	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
5) If comparisons are being made, was there sufficient descriptions of the groups?	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
6) Was follow up carried out over a sufficient time period?	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
7) Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
8) Were outcomes measured in a reliable way?	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
9) Was appropriate statistical analysis used?	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>

Include

Reason

Update Undo Cancel

APÊNDICE A – PROTOCOLO QUE SERÁ SUBMETIDO AO JBI

A systematic review on the effects of episiotomy in sexual function of women in the postpartum period.

Reviewers

Carina Pinheiro Barreto RM¹, Camilla Alexsandra SchneckCNM PhD, CNM² and Maria Luiza Riesco CNM PhD³.

¹Master's program student, School of Nursing, University of São Paulo

² Lecturer in Midwifery School of Arts Sciences and Humanities, EACH, (MidwiferyProgram) University of São Paulo - Brazil

³Professor in Women's Health, Psychiatric and Maternal Child Nursing Department - School of Nursing, University of São Paulo, São Paulo, SP, Brazil.

Background

Episiotomy is surgical incision in the perineal body that enlarges the vagina orifice and facilitates the birth of an infant¹. It is the most common obstetrical procedure in the world and was introduced to practice without having a strong scientific evidence². The main reason for the episiotomy is to prevent severe perineal tears¹. One of the causes for such popularity is the minimization of ragged lacerations by a straight surgical incision, which is easier to repair. Another commonly cited but unproven benefit of routine episiotomy is that it would prevent pelvic floor complications, like defects in vaginal wall support, sexual dysfunction and incontinence³.

With the advent of evidenced-based practice, obstetricians have come to realize that the risks of maternal damage outweigh the possible benefits. The episiotomy rather than protecting the pelvis, reducing urinary

incontinence and improving neonatal outcome, it has increased postpartum perineal pain, dyspareunia, blood loss, anal sphincter laceration, rectal damage, and anal incontinence instead⁴.

Restrictive episiotomy policies appear to outnumber the benefits of routine episiotomy policies. Related to pain measures and severe vaginal or perineal trauma, the procedure has no significant relevance. On one hand, there is less posterior perineal trauma, less suturing and fewer complications and, on the other hand, there was an increased risk of anterior perineal trauma with restrictive episiotomy¹.

Although statistics from around the world revealed overall high rates of episiotomy with a decreasing trend in some countries. Considerable variation occurs in the use of the operation by country, within countries, and even within the same professional provider group⁵.

So thinking about all that, this systematic review aims to focus in the effects of the episiotomy in postpartum sexual function.

Postpartum sexual function is influenced by many changes in anatomy, hormones, family structure, and the couple relationship. Anatomically, episiotomy contributes to dyspareunia and has important effects sexual function during the initial postpartum months⁶.

After childbirth, many women experience some perineal discomfort or pain, often accompanied by a decline in normal sexual function⁷. The sexual problems frequency after few months of birth varies between 41% and 83%⁶. Studies indicate that the main reasons for the longer delays in the resumption of sexual intercourse observed after vaginal birth are dyspareunia, sexual problems and perineal pain⁸.

A systematic review⁹ about the effects of routine use of episiotomy and showed no evidence to support this practice for the protection of sexual function. Although this review was to analyze the results in relation to sexual function, which included nine studies showing a tendency to increase in dyspareunia and a delay in the resumption of sexual life in women who had episiotomy compared with women who had episiotomy.

Other two systematic reviews^{10,11} related to sexual function after childbirth with the mode of delivery, both studies argue that the instrumental vaginal delivery increases the chance of the woman presenting sexual dysfunction after delivery, and that no evidence to support cesarean delivery as a preventive form of sexual dysfunction.

However, the three revisions^{9,10,11} are not specific about sexual function and whether or not the episiotomy. These revisions do not use as a criterion for inclusion in the differentiation studies among women with vaginal delivery with or without episiotomy and did not specify whether or not use specific tools for measuring female sexual function. This is because the purpose of these revisions was wider, with it, the results regarding the use of episiotomy and sexual function is bit specific.

However, one review¹¹ points episiotomy as a risk factor associated with sexual dysfunction in the first weeks after birth, but there is no evidence on their effects over longer periods. The authors suggest further research to further investigation.

In a summary of the evidence, published in an institute in Canada¹², evaluate maternal and neonatal outcomes associated with spontaneous vaginal delivery with episiotomy, the authors contend that episiotomy does not seem to be associated with sexual dysfunction after childbirth.

We found incompatible articles in the current literature that show no association between sexual dysfunction and episiotomy^{13,14}, at the same time that other studies have related the episiotomy with problems in the sexual function^{15,16}.

Knowledge about the sexual consequences of episiotomy is an important factor to contribute in the practice of the restrictive use of the episiotomy.

Measuring the outcomes of sexual function is a challenge, so questionnaires have been developed. Sexual dysfunction is a disorder that relies on self-report for both diagnosis and treatment.

Valid and reliable measures that screen for sexual dysfunction may aid in both the diagnosis and treatment of postpartum sexual problems,

and patients may feel more comfortable reporting problems to health care providers through a questionnaire when compared to a direct interview¹⁷.

We chose use just sexual function validated questionnaires, some of questionnaires are FSFI, GRISS, MMQ-S, KHQ, PAIS, BISF-W, MFSQ. This questionnaires has been used all over the world. Timing of resumption of sexual active and dyspareunia will be evaluated.

This systematic review aims to examine the articles in the world literature about the effects of episiotomy in sexual function of women until 24 months after the birth. A search on the Cochrane Collaboration and Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews did not reveal any previous systematic reviews on this topic.

Review Objective

The objective of this systematic review is to examine the articles in the world literature about the effects of episiotomy in sexual function of women until 24 months after the birth.

More specifically, the review question is: does an episiotomy have any influence on sexual function of women until 24 months after delivery?

Inclusion Criteria

Types of Participants

This review will consider studies that include women with vaginal birth until 24 months after delivery

Types of Intervention

This review will consider studies that evaluate the effects of the episiotomy

Types of outcome

This review will consider studies that include the following outcome about sexual function measuring by validated questionnaires, timing of resumption of sexual active and dyspareunia will be evaluated.

Types of Study

This review will consider both analytical and descriptive epidemiological study designs including prospective and retrospective cohort studies, case control studies, case series, individual case reports and cross sectional studies some modify text as appropriate for inclusion.

Search Strategy

The search strategy aims to find both published and unpublished studies. A three-step search strategy will be utilized in this review. An initial limited search of MEDLINE and CINAHL will be undertaken followed by analysis of the text words contained in the title and abstract, and of the index terms used to describe article. A second search using all identified keywords and index terms will then be undertaken across all included databases. Thirdly, the reference list of all identified reports and articles will be searched for additional studies. Studies published in English and Spanish will be considered for inclusion in this review. Studies published all times will be considered for inclusion in this review.

The databases to be searched include:

CINAHL

Embase

LILACS

MEDLINE/Pubmed

SCOPUS

ScienceDirect

Mosby's Nursing Consult

Web of Science

Portal de teses IBICT

ProQuest

The search for unpublished studies will include:

Initial keywords to be used will be:

Episiotomy, childbirth, parturition, postpartum, postnatal, puerperium, sexuality, coitus, sexual behavior, sexual function.

Assessment of Methodological

Papers selected for retrieval will be assessed by two independent reviewers for methodological validity prior to inclusion in the review using standardised critical appraisal instruments from the Joanna Briggs Institute Meta Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument (JBI-MAStARI) (Appendix V). Any disagreements that arise between the reviewers will be resolved through discussion, or with a third reviewer.

Data Collection

Data will be extracted from papers included in the review using the standardized data extraction tool from JBI-MAStARI (Appendix VI). The data extracted will include specific details about the interventions, populations, study methods and outcomes of significance to the review question and specific objectives.

Data Synthesis

Quantitative data will, where possible, be pooled in statistical meta-analysis using JBI-MAStARI. All results will be subject to double data entry. Effect sizes expressed as relative risk for cohort studies and odds ratio for case control studies (for categorical data) and weighted mean differences (for continuous data) and their 95% confidence intervals will be calculated for analysis. A Random effects model will be used and heterogeneity will be assessed statistically using the standard Chi-square. Where statistical pooling is not possible the findings will be presented in narrative form including tables and figures to aid in data presentation where appropriate.

Conflicts of Interest

There are no conflicts of interest

Acknowledgements

To Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) for the scholarship that supports on of the author

References

- [1]] Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
- [2] Lede RL, Belizan JM, Caroli G. Is routine use of episiotomy justified? *Am J Obstet Gynecol.* 1996;174:1399-1402.
- [3] Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, editors. *Williams obstetrics*. 23st edition. New York; McGraw-Hill; 2010 p. 420–1.
- [4] Scott JR. Episiotomy and vaginal trauma. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2005;32:307–321.
- [5] Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth.* 2005;32:219-23
- [6] Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol.* 2012;119:647–55.
- [7] Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, et al. Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study. *BMJ* 2000;320:86–90.
- [8] Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Man- yonda I. Women’s sexual health after childbirth. *BJOG* 2000; 107:186 –95.
- [09] Hartmann K et al. Outcomes of routine episiotomy: A systematic review. *JAMA* 2005 May 4; 293:2141-8.
- [10] Hicks TL, Goodall SF, Quattrone EM, Lydon-Rochelle MT. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *J Midwifery Womens Health.* 2004;49(5):430-6.
- [11] Sayasneh A, Pandeva I. Postpartum Sexual Dysfunction: A literature review of risk factors and role of mode of delivery. *British Journal of Medical Practitioners.* 2010;2(3):316.

[12] Konnyu K, Grimshaw J, Moher D. What are the maternal and newborn outcomes associated with episiotomy during spontaneous vaginal delivery? Ottawa Hospital Research Institute; July 2011.

[13] Chang S; Chen K; Lin H; Chao Y Y; Lai Y. comparison of the episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual funtion 3 months postpartum: A prospective follow-up study. *Int J Nurs Stud.* 2011; 48: 409-418.

[14] Shirvani M A, Nesami M B, Bavand M. Maternal sexuality after child birth among Iranian women. *Pak J Biol Sci.* 2010; 13 (8) : 385-389

[15] Ejegård H, Ryding EL, Sjogren B. Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. *Gynecol Obstet Invest.* 2008;66(1):1-7

[16] Rathfisch G, Dikencik B K, Beji N K, Comert N, Tekirdag A I, Kadioglu A. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *J Advanced Nursing.* 2010; 66(12):2640–2649.

[17] Rosen RC. Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. *Fertil Steril* 2002;77(suppl 4):S89–93.

APÊNDICE B –BASES DE DADOS

Apêndice B: Quadro– Bases de dados secundárias.

Base de dados	Descrição
Cochrane Library www.thecochranelibrary. com	Contém evidências de alta qualidade para embasar a tomada de decisões. Inclui revisões sistemáticas, ensaios clínicos e muito mais. As revisões Cochrane trazem o resultado combinado das melhores evidências do mundo e são reconhecidas como o padrão-ouro nos cuidados de saúde baseados em evidências.
Joanna Briggs Institute www.joannabriggs.edu. au	É uma organização internacional de pesquisa especializada em recursos com base em evidências para profissionais de saúde em enfermagem, obstetrícia, medicina e outros profissionais da saúde.

APÊNDICE C – BASES DE DADOS

Apêndice C: Quadro – Bases de dados consultadas na revisão sistemática.

Base de dados	Descrição
CINAHL www.ebscohost.com/academic/cinahl	É a base de dados especializada em enfermagem, aliada à pesquisa em saúde, fornecendo o texto completo de mais de 770 revistas indexadas na CINAHL.
EMBASE www.embase.com/home	Abrange as áreas de: ciências biomédicas básicas, biotecnologia, engenharia biomédica e instrumentação, administração e política da saúde, farmacologia, saúde pública, ocupacional e ambiental, psiquiatria e psicologia, ciência forense, medicina veterinária, odontologia, entre outras.
Pubmed www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	Um serviço da Biblioteca Nacional de Medicina que oferece acesso a mais de 22 milhões de citações da MEDLINE e revistas de ciências da vida adicionais. PubMed inclui links para muitos sites que fornecem artigos em texto completo e outros recursos relacionados.
SCOPUS www.scopus.com	Base de dados multidisciplinar de dados, resumo e citação de literatura de investigação que cobrem cerca de 18.000 títulos de mais de 5.000 editores.
Web of Science www.scientific.thomson.com	Science Citation Index Expanded™, Social Science Citation Index e Arts and Humanities Index. Os usuários podem encontrar informações atuais, bem como arquivos de 1900, derivados de quase 9.300 das mais prestigiadas revistas de alto impacto do mundo.
ScienceDirect www.sciencedirect.com	ScienceDirect é um buscador acadêmico de texto completo, artigos de revistas e capítulos de livros de mais de 2.500 revistas e mais de 11.000 livros. Existem atualmente mais de 11 milhões de artigos ou capítulos, uma base de conteúdo que está crescendo a uma taxa de quase 0,5 milhão de adições por ano.
(continua)	

Base de dados	Descrição
LILACS http://lilacs.bvsalud.org/	É uma base de dados abrangente da literatura científica e técnica da América Latina e do Caribe. Há 27 anos contribui para o aumento da visibilidade, acesso e qualidade da informação em saúde na região.
ProQuest www.proquest.com/	ProQuest Dissertation Publishing publica dissertações e teses desde 1938. Desde então já publicou mais de 2 milhões de obras de pós-graduação das escolas de pós-graduação de todo o mundo. Além de publicar, fornece acesso a obras de pós-graduação para milhares de bibliotecas em todo o mundo.