

Introdução

A musculatura do assoalho pélvico tem uma importante função na sustentação dos órgãos pélvicos e abdominais e no controle da continência urinária e fecal, além de atuar na função sexual⁽¹⁾. A gestação e o parto, entretanto, exercem influência sobre essa musculatura, podendo diminuir o seu tônus e levar a um conjunto de problemas denominados disfunções do assoalho pélvico (DAP), tais como, incontinência urinária (IU) e dispareunia, entre outros agravos que podem ser transitórios ou permanentes⁽²⁻³⁾. Esses problemas podem afetar negativamente as atividades sexuais, físicas e profissionais da mulher.

A IU é a perda involuntária de urina, que tem impactos negativos na qualidade de vida das mulheres, sendo considerada um problema social e de higiene⁽⁴⁾. Em estudo de revisão sistemática, a prevalência combinada de qualquer IU pós-parto foi de 33% em todas as mulheres e fatores como a paridade, o tipo de parto e a realização de exercícios parecem influenciar a ocorrência desse problema, contudo os estudos ainda são controversos⁽²⁾. A média da prevalência de IU em múltiparas foi maior que em primíparas (36,6% vs 28,7%). Além disso, em primíparas, a média de prevalência de IU após o parto instrumental foi aproximadamente o dobro comparada à cesariana (32% vs 15%)⁽²⁾. Outro estudo identificou correlação positiva entre parto normal e IU, mas não, para a cesariana, sendo essa atribuída como um fator de proteção para IU. Ao analisar a relação entre IU e o número de gestações e de partos normais, concluíram que quanto maior o número dessas duas variáveis maior a taxa de IU, mostrando que a gravidez e o parto normal também são fatores de risco para IU⁽⁵⁾.

Uma coorte realizada na Suécia com 5.236 mulheres constatou que ter parto vaginal, em comparação com a cesariana, aumentou o risco de IU em 275% para o período de 10 anos depois do parto e em 67%, para 20 anos após o parto. No entanto, os autores ao utilizarem o número necessário para tratar, concluíram ser necessário de 8 a 9 cesarianas para evitar um caso de IU⁽⁶⁾. Por outro lado, em outro estudo não houve diferença significativa entre a prevalência de IU dois anos após o parto normal, comparado à cesariana⁽⁷⁾.

Há evidência científica de que o fortalecimento pélvico por meio de exercícios deve ser usado no tratamento da IU e quando iniciado precocemente em primigestas, pode prevenir esse problema no final na gestação e no pós-parto⁽⁸⁾.

Um estudo de coorte realizado na Austrália com 1.244 nulíparas apontou que 24% delas relataram dispareunia aos 18 meses após o parto. Intervenções obstétricas como parto vaginal com extração a vácuo e cesariana de urgência ou eletiva foram associadas à persistência desse sintoma nessa população (OR= 2,28, p=0,005; OR= 2,41, p=0,001; OR= 1,71, p=0,087, respectivamente)⁽⁹⁾. Outro estudo de coorte com mulheres que referiram dispareunia ou não, identificou que não houve diferença significativa entre os grupos em relação à pressão vaginal em repouso, a força muscular perineal e a resistência vaginal, com 6 e 12 meses após o parto. Também não existiu diferença significativa entre os grupos quanto ao tipo de parto, episiotomia, lacerações perineais de terceiro e quarto grau e o peso do recém-nascido⁽¹⁰⁾.

A avaliação da força muscular do assoalho pélvico (FMAP) é importante para a prevenção, diagnóstico e tratamento das DAPs. A FMAP pode ser avaliada em repouso ou em atividade, através da resistência e da contração muscular, por meio de exame ginecológico, utilizando-se métodos como: palpação digital vaginal, perineometria, ultrassonografia, eletromiografia, manometria e cones vaginais⁽¹¹⁾

Em estudo que testou a confiabilidade do perineômetro Peritron™, a resistência e FMAP foram verificadas por meio de duas medidas no mesmo dia, com uma hora de intervalo entre elas, para avaliar a confiabilidade intra-dia. Após cinco dias, foi realizada uma terceira medida para verificar a confiabilidade entre-dias. Os autores encontraram elevado nível de concordância entre as medidas. A partir desses resultados, o Peritron™ pode ser considerado um método confiável para medir a resistência e FMAP⁽¹¹⁾.

Em razão da crescente proporção de cesarianas no Brasil⁽¹²⁾ e o desejo das mulheres pela intervenção cirúrgica na tentativa de evitar as DAP⁽⁶⁾, surgiu a indagação de avaliar a FMAP em relação ao tipo de parto para contribuir com indicadores que poderiam prevenir ou tratar essas morbidades. Diante disso, esse estudo teve como objetivos: analisar a FMAP em primíparas de pós-parto normal e cesariana; comparar a FMAP de primíparas pós-parto normal e cesariana relacionando-a às características sociodemográficas, estado nutricional, IU, dispareunia, exercício perineal na gestação, condição perineal e peso do recém-nascido.

Método

Estudo transversal sobre a FMAP em primíparas entre 50 e 70 dias após o parto, segundo o tipo de parto, realizado em uma maternidade e em unidades básicas de saúde (UBS) do município de Itapeverica da Serra, SP, Brasil.

A amostra foi composta por mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter apenas um parto normal ou cesariana a termo (37 a 42 semanas); recém-nascido (RN) único e vivo com apresentação cefálica no parto normal; não ter sido submetida à cirurgia abdominal ou urogenital prévia; não ter doenças ou condições físicas que poderiam interferir na FMP (lesão pélvica ou da coluna vertebral, diabetes, prolapso de órgão pélvico, doenças neurológicas); não ter dificuldade de comunicação por diminuição da acuidade auditiva ou limitação da fala. Os critérios de exclusão foram: apresentar dificuldade à inserção do perineômetro na vagina e apresentar intercorrências no processo de cicatrização na região perineal decorrentes de traumatismo local. O tamanho da amostra foi calculado com base nas médias de FMAP em mulheres com parto normal e cesariana de um estudo prévio⁽¹³⁾. Ao comparar esses dados encontrou-se um tamanho de efeito de Cohen igual a 0,669 e assumindo um erro tipo I de 5% e poder de teste de 90%, seriam necessárias 96 primíparas.

Os dados dos partos registrados no livro de partos da maternidade, no período de 2011 e 2012, mostrou que para cada mulher submetida à cesariana ocorreram três partos normais. Considerando essa distribuição, foram necessárias 24 mulheres pós-cesariana e 72 pós-parto normal. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CAAE:13545113.5.0000.5392) e a participação das mulheres foi voluntária, após orientação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quanto ao aparelho utilizado nesse estudo, é importante esclarecer que não há nenhum tipo de vínculo entre as pesquisadoras e o fabricante. Os dados foram coletados em *duas etapas* entre janeiro e setembro de 2014. O formulário de coleta de dados foi adaptado de um estudo que também avaliou a FMAP⁽¹⁴⁾ e foi testado antes do início da coleta de dados. Participaram da coleta duas pesquisadoras previamente treinadas para utilização correta do perineômetro. A *etapa 1* foi realizada na maternidade e constituiu do recrutamento, entrevista e coleta de dados do prontuário. Nessa ocasião, foi agendada a consulta de retorno da puérpera entre 50 e 70 dias após o parto, na UBS de origem ou na própria

maternidade onde foram recrutadas. Entre um e dois dias prévios a consulta, realizou-se contato telefônico com a finalidade de confirmar a presença da puérpera na consulta agendada. Em caso de não comparecimento, a consulta foi agendada novamente por telefone. Na *etapa 2*, efetuou-se a segunda parte da entrevista e a avaliação da FMAP. Para mensurar a FMAP, optou-se pelo perineômetro eletrônico de pressão modelo Peritron™ PRN09301 (*Laborie*, Canadá), que é constituído de uma sonda vaginal de silicone de 8 cm de comprimento e 3 cm de diâmetro que registra a contração muscular em um microprocessador portátil, numericamente, a partir de 0,1 centímetros de água (cmH₂O). O aparelho não faz diferenciação quanto às contrações da musculatura pélvica e do abdômen. Durante a avaliação da FMAP foram controlados a movimentação dos músculos acessórios e a manobra de Valsalva por meio da observação visual. O procedimento da mensuração da FMAP através da perineometria foi realizado por uma das pesquisadoras e seguiu a metodologia descrita no estudo sobre a mesma temática⁽¹⁵⁾. Os dados registrados no formulário foram duplamente digitados no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.0 para Mac. Após a validação do banco de dados e da importação para o aplicativo Excel, procedeu-se a análise estatística. Utilizou-se um modelo de análise de variância (ANOVA) para comparar as médias da FMAP entre parto normal e cesárea. Para avaliar a relação das características sociodemográficas, estado nutricional, IU, dispareunia, exercício perineal e peso do recém-nascido, empregou-se ANOVA de dois fatores. Para a associação da FMAP com dados do parto e condições do períneo, foi ajustado um modelo de ANOVA de um fator. O nível de significância de 5% foi adotado para todos os testes.

Resultados

Das 236 primíparas elegíveis, 51 se recusaram a participar do estudo por residirem em outro município, 15 não foram abordadas por alta precoce e 1 não foi incluída por ter sido submetida à episotomia e também à cesariana. Portanto, 169 mulheres foram recrutadas, destas 73 não compareceram à etapa 2 e foram consideradas como perda de seguimento. Assim, a amostra final constitui-se de 96 primíparas que concluíram as duas etapas do estudo. Em razão do elevado percentual de perdas (43,2%), realizou-se análise comparativa entre as perdas de seguimento e a amostra final e verificou-se que as perdas foram aleatórias e não exerceram influência sobre a amostra.

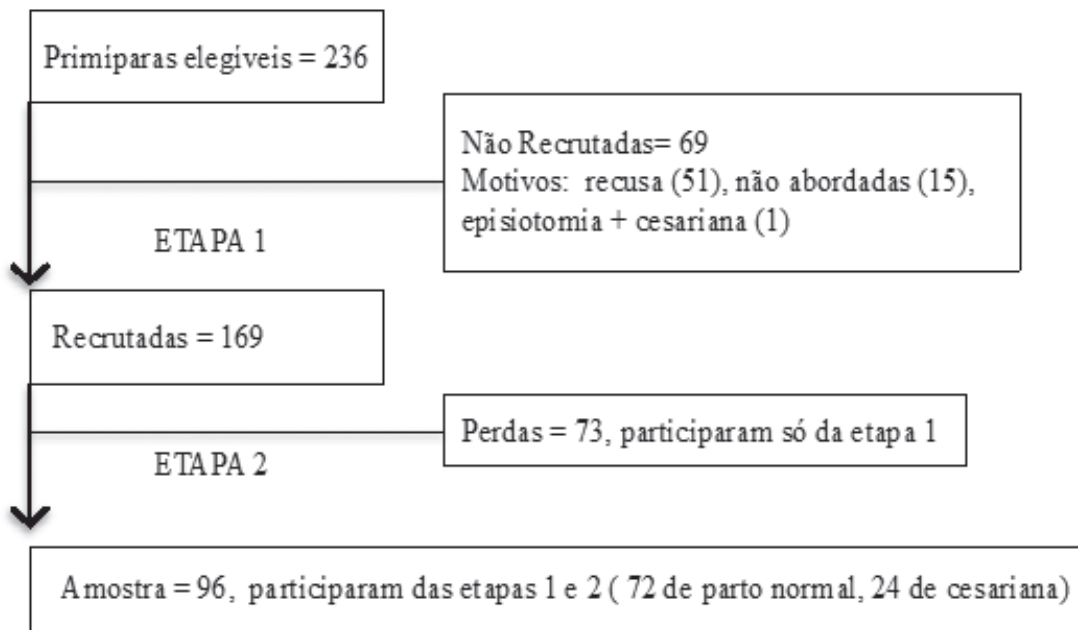


Figura 1 - Fluxograma das participantes da pesquisa. Itapeperica da Serra, SP, Brasil, 2014

Participaram do estudo primíparas cuja média de idade foi de 21,7(\pm 4,8) anos, mínimo de 13 anos e máximo de 37 anos e 36,5% tinham até 19 anos. A maioria das mulheres referiu ser de cor parda (56,3%), ter entre 9 e 11 anos de estudo, viver com o companheiro (78,1%) e não exercer atividade remunerada (61,5%).

A média da FMAP entre as mulheres com parto normal foi de 24 (dp=16,2) cmH₂O e naquelas submetidas à cesariana 25,4 (dp=14,7). Embora a FMAP após cesariana tenha sido 1,4 cmH₂O maior comparada à do parto normal, não houve diferença significativa

da FMAP segundo o tipo de parto ($p=0,697$). Os valores médios da FMAP em relação às variáveis sociodemográficas apresentou diferença significativa apenas quando a mulher tinha 12 anos ou mais de estudo (Tabela 1). Nas categorias ≤ 8 e 9 a 11 anos de estudos, essa diferença não foi significativa, mostrando que ocorreu uma inversão significativa, representada na Figura 2. Em relação às queixas urinárias, encontraram-se valores menores da FMAP após o parto normal, sem significância, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Média da força muscular do assoalho pélvico de acordo com o tipo de parto, segundo características sociodemográficas, estado nutricional, IU, dispareunia, exercício perineal, condições do períneo e peso do recém-nascido. Itapeperica da Serra, SP, Brasil, 2014

Variável	FMAP* (cmH ₂ O)				p-valor
	Parto normal		Cesariana		
	n	Média (dp) [†]	n	Média (dp)	
Idade (anos)					0,390 [‡]
≤ 19	28	26,0 (14,8)	7	21,2 (12,9)	
20 a 24	28	26,4 (18,3)	9	30,4 (16,1)	
25 a 29	11	21,1 (12,0)	6	23,0 (17,3)	
≥ 30	5	5,5 (8,4)	2	25,2 (3,1)	
Cor da pele					0,406 [‡]
Parda	40	25,5 (15,9)	14	26,5 (15,2)	
Branca	23	20,1 (15,6)	7	25,8 (16,4)	
Preta	8	30,6 (17,4)	3	19,3 (10,4)	
Amarela	1	0,0 -	-	-	
Escolaridade (anos)					0,036 [‡]

(continua...)

Tabela 1 - *continuação*

Variável	FMAP* (cmH2O)				p-valor
	Parto normal		Cesariana		
	n	Média (dp)†	n	Média (dp)	
≤ 8	10	26,8 (20,7)	6	31,5 (10,8)	
9 a 11	57	21,9 (13,4)	15	25,1 (16,2)	
≥ 12	5	42,0 (26,3)	3	14,6(7,7)	
Situação conjugal					0,339‡
Vive com companheiro	55	23,1 (16,9)	20	26,8 (14,2)	
Não vive com companheiro	10	25,9 (14,0)	1	6,7 -	
Sem companheiro	7	27,7 (14,9)	3	22,3 (19,3)	
Atividade remunerada					0,767‡
Sim	41	24,9 (14,8)	18	24,8 (11,5)	
Não	31	23,3 (17,4)	6	25,6 (15,9)	
Estado nutricional					0,584‡
Baixo Peso	5	23,4 (18,1)	0	-	
Adequado	43	23,9 (14,8)	12	20,5 (10,0)	
Sobrepeso	20	23,1 (15,4)	7	25,6 (20,0)	
Obesidade	4	29,1 (34,6)	5	36,9 (11,6)	
IU na gestação					0,296‡
Sim	67	19,9 (20,1)	14	27,0 (14,9)	
Não	29	25,4 (14,5)	10	24,3 (15,0)	
IU logo após o parto					0,894‡
Sim	59	22,4 (20,8)	20	25,0 (14,4)	
Não	13	24,3 (15,2)	4	25,5 (15,1)	
IU que persiste por 2 meses de pós-parto (n=17)					0,448‡
Sim	6	12,2 (9,9)	3	21,9 -	
Não	7	34,4 (24,5)	1	26,0 (17,5)	
Dispareunia (n=77)					0,361‡
Sim	30	24,3 (17,3)	10	24,8 (14,6)	
Não	28	21,5 (13,1)	9	29,3 (14,6)	
Exercício perineal na gestação					0,010‡
Sim		42,6 (25,4)	2	11,8 (4,9)	
Não		22,6 (14,7)	22	26,7 (14,7)	
Condição perineal					0,677§
Integro	11	23,5 (16,2)			
Laceração de 1º grau	22	27,5(14,7)			
Laceração de 2º grau	11	21,0 (13,5)			
Laceração de 3º grau	1	8,8 -			
Episiotomia	27	23,0 (15,2)			
Peso do recém-nascido					0,732‡
≤ 3.500	57	23,7 (16,4)	14	26,2 (14,7)	
> 3.500	15	24,8 (16,0)	10	24,3 (15,5)	

*Força muscular do assoalho pélvico

†Desvio padrão

‡ANOVA de dois fatores

§ANOVA

||Incontinência urinária

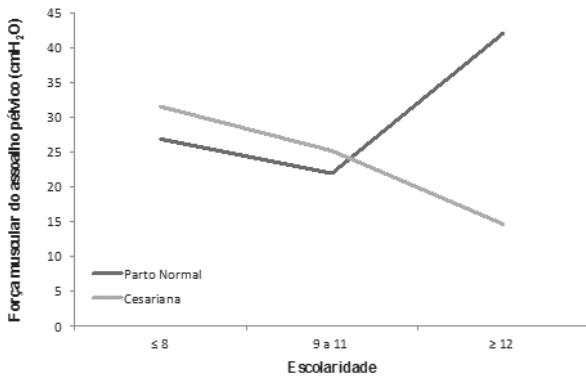


Figura 2 - Interação entre a escolaridade e o tipo de parto na força muscular do assoalho pélvico (FMAP). Itapecerica da Serra, SP, Brasil, 2014

Ao comparar as médias da FMAP com o exercício perineal durante a gestação, foi observada interação entre ter realizado exercício perineal com o tipo de parto ($p=0,010$). As primíparas que fizeram exercício perineal na gestação e tiveram parto normal apresentaram valores significativamente maiores de FMAP comparados às mulheres de cesariana, conforme representado na Figura 3.

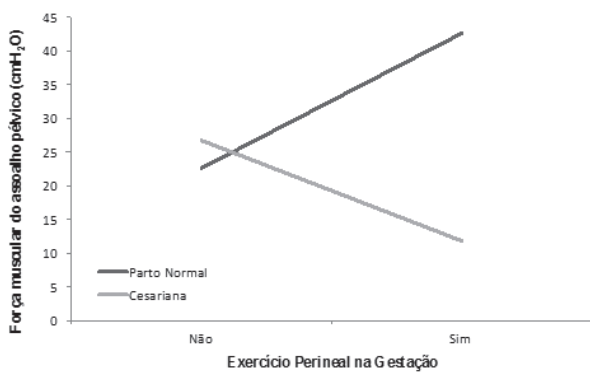


Figura 3 - Interação entre o exercício perineal na gestação e o tipo de parto na força muscular do assoalho pélvico (FMAP). Itapecerica da Serra, SP, Brasil, 2014

Em relação às condições do períneo, a média da FMAP entre as primíparas que tiveram períneo íntegro ou episiotomia foram similares. Não foram encontradas diferenças significativas entre as médias da FMAP e o peso do RN segundo o tipo de parto, descritos na Tabela 1.

Discussão

Essa investigação buscou comparar a FMAP em relação o tipo de parto, associando às características sociodemográficas e do parto, às DAPs e ao exercício

perineal na gestação. Esses dados contribuem para traçar o perfil da FMAP e fornecer indicadores que poderiam subsidiar a opção de escolha das mulheres quanto ao tipo de parto.

O parto vaginal é visto como um fator que promove o enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico. Assim, a escolha da mulher pela cesariana está muitas vezes associada à prevenção das morbidades relacionadas à perda da FMAP. No entanto, o atual estudo mostrou que, entre 50 e 70 dias após o parto, não há influência do tipo de parto sobre a FMAP. Esse resultado difere daquele encontrado por uma pesquisa⁽¹⁶⁾ que comparou nulíparas com primíparas submetidas ao parto normal e à cesariana, no qual identificou-se diminuição da FMAP entre as primíparas com parto vaginal, comparadas àquelas com cesárea. O parto vaginal aumentou o risco de diminuir a FMAP em 2,58 vezes e 2,31 vezes com 4 e 6 meses de pós-parto, respectivamente. Enquanto que, para a cesariana o risco foi de 1,56 e 1,37 vezes (com 4 e 6 meses, respectivamente). Essa divergência de resultados pode-se justificar pelo emprego de diferentes aparelhos para mensurar a FMAP e pela variação no tempo em que a avaliação foi realizada.

A grande variabilidade nos períodos de avaliação da FMAP dificulta a comparação entre os resultados do atual estudo com os de pesquisas prévias, uma vez que, a literatura sugere que a média da FMAP varia ao longo do período puerperal, com tendência ao aumento no decorrer do tempo, independente da via de nascimento⁽¹⁷⁾. Essa variação pode ser observada em pesquisas realizadas também com primíparas aos 45 dias de pós-parto, que identificou FMAP de 8,3 cmH₂O e 13,7 cmH₂O (pós-parto normal e cesariana, respectivamente)⁽¹⁸⁾ e ainda, medidas mais elevadas com 98 dias e aos 12 meses de pós-parto, 54,1 cmH₂O e 59,9 cmH₂O, respectivamente⁽¹⁷⁾. Mesmo em estudos que utilizaram aparelhos com diferentes unidades de medidas, pode-se observar essa variação⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Considerando as características sociodemográficas, nesse estudo, assim como em outros⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, a idade materna, a situação conjugal, a cor da pele e a atividade remunerada, não influenciaram a FMAP. Embora alguns autores sugiram que a idade e a cor da pele estejam relacionadas à diminuição da FMAP após o parto⁽¹⁹⁾, na atual pesquisa, foi observado diferença significativa da FMAP somente em relação à escolaridade. Primíparas acima de 12 anos de estudo e parto normal apresentaram valor de FMAP significativamente maior. No entanto, esses dados devem ser observados com cautela, pois o tamanho da amostra foi pequeno nessa categoria.

Não foram encontrados na literatura estudos que investigaram a relação da FMAP com a escolaridade. No entanto, autores sugerem que o nível de escolaridade pode estar associado a outros fatores como a condição socioeconômica, ou seja, maior escolaridade, em geral, está relacionada ao aumento da condição socioeconômica que por sua vez possibilita acesso a melhor nutrição, atividade física, maior acesso à assistência à saúde entre outros⁽¹⁹⁾. Contudo, a condição socioeconômica não foi abordada na atual pesquisa, impossibilitando mais comparações.

Quanto ao estado nutricional, apesar de não existir parâmetros próprios do IMC para o período puerperal, tomando como base a classificação de Atalah⁽²⁰⁾ para o período gestacional, a maioria das mulheres nesse estudo apresentou estado nutricional adequado no momento da avaliação da FMAP e não foram encontradas diferenças significativas na FMAP em relação ao estado nutricional de acordo com o tipo de parto. Porém, estudo⁽¹⁸⁾ que comparou a FMAP de nulíparas e primíparas, sugere que o sobrepeso influenciou no resultado..

Nesta investigação a IU teve maior prevalência na gestação comparada ao pós-parto e a maioria das mulheres com queixa de IU aos dois meses de pós-parto iniciou a perda de urina ainda na gestação. Embora as mudanças gravídicas possam contribuir para a IU após o parto⁽²¹⁾, alguns autores apresentam evidências de que, quando presente na gravidez, essa queixa torna-se um fator de risco para sua ocorrência também no pós-parto^(7,21-22).

Quanto à FMAP, apesar dos resultados mostrarem valores menores em mulheres com IU após o parto normal comparada à cesariana, essa diferença não foi significativa. Os resultados de um estudo prospectivo⁽²²⁾ se assemelha aos achados da presente investigação. Os autores concluíram que a FMAP não interferiu nos sintomas de IU, independente do tipo de parto.

Poucas puérperas referiram fazer algum tipo de exercício de fortalecimento pélvico durante a gestação e após o parto, sendo os mais citados os exercícios de Kegel e segurar o jato urinário. Observou-se que aquelas que tiveram parto normal e fizeram exercício perineal na gestação, apresentaram valores significativamente maiores da FMAP comparada às mulheres pós-cesariana, contudo merece salientar que não foi questionado se o exercício foi realizado regularmente ou se as mulheres receberam orientação de como fazê-lo, todavia é possível afirmar que a realização de exercício perineal pode trazer benefícios para aquelas que o fazem. Resultados que reforçam essa afirmação foram demonstrados por estudos que avaliaram os exercícios tanto na gravidez como no puerpério, indicando que o fortalecimento da musculatura pélvica contribui para a melhora

dos sintomas da IU⁽⁸⁾ e da função sexual⁽²³⁾. Assim, a inclusão de um programa de exercícios durante o pré-natal poderia ter efeitos benéficos para o fortalecimento dessa musculatura e prevenção da IU.

Neste estudo, a maioria das primíparas retornou à atividade sexual entre 50 e 70 dias após o parto e cerca de metade delas referiu dispareunia, porém, assim como em outros estudos^(10,15), não houve diferença na FMAP em relação ao tipo de parto quanto à essa queixa.

Assim como em investigação prévia⁽¹³⁾, a FMAP não se associou à condição perineal no parto normal. Mas, essa variável parece estar relacionada à disfunção sexual. Um estudo, do tipo prospectivo com objetivo de identificar a extensão da disfunção sexual com três meses de pós-parto vaginal, encontrou associação entre traumas perineais e aumento da taxa de dispareunia e diminuição dos níveis de libido, orgasmo e satisfação sexual⁽²⁴⁾. Assim, considera-se importante prevenir os traumas perineais, pois mesmo que não exista influência desta variável sobre a FMAP, ela pode ser um determinante para a retomada da função sexual após o parto.

A FMAP também não se associou ao peso do RN, independente do tipo de parto. Não foram encontrados estudos que avaliassem a relação entre essas duas variáveis. Contudo, a literatura mostra que o peso fetal maior que 4kg é um preditor para as incontínências urinária e anal, sugerindo que, para prevenir tais problemas, deve-se evitar o parto vaginal de bebês macrossômicos⁽²⁵⁾.

A falta de métodos padronizados na avaliação da FMAP entre as pesquisas dificulta a comparação dos valores dessa variável. Nesse sentido, o atual estudo utilizou um método previamente empregado nos estudos mais atuais^(15,26), na tentativa de uniformizar essas medidas e servir de base para outros estudos, facilitando a comparação dos resultados, da mesma maneira que, auxiliando na avaliação da tonicidade da musculatura pélvica após o parto.

Nossos resultados também oferecem subsídios para que o profissional possa orientar a gestante quanto aos fatores que interferem na FMAP, fornecendo mais um elemento para embasar a tomada de decisão da mulher quanto à via de parto. Ademais, os resultados indicam que atenção especial deve ser voltada, especialmente, para gestantes com menor escolaridade e com IU na gestação objetivando melhorar o cuidado perineal. Dessa forma, o direcionamento para a prática ou a inclusão de um programa de exercícios para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, no pré-natal, pode ter impacto positivo na FMAP após o parto normal.

Limitações

Nesse estudo houve perda de seguimento de cerca de 40% relacionada ao não retorno das mulheres à consulta puerperal. Desse modo, essas participantes foram repostas e a amostra atingiu, ao final da pesquisa, o número previamente estabelecido no cálculo da amostra. Além disso, a análise comparativa entre as perdas e a amostra do estudo retratou que elas diferiram em apenas 3 dias na idade gestacional. Essa perda pode ser atribuída à distribuição geográfica entre as UBSs e a residência das participantes.

Outra limitação desse estudo poder estar relacionada a uma única avaliação da FMAP após o parto, não sendo possível determinar se a longo prazo há influência do tipo parto nesta variável.

Conclusão

Não existe diferença na FMAP de primíparas de pós-parto normal e pós-cesariana. Primíparas após o parto normal, com 12 ou mais anos de estudo apresentam maior FMAP. A realização de exercícios perineais na gravidez está associada a maior FMAP em primíparas pós-parto normal.

Referências

1. Bø K, Hilde G, Stær-Jensen J, Siafarikas F, Tennfjord MK, Engh ME. Postpartum pelvic floor muscle training and pelvic organ prolapse: a randomized trial of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212(1):38.e1-7.
2. Thom DH, Rortveit G. Prevalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89:1511-22.
3. Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int Urogynecol J*. 2014;25(1):5-14.
4. Lopes DBM, Praça NS. Self-reported urinary incontinence in the postpartum period: clinical characteristics. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):559-64.
5. Findik RB, Unluer AN, Şahin E, Bozkurt ÖF, Karakaya J, Ünsal A. Urinary incontinence in women and its relation with pregnancy, mode of delivery, connective tissue disease and other factors. *Adv Clin Exp Med*. 2012;21(2):207-13.
6. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I. The prevalence of urinary incontinence 20 years after childbirth: A national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG*. 2012;120(2):144-51.
7. Barbosa AMP, Marini G, Piculo F, Rudge CVC, Calderon IMP, Rudge MVC. Prevalência de incontinência urinária e disfunção muscular do assoalho pélvico em primíparas dois anos após parto cesárea: Estudo transversal. *São Paulo Med J*. 2013;131(2):95-9.
8. Dumoulin C, Hay-Smith EJC, Mac Habée-Séguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;5:CD005654.
9. McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG*. 2015;122(5):672-9.
10. Tennfjord MK, Hilde G, Stær-Jensen J, Ellström Engh M, Bø K. Dyspareunia and pelvic floor muscle function before and during pregnancy and after childbirth. *Int Urogynecol J*. 2014;25:1227-35.
11. Rahmani N, Mohseni-Bandpei MA. Application of perineometer in the assessment of pelvic floor muscle strength and endurance: a reliability study. *J Bodyw Mov Ther*. 2011;15(2):209-14.
12. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl:101-16.
13. Menta SS, Schirmer J. Relação entre a pressão muscular perineal no puerpério e o tipo de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(9):523-9.
14. Caroci AS, Riesco MLG, Sousa WS, Cotrim AC, Sena EM, Rocha NL, et al. Analysis of pelvic floor musculature function during pregnancy and postpartum: A cohort study. *J Clin Nurs*. 2010;10:2424-33.
15. Caroci AS, Riesco MLG, Rocha BMC, Ventura LJ, Oliveira SG. Evaluation of perineal muscle strength in the first trimester of pregnancy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(6):893-901.
16. Barbosa AMP, Carvalho LR, Martins AMVC, Calderon IMP, Rudge MVC. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(18):677-82.
17. Elenskaia K, Thakar R, Sultan AH, Scheer I, Beggs A. The effect of pregnancy and childbirth on pelvic floor muscle function. *Int Urogynecol J*. 2011;22(11):1421-7.
18. Gameiro MO, Sousa VO, Gameiro LF, Muchailh RC, Padovani CR, Amaro JL. Comparison of pelvic floor muscle strength evaluations in nulliparous and primiparous women: a prospective study. *Clinics*. 2011;66(8):1389-93.
19. Batista EM, Conde DM, Do Amaral WN, Martinez EZ. Comparison of pelvic floor muscle strength between women undergoing vaginal delivery, cesarean section, and nulliparae using a perineometer and digital palpation. *Gynecol Endocrinol*. 2011;27(11):910-4.
20. Atalah SE, Castillo CL, Castro RS. Propuesta de un nuevo estandar de evaluación nutricional en embarazadas. *Rev Med Chile*. 1997; 125:1429-36.

21. Svare JA, Hansen BB, Lose G. Risk factors for urinary incontinence 1 year after the first vaginal delivery in a cohort of primiparous Danish women. *Int Urogynecol J*. 2014;25:47-51.
22. Valeton CT, Amaral VF. Evaluation of urinary incontinence in pregnancy and postpartum in Curitiba Mothers Program: a prospective study. *Int Urogynecol J*. 2011;22(7):813-8
23. Martinez CS, Ferreira FV, Castro AA, Gomide LB. Women with greater pelvic floor muscle strength have better sexual function. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014;93(5):497-502.
24. Rathfisch G, Dikencik BK, Beji NK, Comert N, Tekirdag AI, Kadioglu A. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *J Adv Nurs*. 2010;66:2640-9.
25. Obioha KC, Ugwu EO, Obi SN, Dim CC, Oguanuo TC. Prevalence and predictors of urinary/anal incontinence after vaginal delivery: prospective study of Nigerian women. *Int Urogynecol J*. 2015;26(9):1347-54.
26. Riesco MLG, Fernandes-Trevisan K, Leister N, Cruz CS, Caroci AS, Zanetti MRD. Incontinência urinária relacionada à força muscular perineal no primeiro trimestre da gestação: estudo transversal. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(Esp):3.

Recebido: 13.5.2015

Aceito: 19.1.2016

Correspondência:
Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira
Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Cerqueira Cesar
CEP: 05.403-000, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: soniaju@usp.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.