

ISSN 2763-9738

Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

Dez 2022 n. 2 v. 3



RBFP



Editorial: Divulgação científica e Educação em Saúde



Atualmente, um dos pontos relevantes quando se fala em educação em saúde – senão o mais relevante – é que a educação é terapêutica. Isso mesmo: educar trata. A ideia não é tão nova, mas tem amplo suporte na evidência científica disponível. Por exemplo, em 2013 numa época quando se tratava a dor genital com tudo que houvesse há mão, um estudo da canadense Elke Reissing investigou quais das dezenas de terapias aplicadas de fato funcionavam, do ponto de vista das pacientes, e descobriu que a educação foi apontada pela maioria das pacientes, perdendo o primeiro lugar apenas para a terapia manual. Entender a natureza do seu problema, ao que tudo indica, trata. Mais tarde Yaraghi e colegas (2019) também concluíram que a educação foi terapêutica, sendo ferramenta importante no tratamento da dor genital. Um ano antes publicávamos um estudo sobre aplicativos para treinamento do assoalho pélvico, na qual trazíamos imagens e animações educativas sobre o assoalho pélvico e condições de saúde como a incontinência urinária, discutindo que todo protocolo para estes músculos deve, obrigatoriamente, iniciar por este tipo de educação, raciocínio derivado da publicação de 2017 de Bary Berghmans, na qual ele descrevia seu célebre protocolo dos 5Fs, onde a educação é fundamental. Afinal, a mesa redonda de especialistas da *International Continence Society* de 2014, sobre aderência em Fisioterapia Pélvica (quando os pacientes aderem ao protocolo no consultório e em casa), havia concluído que um dos principais indicativos de aderência – ou a falta dela – é uma boa educação ou consciência dos pacientes a respeito da condição de saúde a ser tratada e dos procedimentos escolhidos pela fisioterapeuta. Além de terapêutica, a educação em saúde aumenta a aderência e o enfrentamento das pessoas a respeito de condições aversas de saúde que as possam atacar.

A necessidade de educação em saúde é fato. Mas que tipo de educação? Talvez um dos pontos mais relevantes deste tipo de discussão, especialmente nos dias atuais seja: e quanto a qualidade desta educação? Será que qualquer tipo de educação está cumprindo seu papel social de melhorar o mundo no qual vivemos? A ascensão infrene das mídias sociais permitiu que qualquer um seja de nós seja desenvolvedor e compartilhador de conteúdo digital, inclusive informações sobre saúde. Ao que parece podemos ser divididos em 1) produtores de conteúdo (aqueles que, de fato,

produzem alguma coisa); 2) compartilhadores de conteúdo e 3) juizes de conteúdo (aqueles que criticam conteúdos) – estes últimos, normalmente não produzindo nada. Mas no tocante à produção de conteúdo digitais em saúde: será que todos nós estamos preparados para produzir conteúdo de qualidade para o público em geral?

O filósofo israelense Yuval Harari conclui que, para sobrevivermos ao século XXI, onde as *fake news* se tornaram, mais do que inconvenientes, literalmente mortais, uma das ferramentas importantes é buscar informações em veículos oficiais de informação, ou seja, mídias jornalísticas especializadas – e pagas para tanto. Afinal, quase tudo o que vem “de graça” está sendo pago por alguém com interesses sobre a disseminação daquele conteúdo e, a grande pergunta seria: qual o interesse de quem está pagando pelo conteúdo que estamos lendo? Seria realmente informar os fatos ou, quem sabe, de forma traiçoeira, modificando os fatos para vender melhor seus produtos?

Este talvez seja o maior dilema das últimas décadas, tal e qual foi durante as primeiras décadas do século XX (tive um professor de História que dizia que a História avança, mas sempre se repete). Na presente edição da RBFP, que luta pela informação imparcial e de qualidade para as fisioterapeutas pélvicas, apresentamos dois estudos em especial que tratam desta temática: um sobre a qualidade das publicações sobre Fisioterapia Pélvica no Instagram®, a segunda rede social mais popular no Brasil (atrás apenas do Youtube®) e outro sobre um dos temas mais populares nas redes sociais hoje: o consumo de pornografia. Estamos fornecendo informações “à rodo” para noss(e)s pacientes mas, qual a validade e qualidade da informação que estamos fornecendo? Nosso juramento de fisioterapeutas, no dia de nossa formatura, foi de e usar nossos conhecimentos para proteger a pessoa humana. Será que estamos seguindo-o, à risca, também nas mídias sociais? Até que ponto somos produtores de conteúdo em saúde, realmente para as pessoas, e até que ponto somos produtores de publicidade para nós mesmos? Para este segundo caso, qual o nível de ética de nossas publicações ditas “em prol da saúde”?

Gustavo F. Sutter Latorre
Editor Geral

Índice



Editorial	2
Artigos Originais	
Novas técnicas de liberação miofascial para dores genitais eficientes (dor zero) em 10 sessões Latorre GFS, Ayala A, Machado MP, Rohenkohl SD, Parise B, Oriente T, Silva PM, Rocha CS, Vianna FH, Motta IC, Lanz I.	5
Prevalência de incontinência de esforço em mulheres praticantes de Crossfit® Dums W, Pereira PA.	16
Fisioterapia pélvica no tratamento da incontinência urinária de mulheres manauaras Cardoso MN, Barroso LN, Queiroz RCR, Baltar J, Leon EB.	28
Função sexual de gestantes Silva AS, Camilo IR.	40
Qualidade da informação sobre fisioterapia pélvica publicada no Instagram® Ayala A, Duarte SP, Delavequia I, Latorre GFS.	50
Artigos de Revisão	
Fisioterapia pélvica nas disfunções pós transgenização em mulheres trans: revisão Fonseca KMG, Rebouças MNC, Dantas JSG.	58
Impacto do consumo de pornografia sobre a função sexual: revisão Latorre GFS, Ayala A.	68

Novas técnicas de Liberação Miofascial para dor genital, pélvica crônica e sexual, são eficazes e eficientes (dor zero) em no máximo dez sessões



Gustavo F. Sutter Latorre¹, Alessandra Ayala², Michelle Peixoto Machado³, Solange Diane Rohenkohl⁴, Bárbara Parise⁵, Taynara Oriente⁶, Priscila Moura e Silva⁷, Camila de Souza Rocha⁸, Flávia Heck Vianna⁹, Isabella Cardona Motta¹⁰ e Ana Bárbara Lanz¹¹

RESUMO

Submissão: 01/12/2022

Aceite: 09/12/2022

Publicação: 10/12/2022

Panorama: A dor pélvica crônica aflige um quarto da população mundial, e para a qual não há tratamento eficiente. **Objetivos:** testar um novo protocolo de avaliação e dois novos protocolos de liberação miofascial para dores genitais e dores pélvicas crônicas. **Método:** Pacientes com qualquer tipo de dor genital foram recrutadas em 9 consultórios de Fisioterapia Pélvica durante dois meses, classificadas em dor muscular (tipo 1) ou dor conectiva (tipo 2), sujeitas a respectivos protocolos de liberação miofascial. EVA inicial e final e ausência de dor nas AVDs, inclusive sexual, foram utilizadas como medida da eficácia dos protocolos. O número de sessões necessárias para a alta foi utilizado como medida de eficiência. **Resultados:** 117 mulheres de 8 cidades brasileiras aceitaram participar do estudo, média etária 33 ± 7 anos, onde 25,6% apresentaram dor tipo 1, 25,6% dor tipo 2 e 48,7% ambas. Todas apresentaram dor zero ao final. A média de sessões foi de $4,5 \pm 2$. **Conclusão:** A Nova Classificação Funcional de Dor é eficaz no diagnóstico funcional da dor genital, e os protocolos de liberação miofascial eliminaram por completo a dor de mulheres em um máximo de 10 sessões.

ABSTRACT

Background: Chronic pelvic pain afflicts a quarter of the world's population, and for which there is no efficient treatment. **Aims:** To test a new assessment protocol and two new myofascial release protocols for genital pain and chronic pelvic pain. **Method:** Patients with any complaint of genital pelvic pain were recruited in 9 pelvic physiotherapy offices during two months, classified into muscle pain (type 1) or connective pain (type 2). They were subject to respective myofascial techniques. Initial and final VAS and absence of pain in LDAs, including sexual pain, were used as a measure of the effectiveness of the protocols. The number of sessions required for discharge was used as an efficiency measure. **Results:** 107 women from 8 Brazilian cities attempted to the study, mean age 33 ± 7 years. 25,6% had type 1 pain, 25,6% had type 2 and pain and 48,7% both types. All had zero pain at the end. The average number of sessions needed to zero pain was $4,5 \pm 2$. **Conclusion:** The New Functional Classification of Pain is effective in the functional diagnosis of genital pain, and the new myofascial techniques proposed completely eradicate pelvic pain in women in a maximum of 10 sessions.

¹ Fisioterapeuta Pélvica, Doutor em Medicina, Mestre em Fisioterapia, Florianópolis/SC, Brasil. gustavo@perineo.net

² Fisioterapeuta Pélvica, Rede Perineo.net, Florianópolis/SC, Brasil. alessandra@perineo.net

³ Fisioterapeuta Pélvica, Porto Alegre/RS, Brasil. michpeixoto22@gmail.com

⁴ Fisioterapeuta Pélvica, Santo Ângelo/RS, Brasil. soli_rohenkohl@hotmail.com

⁵ Fisioterapeuta Pélvica, Tubarão/SC, Brasil. barbara-parise@gmail.com

⁶ Fisioterapeuta Pélvica, Sarandi/PR, Brasil. taynaraoriente@hotmail.com

⁷ Fisioterapeuta Pélvica, Picos/PI, Brasil. primoura00@gmail.com

⁸ Fisioterapeuta Pélvica, Salvador/BA. c.rochafisioterapia@gmail.com

⁹ Fisioterapeuta Pélvica, Ribeirão Preto/SP, Brasil. flavinhafisioterapeuta@gmail.com

¹⁰ Fisioterapeuta Pélvica, Porto Alegre/RS, Brasil. isabellacardonadamoto@hotmail.com

¹¹ Fisioterapeuta Pélvica, Igrejinha/RS, Brasil. ana.blanz@gmail.com

INTRODUÇÃO

A dor genital, particularmente sob a forma de dor sexual feminina, é um problema de saúde pública que vem por séculos assolando a humanidade. Desgraçadamente o tema foi negligenciado tanto pela comunidade científica quando pelos profissionais da saúde em geral¹, provavelmente por conta de tabus arraigados em uma rede cultural hereditária envolvendo o sexo, especialmente escaras patriarcais sobre a sexualidade feminina e o usufruto do sexo pela mulher.

Os primeiros estudos sérios sobre o tema, como os da canadense Elke Reissing, parecem ter sido iniciados apenas nos últimos anos do século XX^{2,3}, de modo exploratório, inicial, buscando lançar luz ao problema que aflige uma em cada três mulheres pelo mundo, incluindo as brasileiras⁴⁻⁶. Mesmo a partir daí, por décadas a etiologia das dores genitais e sexuais, antigamente conhecidas por nomes como vaginismo, dispareunia e vulvodínia, continuaram às sombras⁷, impactando negativamente a qualidade de vida de pessoas por todo o globo, sem solução definitiva e apelando para tratamentos nada funcionais para estes casos, como botox e lidocaína⁶⁻⁸.

Porém, recentemente pode haver sido dado um passo interessante na direção do esclarecimento das etiologias das dores pélvicas crônicas, incluindo as sexuais. Foi publicada uma nova classificação etiológica e funcional destas dores, baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde (OMS), sugerindo que as dores genitais têm sempre dois tipos de comprometimentos funcionais causadores da dor em si: dores pélvicas (s620) por causas musculares (s7402) ou Tipo 1, e dores pélvicas (s620) por causas conectivas (s7403) ou Tipo 2⁷. De acordo com esta classificação, toda dor pélvica está diretamente relacionada a um ou ambos os tipos (muscular/conectiva), podendo assim ser diagnosticada de acordo com o padrão da dor em si, em um dos dois tipos. Se esta classificação estiver correta, técnicas específicas voltadas ao tratamento de problemas musculares (contraturas) ou técnicas para a liberação de tecidos conectivos (fibroses e aderências) devem resolver a dor. Urgem, portanto, estudos desenvolvendo e testando técnicas adaptadas da Fisioterapia Ortopédica e da Fisioterapia Dermatofuncional para músculos, mucosas, fâscias e ligamentos da região pélvica e seu assoalho^{7,9}.

Desde 2012 um conjunto específico de técnicas de Liberação Miofascial vêm sendo lentamente moldado, adaptando técnicas da Fisioterapia Dermatofuncional originalmente desenvolvidas para o tratamento de fibroses e aderências dos tecidos conectivos, para os tecidos da pelve interna e do assoalho pélvico. Após exatos dez anos de desenvolvimento, o objetivo do presente

estudo foi testar a eficácia e a eficiência de dois conjuntos inédito de técnicas de liberação miofascial manual na cura da dor pélvica e sexual de origem muscular e de origem conectiva.

MÉTODO

. Trata-se de estudo experimental longitudinal do tipo coorte, onde 117 mulheres com dor genital (antigos vaginismo, vulvodínia, dispareunia, anismo, etc) foram tratadas por técnicas de liberação miofascial em Fisioterapia Pélvica desenvolvidas especificamente para dores genitais. O diagnóstico clínico de dor genital foi estabelecido sintomaticamente, por meio da queixa de dor na região genital, associada ou não à dor durante o ato sexual (queixa principal). O diagnóstico cinesiológico-funcional foi efetuado por meio da Classificação Etiológica-Funcional para Dores Genitais Femininas, Masculinas e Infantis⁹, utilizando-se para tanto o padrão ou tipo da dor, sendo então classificada como *dor tipo 1 ou muscular* ou *dor tipo 2 ou conectiva*.

Foram selecionados por conveniência nove consultórios de Fisioterapia Pélvica nas cidades de Ribeirão Preto/SP, Salvador/BA, Santo Ângelo/RS, Sarandi/PR, Picos/PI, Porto Alegre/RS, Tubarão/SC, todos consultórios privados de fisioterapeutas pélvicas com formação tanto na avaliação da dor pélvica com a nova Classificação Etiológico-Funcional, quanto no tratamento desta dor a partir de técnicas de liberação miofascial específicas para o tratamento das dores pélvicas musculares (dores tipo 1, técnicas musculares) e para as dores pélvicas conectivas (dores tipo 2, técnicas conectivas). A amostra foi composta por qualquer paciente que comparecesse a qualquer um destes consultórios, no período compreendido entre 01 de outubro de 2022 a 30 de novembro de 2022, com queixa de dor genital e que aceitasse participar do estudo. Foram incluídos aqueles que preencheram o Termo de Consentimento, e excluídas gestantes ou pacientes que não aderissem (faltas). O projeto contendo os procedimentos adotados no presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unileão, sob o parecer CAAE nº 54925222.6.0000.5048.

Durante a primeira sessão foi efetuado o diagnóstico do tipo ou qualidade da dor genital (tipo 1, muscular ou tipo 2, conectiva)⁷, bem como quantificada a severidade da dor com auxílio da Escala Visual Analógica de dor¹⁰ (EVA). Na busca de dores musculares (tipo 1), foi realizado um mapeamento minucioso em busca de pontos-gatilhos em qualquer um dos grupamentos musculares componentes do assoalho pélvico, de acordo com o protocolo de *Anatomia 3D dos Músculos Assoalho Pélvico*, disponibilizada na [Ficha de Avaliação](#) gratuita, cuja versão 43 foi utilizada para este estudo. O local de

cada ponto-gatilho, caracterizado por dor específica (agulha), foi marcado no mapa do respectivo músculo, bem como anotada no mesmo ponto do mapa a severidade da dor de acordo com a EVA¹⁰.

Já para o diagnóstico cinesiológico-funcional de dores conectivas (tipo 2) foi realizada uma palpação minuciosa guiada pelos relatos da paciente em busca dos locais de dor, desde a região vestibular até porções profundas da cavidade pélvica, como o anel pericervical uterino e a zona do ligamento largo⁹. Na região do vestíbulo vulvar, coberto por submucosa, o diagnóstico dos locais precisos onde existem fibroses conectivas é facilitado pelo fato da submucosa ser um tecido parcialmente transparente, exibindo a fibrose conectiva em tons mais esbranquiçados, mostrando circulação sanguínea local reduzida em comparação ao tecido saudável, de circulação local normal e, portanto, mais rosado. O diagnóstico funcional de dor conectiva foi fechado por meio da tração do tecido em cada ponto de suspeita de possível fibrose, sendo considerado positivo caso a dor específica do estiramento de proprioceptores conectivos (beliscão, rasgar) fosse relatada pela paciente.

Ainda na primeira sessão o tratamento foi iniciado, lançando mão do respectivo conjunto de técnicas de liberação miofascial específico para cada um dos tipos de dor. O protocolo de liberação miofascial para dores pélvicas musculares (tipo 1), ou *Protocolo de Liberação Miofascial Intracavitária Progressiva*, consistiu em um tripé de técnicas, sendo 1) desativação de pontos-gatilhos; 2) terapia manual de massagem e 3) alongamentos manuais progressivos. Todas as técnicas foram realizadas progressivamente. Já o protocolo de liberação miofascial para dores pélvicas conectivas (tipo 2), ou *Protocolo das Seis Manobras Miofasciais Conectivas*, consistiu em seis manobras de liberação em ordem crescente de agressividade: 1) Miniestiramentos Cutâneo-Fasciais Progressivos; 2) Descolamentos Conectivos Circulares; 3) Descolamentos Conectivos Transversais; 4) Descolamentos Conectivos em Cisalhamento; 5) Descolamentos Conectivos por Minirrolamento e 6) Estiramentos Miofasciais Progressivos. Todas as técnicas foram realizadas dentro do limiar de dor suportável, e de forma controlada e crescente. O número de sessões foi definido por autonomia da fisioterapeuta pélvica, até que a menor dor possível e melhoria funcional (sobre as atividades de vida diária, AVDs, incluindo o ato sexual) fosse alcançada.

A efetividade dos protocolos na cura da dor foi avaliada com a Escala Visual Analógica (EVA)¹⁰, sendo considerada cura o relato de dor grau 0 (ausência completa de dor) durante os testes clínicos e relatada durante o ato sexual. A eficiência dos protocolos foi avaliada pelo número de sessões necessárias para alcançar dor zero na EVA e nas AVDs, incluindo atividade sexual.

RESULTADOS

Um total de 117 pacientes, todas mulheres, média etária 33 ± 7 anos, aceitou participar do estudo. Destas, 30 (25,6%) apresentaram dor genital do tipo 1 (muscular), 30 (25,6%) dor genital do tipo 2 (conectiva) e 57 (48,7%) apresentaram ambas. A tabela 1 mostra os escores de dor inicial e final e o número de sessões necessárias para obtenção de dor zero nos testes clínicos e AVDs.

Tabela 1: Escores de dor pela Escala Visual Analógica antes e depois do tratamento.

Paciente	TIPO	EVA 1	EVA 2	Nº SESSÕES	Paciente	TIPO	EVA 1	EVA 2	Nº SESSÕES
1	1	7	0	2	46	3	9	0	3
2	2	8	0	2	47	3	10	0	4
3	2	7	0	1	48	1	7	0	2
4	1	9	0	2	49	3	7	0	2
5	1	10	0	3	50	3	8	0	1
6	2	7	0	2	51	3	10	0	2
7	1	7	0	1	52	3	6	0	3
8	1	8	0	1	53	2	5	0	1
9	2	10	0	1	54	3	10	0	7
10	2	7	0	1	55	1	7	0	2
11	2	10	0	4	56	3	8	0	4
12	2	8	0	2	57	1	5	0	2
13	1	8	0	2	58	3	8	0	2
14	2	7	0	1	59	1	7	0	3
15	2	8	0	2	60	3	10	0	4
16	2	9	0	2	61	3	7	0	3
17	2	9	0	2	62	2	10	0	5
18	2	10	0	3	63	2	10	0	8
19	1	7	0	2	64	3	6	0	4
20	2	8	0	2	65	1	6	0	6
21	2	7	0	1	66	3	10	0	8
22	1	9	0	2	67	1	6	0	8
23	3	10	0	10	68	2	10	0	4
24	1	8	0	9	69	3	10	0	10
25	3	9	0	7	70	3	10	0	3
26	1	7	0	6	71	3	10	0	6
27	1	8	0	6	72	3	7	0	7
28	3	9	0	8	73	2	10	0	5
29	2	8	0	7	74	2	10	0	4
30	3	10	0	7	75	1	4	0	2
31	3	6	0	4	76	3	10	0	6
32	1	8	0	6	77	3	8	0	6
33	3	10	0	8	78	3	8	0	5
34	3	8	0	7	79	3	10	0	6
35	1	9	0	4	80	3	7	0	3
36	3	7	0	5	81	3	4	0	4
37	3	10	0	7	82	2	8	0	7
38	2	7	0	6	83	2	10	0	7
39	2	9	0	9	84	2	9	0	5
40	1	8	0	2	85	3	5	0	7
41	3	10	0	2	86	2	6	0	7
42	3	10	0	6	87	1	8	0	5
43	3	10	0	6	88	3	8	0	7
44	2	7	0	2	89	3	8	0	6
45	3	9	0	3	90	3	6	0	6

Tabela 1 (cont): Escores de dor pela Escala Visual Analógica antes e depois do tratamento.

Paciente	TIPO	EVA 1	EVA 2	Nº SESSÕES	Paciente	TIPO	EVA 1	EVA 2	Nº SESSÕES
91	3	5	0	5	105	1	8	0	7
92	2	7	0	6	106	3	9	0	8
93	1	10	0	8	107	3	10	0	8
94	1	6	0	7	108	1	8	0	4
95	3	10	0	9	109	1	6	0	5
96	3	5	0	5	110	3	8	0	2
97	2	7	0	2	111	3	5	0	5
98	3	10	0	7	112	3	6	0	4
99	3	7	0	3	113	3	9	0	3
100	1	6	0	4	114	1	7	0	6
101	1	9	0	5	115	3	8	0	7
102	3	8	0	3	116	3	10	0	3
103	3	4	0	2	117	3	6	0	5
104	3	7	0	5					

EVA 1: severidade da dor antes do tratamento de acordo com a Escala Visual Analógica¹⁰, sendo '10' para dor máxima e '0' para ausência de dor; **EVA 2:** severidade da dor ao final do tratamento. **TIPO:** tipo da dor; 1 dor muscular, 2 dor conectiva, 3 dor muscular e conectiva associadas; **Nº SESSÕES:** número de sessões definida pela fisioterapeuta pélvica para a alta do tratamento.

Mulheres com dor tipo 1 (muscular) necessitaram uma média de $4,1 \pm 2$ sessões até estarem livres da dor, enquanto mulheres com disfunção conectiva (tipo 2) necessitaram uma média de $3,7 \pm 2$ sessões para o mesmo fim. Já mulheres com ambas as dores (tipo 1 associado ao tipo 2) necessitaram uma média de $5,1 \pm 2$ sessões.

Tanto o *Protocolo de Liberação Miofascial Intracavitária Progressiva* (para dores tipo 1) quando *As Seis Manobras de Liberação Miofascial Conectiva* (para dores tipo 2) foram eficazes em eliminar a dor, tanto durante os testes clínicos irritativos quanto durante as AVDs, inclusive a atividade sexual. Os dois protocolos foram considerados eficientes por permitirem a cura da dor destas mulheres em uma média de $4,5 \pm 2$ sessões, e um máximo de 10 sessões. Nenhuma das 117 voluntárias abandonou o tratamento ou faltou às sessões.

DISCUSSÃO

A dor genital, particularmente sob o rótulo de “dor sexual feminina”, é talvez um dos temas mais antigos a serem discutidos nas ciências da saúde. A disfunção da penetração, grosseiramente conhecida ainda como “vaginismo”, remonta ao final do século XIX, quando o médico norte-americano James Sims inventou o termo “Síndrome do Vaginismo”, caracterizada por hipersensibilidade vaginal e espasmo muscular local¹¹. Atualmente, a classificação de certos tipos de dor “sexual” em vaginismo e dispareunia é absurda do ponto de vista funcional, além de patriarcalista e misógina, devendo,

portanto, ser imediatamente abandonada⁷. O tratamento consistiu durante décadas em técnicas fisioterapêuticas pouco eficientes¹², além de – acreditem – botox¹³.

Já a dor conectiva da região vestibular, ainda rudemente conhecida como “vulvodínia”, “vestibulite vulvar” ou “síndrome da vulva em queimação”, tem registros que remontam à papiros do século I, no antigo Egito, reaparecendo na literatura médica no final do século XIX com a descrição de pacientes com extrema sensibilidade do aporte nervoso das membranas mucosas de algumas partes da vulva. O termo “Síndrome da Vulva em Queimação” foi adotado em 1976 pela Sociedade Internacional para Doenças Vulvares (ISSVD), termo substituído por “Vulvodínia” no congresso de 2003 da mesma sociedade¹⁴. O tratamento, durante décadas, consistiu em cirurgia de amputação vestibular¹⁵ e uso local de lidocaína¹⁶.

Assim, durante séculos, as dores genitais fustigaram centenas de milhares de pessoas em todo o mundo – com destaque para as mulheres, com pouca esperança de tratamento realmente eficazes. Talvez a maior dificuldade para encontrar soluções efetivas esteve na falha em descobrir a real etiologia destas dores. Todavia, hoje já sabemos que a maioria das dores genitais têm origem em contraturas e/ou aderências musculares e/ou conectiva e, quando não causadas diretamente por estas contraturas/aderências, têm nelas a principal causa de dor⁷. Por exemplo, em casos de endometriose, onde a etiologia do problema está na implantação de colônias alienígena de células endometriais, há evidências clínicas de que a principal causa da dor em si são as contraturas causadas pelos hematomas relativos à estas colônias⁹ e, deste modo, a liberação miofascial, apesar de não resolver o problema da endometriose em si, resolve o problema da dor desta mulher, ao menos para aquele mês. Um paliativo que pode ser interessante para as pacientes em si, considerando o caráter lancinante da dor e o fato de a outra opção terapêutica ser cirúrgica. Mais estudos se fazem necessários para elucidar o poder da Fisioterapia Pélvica no tratamento das dores provocadas pela endometriose.

Mostramos recentemente que a maioria absoluta (85%) dos pacientes que buscam consultórios de Fisioterapia Pélvica, por qualquer queixa – dor ou não – apresenta assoalhos pélvicos hiperativos¹⁷. Por outro lado, as prevalências de dor genital são elevadas, acometendo em uma em cada três mulheres com idades por volta dos 30 anos de idade⁶, mais da metade das jovens por volta de 20 anos de idade¹⁸ e um em cada sete homens¹⁹. O cruzamento destes dois dados poderia permitir a inferência de que a hiperatividade do assoalho pélvico é encontrada em um espectro de severidade,

que vai desde a mais leve possível e assintomática até a mais severa possível, impedindo por exemplo a penetração ou, em graus ainda mais severos, sequer o contato com a região. De fato, quotidianamente a fisioterapeuta pélvica encontra em seu consultório pacientes com queixas relacionadas à assoalhos pélvicos hiperativos, em diferentes severidades, exigindo assim mais ou menos sessões para a solução desta hiperatividade – e com ela o epílogo da dor, queixa principal associada a esta hiperatividade. Isto foi verdade para todas as pacientes com dores musculares (tipo 1 isolada) tratadas neste estudo, cuja média de sessões para alta com dor zero (durante os testes clínicos, AVDs e atividade sexual) foi de $4,1 \pm 2$ sessões, demonstrando assim a eficácia do *Protocolo de Liberação Miofascial Intracavitária Progressiva* no tratamento deste tipo de dor genital.

Já as dores conectivas isoladas estiveram presentes em uma em cada quatro das mulheres da amostra, boa parte delas encaminhada por médico com diagnóstico de “vulvodínia”. Para estas foram necessárias uma média de $3,7 \pm 2$ sessões para a solução completa da dor, demonstrando a eficácia do *Protocolo das Seis Manobras Miofasciais Conectivas*, proposto para este tipo de dor genital. Observamos que a maioria das mulheres com dores conectivas (48,7 %) apresentou também dores musculares, mas a recíproca não foi verdadeira para as mulheres com dores musculares: apenas uma em cada quatro apresentou unicamente dor muscular, sem qualquer sinal de dor conectiva associada. Esta interessante observação pode ser devida ao fato de qualquer dor em si vai provocar resposta miotátil de contração muscular e, para os casos de dor crônica, esta contração manter-se-ia cronicamente, de modo a manter o respectivo músculo em posição de contração por tempo suficiente para provocar isquemia, pontos-gatilhos e posteriormente encurtamentos. Novos estudos sobre a gênese de contraturas reativas a fibroses conectivas podem se fazer úteis na elucidação desta interessante questão.

Pode-se concluir que a *Nova Classificação Funcional das Dores Genitais*⁷ foi eficiente e precisa no diagnóstico funcional do tipo de dor causadora do sofrimento das 117 mulheres com dor genital, independentemente da origem etiológica, que recorreram a qualquer um dos oito consultórios nos meses de estudo e aceitaram participar do presente. Como podemos aprender na série televisiva “*House M.D.*”, ou no Brasil, “*Dr. House*” (Fox Broadcasting Company, 2004-2012), um tratamento eficaz e eficiente vai depender certamente de um diagnóstico preciso. Neste aspecto, a *Nova Classificação Funcional* permitiu um diagnóstico preciso, uma vez que guiou à escolha do tratamento apropriado que, em poucas sessões (média 4,5 sessões), permitiu a cura do problema.

Tanto o *Protocolo de Liberação Miofascial Intracavitária Progressiva*, para dores musculares (tipo 1) quanto o *Protocolo das Seis Manobras Miofasciais Conectivas*, para dores conectivas (tipo 2) foram tanto eficazes quanto eficientes na cura da dor pélvica crônica, independentemente da origem desta, em no máximo dez sessões, para mulheres cujo espectro etário variou da faixa dos 20 até os 70 anos de idade (18 anos a 68 anos na amostra). É importante também ressaltar a aderência dos protocolos, que foi de 100%, uma vez que nenhuma das 117 voluntárias abandonou o tratamento antes de sua conclusão. A aderência ao tratamento é, hoje, talvez o maior desafio da Fisioterapia Pélvica, e protocolos mais eficientes são fundamentais²⁰⁻²².

Novos estudos para mulheres com dor pélvica crônica dos extratos etários mais elevados se fazem necessários, assim como estudos das mesmas técnicas em homens para que, quem sabe, finalmente a dor pélvica crônica encontre seu epílogo, sendo curada na maioria dos casos, ou então controlada para aqueles onde causas anatômicas – como a endometriose – ainda exercem um papel cruel sobre a qualidade de vida de um incontável número de mulheres. Ao que tudo indica, é na ponta dos dedos das mãos de cada fisioterapeuta pélvica que reside a cura desta condição desumana, que tem assolado a humanidade desde os tempos mais primórdios, mas que finalmente parece ter os dias contados.

CONCLUSÃO

Dores pélvicas que levam pacientes à consultórios de Fisioterapia Pélvica são ancoradas principalmente em contraturas dos músculos do assoalho pélvico e/ou em aderências dos tecidos conectivos da pelve e seu assoalho. A *Nova Classificação Funcional das Dores Genitais* permite um diagnóstico cinesiológico-funcional preciso das causas musculares e/ou conectivas de diversos tipos de dores genitais, permitindo, por esta razão, a escolha de tratamentos específicos voltados para cada um dos tipos de dor.

Para mulheres até os 68 anos, os protocolos sugeridos tanto para o tratamento de dores musculares quando conectivas foram eficazes na cura da dor em um máximo de 10 sessões, demonstrando definitivamente que o tratamento de dores genitais tem cura em poucos dias, por meio das mãos de fisioterapeutas pélvicas capacitadas no tratamento deste tipo de dor. Urgem estudos das mesmas técnicas em homens e em mulheres acima dos 70 anos de idade.

AGRADECIMENTOS

Novamente se faz orgulhosamente necessário exaltar o capricho e empenho de 10 fisioterapeutas pélvicas, apaixonadas por sua profissão e pela prática baseada na evidência, que disponibilizaram o bem mais precioso de cada um de nós, mortais – o tempo – para a construção deste estudo. Parabéns, time! Não só por darem robustez ao corpo amostral do presente, mas principalmente por tornarem realidade aquilo que é o mais importante para nós fisioterapeutas: levar a cura; por terem zerado a dor de mais de uma centena de mulheres, cujas vidas, para sempre, foram totalmente redesenhadas, agora livres daquela agonia cruel, pelas hábeis mãos, carinho e capricho de cada uma de vocês. Que honra para este simples autor, poder se considerar colega de vocês. Mais uma vez, meninas, hoje nós fizemos história: novamente, a #familiadafisioterapiapelvica agradece toda a dedicação e profissionalismo da #familiaintensivao. Produzir ciência é produzir saúde, e torná-la acessível a toda a população.

REFERÊNCIAS

1. Beck, J. G. (1993). Vaginismus. in W. O'Donohue & J. H. Geer (Eds.), Handbook of sexual dysfunctions: Assessment and treatment (pp. 381–397). Allyn & Bacon.
2. Tomen A, Fracaro G, Nunes ECF, Latorre GFS. A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 24(3):121-130, set/dez, 2015.
3. Latorre GFS, Manfredini CCM, Demterco PS, Barreto VMNF, Nunes EFC. A fisioterapia pélvica no tratamento da vulvodínia: revisão sistemática. Femina. 2015;43(6)257-264
4. Latorre GFS, Bilck PA, Cardoso FL, Sperandio FF. Validade e confiabilidade de uma versão on-line do Female Sexual Function Index por teste e reteste. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2013;35(10)469-474. ISSN 0100-7203.
5. Antônio JZ, Silva A, Costa PPB, Jung D, Pereira CF, Nunes EFC, Latorre GFS. Função sexual feminina, desgaste emocional por insatisfação sexual e inteligência emocional. Fisioter Bras 2016;17(6):544-550.
6. Latorre GFS, Bobsin E, Kist LT, Nunes EFC. Validação da escala curta de avaliação funcional do desejo sexual feminino. Rev Pesqui Fisioter. 2020;10(1). doi: 10.17267/2238-2704rpf.v10i1.2724
7. Latorre GFS. Nova classificação etiológica e funcional para as dores genitais femininas, masculinas e infantis. Rev Bras Fisiot Pelvica (2021) 1(2)71-82.
8. Pereira ARR, Dantas DS, Torres VB, et al. Associação entre função sexual, independência funcional e qualidade de vida em pacientes após acidente vascular encefálico. Fisioter. Pesqui. 24 (1) - Mar 2017. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/16270824012017>

9. Latorre GFS, Gil NA, Echavarria VR, Ayala A. Liberação miofascial (Manobra do Ligamento Largo) associada ou não ao LPF. Rev Bras Fisiot Pelvica (2022) 2(1)4-15.
10. Boonstra AM, Schiphorst Preuper HR, Reneman M, Posthumus JB, Stewart RE: Reliability and validity of the visual analogue scale for disability in patients with chronic musculoskeletal pain. Int J Rehabil Res 2008;31:165-169.
11. Cryle P. Vaginismus: A Franco-American Story. J Hist of Med and Allied Sciences 2012;67(1)71-93. Published By: Oxford University Press.
12. Reissing ED, Armstrong HL, Allen C. Pelvic floor physical therapy for lifelong vaginismus: a retrospective chart review and interview study. J Sex Marital Ther. 2013;39(4):306-20. doi: 10.1080/0092623X.2012.697535. Epub 2013 Mar 7.
13. Pacik PT. Vaginismus: review of current concepts and treatment using botox injections, bupivacaine injections, and progressive dilation with the patient under anesthesia. Aesthetic Plast Surg. 2011 Dec;35(6):1160-4. Epub 2011 May 10.
14. Harlow BL, Khander M, Stewart EG, et al. in Goldman M, Troisi R, Rexrode K. Women & Health: Chapter 24 – Vulvodynia. Cambridge: Academic Press, 2ed. 2013, Pages 359-369.
15. Baggish MS. Surgery for Vulvar Vestibulitis Syndrome (Vulvodynia) in Atlas of Pelvic Anatomy and Gynecologic Surgery, Elsevier 2021.
16. Kim R, Kelly KL, Olson M, Nickel JC. Early experience with topical meloxicam and lidocaine combination for the treatment of vulvodynia. Can Urol Assoc J. 2018 Aug;12(8):252-255. doi: 10.5489/cuaj.4976. Epub 2018 Apr 6. PMID: 29629863; PMCID: PMC6114160.
17. Latorre GFS, Rohenkohl SD, Vianna FH, et al. (Quase) todos os assoalhos pélvicos são hiperativos: a inversão do mais antigo paradigma da Fisioterapia Pélvica. Rev Bras Fisiot Pelvica 2022;2(2)63-70.
18. Cerentini TM, La Rosa VC, Goulart CL, Latorre GFS, Caruso S, Sudbrack AC. Female sexual dysfunctions: prevalence and related factors in a sample of young university women – a cross-sectional study. Sex Relationship Ther. <https://doi.org/10.1080/14681994.2020.1748592>.
19. Smith CP. Male chronic pelvic pain: An update. Indian J Urol. 2016 Jan-Mar;32(1):34-9. doi: 10.4103/0970-1591.173105. PMID: 26941492; PMCID: PMC4756547.
20. Dumoulin C, Hay-Smith J, Frawley H, et al. Consensus statement on improving pelvic floor muscle training adherence: international continence society 2011 state-of-the-science seminar. Neurourol Urodyn. 2015;34:600–605.
21. McClurg D, Frawley H, Hay-Smith J, et al. Scoping review of adherence promotion theories in pelvic floor muscle training-2011 ICS state-of-the-science seminar research paper I of IV. Neurourol Urodyn. 2015;34:606–614.
22. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, et al. Scoping review of adherence promotion theories in pelvic floor muscle training—2011 ICS stateof-the-science seminar research paper I of IV. Neurourol Urodyn. 2015;34:606–614.

Prevalência de incontinência urinária de esforço em mulheres praticantes de Crossfit®



Willian Dums¹, Paty Aparecida Pereira²

RESUMO

Panorama: A incontinência urinária (IU) afeta 200 milhões de pessoas no mundo, levando a diversos efeitos deletérios na vida social, econômica e psicológica da mulher, bem como o seu não aproveitamento da atividade física. **Objetivo:** Analisar a prevalência de IU em mulheres praticantes de CrossFit®. **Método:** Estudo transversal, quantitativo, descritivo e observacional, com abordagem quantitativa, realizado em uma academia de Crossfit®, em 46 mulheres. Realizada uma avaliação com questionário sociodemográfico, antecedentes obstétricos e histórico da atividade praticada, além do ICIQ-SF, específico para avaliar IU. **Resultados:** A média de idade foi de $29 \pm 8,14$ anos, o maior tempo de prática da modalidade foi mais de um ano, com 63,04% da amostra, 76,1% continentas durante a prática e 23,9% incontinentes, já o impacto na qualidade de vida foi de $2,0 \pm 3,0$ pontos, classificado como leve. **Conclusão:** A incontinência urinária foi prevalente durante a prática da modalidade Crossfit®, porém não significativo para o tamanho da amostra estudada.

ABSTRACT

Background: Urinary incontinence (UI) affects 200 million people worldwide, leading to several deleterious effects on women's social, economic and psychological life, as well as their non-use of physical activity. **Aims:** To analyze the prevalence of UI in female CrossFit® practitioners. **Method:** Cross-sectional, quantitative, descriptive and observational study, with a quantitative approach, carried out in a Crossfit® gym, with 46 women. An evaluation was carried out with a sociodemographic questionnaire, obstetric history and history of the activity practiced, in addition to the ICIQ-SF, specific to assess UI. **Results:** The mean age was 29 ± 8.14 years, the longest time practicing the modality was more than one year, with 63.04% of the sample, 76.1% continent during practice and 23.9% incontinent, the impact on quality of life was 2.0 ± 3.0 points, classified as mild. **Conclusion:** Urinary incontinence was prevalent during the practice of the Crossfit® modality, but not significant for the sample size studied.

Submissão: 20/10/2022

Aceite: 25/11/2022

Publicação: 00/00/0000

¹ Discente de Fisioterapia da Universidade do Contestado – UNC/Campus Mafra/SC, Brasil. willian.dums@aluno.unc.br
² Docente de Fisioterapia da Universidade do Contestado – UNC/Campus Mafra/SC, Brasil. wpaty.pereira@professor.unc.br

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária é explicada como toda e qualquer perda involuntária de urina. Esse problema afeta majoritariamente o gênero feminino e sua etiologia é multifatorial. A forma mais comum é a incontinência urinária de esforço¹. Pode-se dividir a incontinência urinária em 5 formas distintas que são: de esforço, mista, paradoxal, contínua e urgência. Essas formas de incontinência se apresentam quando há uma alteração em músculos, inervação simpática e parassimpática ou emocional².

A incontinência urinária de esforço sempre foi relatada em praticantes de atividades físicas intensas, ou seja, quanto maior for a pressão exercida sobre o abdômen, maior serão as chances de desencadear um mecanismo de desordem no assoalho pélvico, uma vez que, a pressão exercida sobre a vesícula urinária aumenta, levando a um aumento na pressão da uretra e, conseqüentemente, a incontinência da urina³. Ela pode ou não estar associada a alguns fatores como idade avançada, obesidade, número de partos, tabagismo, exercícios de alto impacto ou doenças crônicas².

O assoalho pélvico é composto por partes moles que fecham os forames da pelve, suportando o peso das estruturas internas sobre ele, em sua composição citam-se músculos, fáscias e ligamentos, que, por sua vez, estabilizam os órgãos internos em ortostasia, também auxiliam no controle da continência fecal e miccional⁴. Uma lesão nestas estruturas devido à idade, número e tipo de parto pode levar à incontinência urinária, entretanto não se sabe ao certo se um exercício de alta intensidade é capaz de lesar este conjunto de músculos-aponeuróticos levando a esta alteração⁵.

Estudos referem que 200 milhões de pessoas no mundo são afetadas pela incontinência urinária, e que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), esta patologia é considerada um problema de saúde pública. Um estudo realizado no Brasil apresentou que 11 a 23% da população feminina tem ou já teve algum episódio de incontinência urinária⁶. Os exercícios físicos de alta intensidade vêm ganhando espaço e notoriedade nos últimos anos. O público feminino está aderindo cada vez mais a estes esportes e, frequentemente, as praticantes referem sintomas de perda urinária, podendo estar relacionado com uma disfunção do assoalho pélvico⁷.

A modalidade esportiva CrossFit® é considerada um programa de treinamentos de força e condicionamento físico geral. Acredita-se que seus participantes o realizam com duas finalidades, uma recreativa para cuidar do estado geral do corpo e a outra competitiva, que se relaciona a torneios de

levantamento de peso e arremessos. Acredita-se, também, que estes atletas estejam expostos a lesões músculos esqueléticos devido a esta prática⁸. A prática do CrossFit® vem ganhando cada vez mais adesão do público feminino, porém cabe ressaltar que estudos recentes têm abordado sobre o impacto do exercício extenuante no aumento do risco da incontinência urinária de esforço⁹. Como este programa de treinamento envolve várias atividades, destacando sua maior parte de alto impacto, esta modalidade de treino é desafiadora e instigante. Como esse treino é funcional, pode-se classificá-lo como benéfico à saúde, entretanto, no assoalho pélvico seu efeito pode ser questionado¹⁰.

As pesquisas apontam que a atividade física de impacto é um fator de risco para a manifestação da incontinência urinária de esforço. Descrevem que pode debilitar a qualidade de vida destas mulheres, levando a um declínio funcional, entretanto as várias modalidades de treinamento físico podem e devem ser melhores investigadas. É importante recomendar a implantação de projetos de orientações e programas de prevenção, promoção e recuperação dessa disfunção, visando uma melhor qualidade de vida e do esporte¹¹. Diante do exposto, o objetivo da pesquisa foi analisar a prevalência de incontinência urinária em mulheres praticantes de CrossFit®.

MÉTODO

O estudo teve natureza aplicada, transversal, quantitativa, descritiva e observacional. A coleta de dados ocorreu em uma academia que atua com a modalidade de CROSSFIT® e Crosstraining em uma cidade no Planalto Norte Catarinense. A amostra contou com 46 participantes do sexo feminino, com idade entre 18 e 50 anos.

Os critérios de inclusão foram praticantes da atividade com frequência de dois ou mais dias por semana, que concordassem em participar da pesquisa e sem diagnóstico de disfunção do assoalho pélvico. Critério de exclusão: amostra com alguma deficiência como: auditiva, cognitiva, visual, diagnóstico prévio de incontinência urinária e/ou cirurgias do trato urinário ou genital de grande e médio porte, praticantes de mais algumas outras modalidades de exercício físico, gestantes e diabéticas. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Contestado UNC, Campus/Mafra e aprovada sob o parecer número 5.453.815 na sua versão dois, aprovado no dia 7 de junho de 2022, com número do CAAE 58048522.5.0000.0117.

Para a coleta de dados inicialmente foi agendado com o gestor da academia um horário para a apresentação do projeto. Em seguida, acompanhado do gestor da academia foi realizada a apresentação do projeto para as praticantes das modalidades, neste mesmo momento caso a praticante consentisse em participar da pesquisa já era entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a assinatura. Em outro momento previamente agendado com a praticante no próprio box da prática, antes do treino foi realizada a coleta de dados. Os questionários foram entregues individualmente para a amostra, e respondidos sem interferência das demais participantes e/ou pesquisador.

Para a coleta de dados foram aplicados dois questionários: questionário sociodemográfico sobre a atividade física e histórico obstétrico e o questionário International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF), validado na língua portuguesa. O questionário sociodemográfico sobre atividade física e histórico obstétrico foi elaborado pelo próprio pesquisador, contou com 24 questões mistas (abertas e fechadas), referentes à idade, escolaridade, estado civil, profissão, IMC, tabagismo. Nível da atividade física e tempo de prática da atividade CrossFit® e Crosstraining, duração e horas por semana dos treinos, o tipo do exercício, se perde urina durante a prática. E, também o histórico obstétrico como, número de gestações, tipo de parto, menopausa, tempo do climatério, utilização de anticoncepcional e qual faz uso.

Para encerrar a coleta de dados foi aplicado o último questionário International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF) validado na língua portuguesa. Esse instrumento é simples, breve e auto administrável, é composto por 6 perguntas, sendo todas questões fechadas. As questões 3, 4 e 5 geram um score geral que vai do 0 ao 21, quanto maior a pontuação, pior será a qualidade de vida desta amostra. A incontinência urinária é classificada em três graus de gravidade, de acordo com a pontuação: ligeira (1 a 7 pontos), moderada (8 a 14 pontos) e grave (15 a 21 pontos). Já a questão 5 pode gerar um score unitário do impacto que a incontinência urinária gera na qualidade de vida, sendo 0 – nada ou nenhum impacto, 1-3 impacto leve, 4-6 impacto moderado, 7-9 impacto grave e 10 impacto muito grave^{12, 13}.

A análise dos dados foi calculada utilizando o programa Microsoft Excel® versão 2019. Para a normalidade dos dados foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk, para os dados que apresentaram distribuição normal utilizou-se o teste paramétrico, e para os que não apresentaram normalidade, foi

utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Para a análise das questões qualitativas dicotômicas nominais foram utilizadas as frequências absolutas (n) e relativas (%), e as quantitativas em medidas de centralidade, sendo média e mediana, e dispersão sendo desvio padrão, mínimo e máximo, e a significância estatística foi considerada com um valor de $p \leq 0.05$.

RESULTADOS

A amostra analisada foi composta por 46 mulheres, com média de idade de $29 \pm 8,14$ anos, apresentavam peso normal (IMC = $24 \pm 3,80$ Kg/m²). Ao traçar o perfil da amostra, observou-se que, em relação à escolaridade, a maior parte das mulheres apresentou ensino superior completo 71,74 % (n = 33), ensino médio 26,1 % (n = 12) e ensino fundamental 2,2 % (n = 1); em relação ao número de partos, a maior parte das mulheres estudadas relataram não ter tido filhos. As informações referentes aos fatores de risco para predisposição da incontinência urinária podem-se observar na tabela 1.

Tabela 1: Fatores de risco versus incontinência urinária (n= 46)

Variáveis	Frequência (%)
Fumante	
Sim	2 (4,3%)
Não	44 (95,7%)
Score IMC	
Abaixo	1 (2,2%)
Normal	24 (52,2%)
Sobrepeso	18 (39,13%)
Obesidade	3 (6,52%)
Tipo de Parto	
Nenhum	28 (60,9%)
Cesárea	12 (26,1%)
Vaginal	6 (13,04%)
Anticoncepcional	
Sim	25 (54,3%)
Não	21 (45,7%)
Proc. Cirúrgico em região genital	
Sim	11 (23,9%)
Não	35 (76,1%)

Fonte: Os autores (2022)

O tempo que praticam a modalidade foi há menos de um mês 10,9 % (n = 5), um a três meses 6,5 % (n = 3), quatro a seis meses 10,87 % (n = 5), sete a doze meses 8,70 % (n = 4), e o maior tempo de prática foi mais de um ano com 63,04 % (n = 29). Pode-se observar que

relacionando o tipo de exercício, tem-se 84,8 % (n = 39) executando movimentos que proporcionam um alto impacto e 15,2 % (n = 7) para exercícios de baixo impacto. Houve relevância para exercícios que exigem levantamento de carga durante o treino, 78,3 % (n = 36) descreveram que na execução do exercício levantam carga, e 21,7 % (n = 10) não há carga na execução da sua atividade. Na tabela 2 estão descritos os dados relacionados à rotina de treino da amostra estudada.

Tabela 2: Rotina de treino da amostra (n=46)

Variáveis	Média ± DP
Horas por dia dos treinos (horas)	1,0 ± 0,24
Horas por semana dos treinos (horas)	3,7 ± 2,3
Dias por semana dos treinos (dias)	3,82 ± 1,46

Fonte: Os autores (2022)

Em relação à rotina de treino, observou-se que as praticantes na maioria das vezes, realizam assiduamente a atividade. Observou-se, também que a média de dias que praticam foi de 3 vezes na semana, podendo ser realizada até todos os dias, a média da carga horária da atividade semanal foi de 3,7 ± 2,3 horas. Em relação à incidência de perda urinária 23,9% apresentaram perda e que não apresentaram 76,1% durante a prática da atividade, conforme os dados da tabela 3.

Tabela 3: Perda urinária em seu cotidiano (n=46)

Variáveis	Continentes (%)	Incontinentes (%)
IU antes de chegar ao banheiro	39 (84,8%)	7 (15,2%)
IU tosse ou espirra	37 (80,4%)	9 (19,6%)
IU realizando atividade física	35 (76,1%)	11 (23,9%)
IU quando terminou de urinar	43 (93,5%)	3 (6,5%)
IU sem razão óbvia	42 (91,3%)	4 (8,7%)

Fonte: Os autores (2022)

Após realizar o p-valor exato entre as variáveis: idade, IMC, horas por dia dos treinos e dias por semana, as variáveis continentares e incontinentares não obtiveram correlação harmônica, porém foi realizada a comparação da variável duração dos treinos (horas por semana) entre os grupos com e sem perda de urina, realizada por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney, pode-se verificar que houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p-valor = 0,01). Ou seja, existe diferença estatisticamente significativa entre a perda de urina e a duração dos treinos (horas por semana) para os indivíduos analisados.

Em relação à soma das questões do questionário ICIQ-SF, que abordam a frequência, quantidade, interferência e impacto da incontinência na sua vida diária, em que o instrumento traz como score pontuações que são divididas entre ligeira, moderada e grave, obteve-se uma média final de $3,84 \pm 4,66$ pontos.

Utilizando a classificação da gravidade do próprio questionário, os resultados encontrados demonstraram um impacto ligeiro dessa disfunção na qualidade de vida das participantes, ao analisar o valor do p exato, entre a variável ICIQ-SF com os grupos com e sem perda urinária. Ao utilizar-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney, pode-se verificar que houve diferença estatística significativa entre os grupos (p-valor = 0,00). E o impacto na qualidade de vida da amostra gerada pela média de pontuação encontrada em relação à interferência na sua vida diária foi de $2,0 \pm 3,0$ pontos, classificando-a no score como leve.

DISCUSSÃO

O presente estudo partiu da hipótese de que a modalidade Crossfit® causaria a perda urinária durante sua prática, pois exercícios de alto impacto, rendimento e levantamento de peso são alguns dos fatores para seu desenvolvimento. Silva et al.¹⁴ descrevem que o funcionamento do assoalho pélvico deve ser realizado de forma sincrônica e sinergicamente com o grupo muscular do abdômen, pois quando a pressão intra-abdominal aumenta, ambos são ativados, e se a musculatura pélvica estiver com fraqueza e falta de coordenação leva de forma progressiva e deletéria a sua disfuncionalidade.

Silva et al.¹⁵ constataram que a ocorrência da incontinência urinária em atletas de elite é alta, pois a intensa rotina de treino destas mulheres leva a alterações na musculatura do assoalho pélvico do tipo fadiga. Na visão anatômica, o assoalho pélvico é responsável por manter todas as estruturas internas dentro do abdômen, evitando assim prolapsos ou incontinências. Essa musculatura, também sustenta a uretra e bexiga, para que não ocorra a perda de urina, o assoalho pélvico se contrai durante o exercício, em contrapartida, pela alta fadiga durante o treinamento essa musculatura tende a ficar enfraquecida, levando à disfuncionalidade¹⁶.

A incontinência urinária de esforço é descrita em inúmeras atividades do dia a dia por

mulheres, porém, entre elas destacam-se as atividades de alto impacto com movimentos repetitivos e com maiores cargas, como o CrossFit®. Sua chance de ocorrência aumenta com o decorrer dos anos de realização dessa atividade, associada a outros fatores como número de partos, tipo de parto entre outros¹⁷.

No presente estudo, não se encontrou correlação entre o número de partos com a perda urinária durante a atividade. Este fator pode ser explicado, segundo Vieira et al. pela busca preventiva das mulheres para evitar esta alteração, demonstrando assim o papel da Fisioterapia como agente primário, o qual as orienta para aumentar a consciência e a força do assoalho pélvico¹⁸.

Dominguez-Antuña et al.¹⁹ em suas pesquisas utilizaram de duas variáveis, sendo o sexo masculino e feminino, ambos praticantes da atividade de Crossfit®, em sua amostra composta por 571 indivíduos com média de idade de $34,1 \pm 8,3$ anos. Entre estes a maior prevalência de perda urinária foi 45% no sexo feminino. Justificando esse dado, Neves²⁰ explica que a prevalência de IU é maior em mulheres devido à uretra ser relativamente curta (3 a 4 cm), razões vasculares e tróficas da região pélvica.

Leal et al.²¹ demonstrou em seu estudo composto por 38 praticantes de Crossfit®, uma baixa influência da modalidade com a perda urinária, sendo apenas 7,9% do total de sua amostra com a incontinência durante a prática da atividade, e 92,1% que eram continentemente. No presente estudo com uma amostra de 46 participantes, houve prevalência de perda urinária em 11 indivíduos, em um total de 23,9% da amostra, e que eram continentemente 35, totalizando 76,1% da amostra.

Em ambos os estudos citados foi baixo o percentual de incontinentemente, isso pode ser clarificado com o estudo de Bertoldi et al.²² em que descrevem que com a contração correta da musculatura powerhouse, a qual envolve os músculos abdominais e outros grupos musculares próximos da região perineal durante a execução do movimento, isso irá gerar uma pré-contração, essa pré-contração ocorre durante a expiração, fazendo com que a pressão intra-abdominal seja menor, permitindo, assim que toda a musculatura que compõe o assoalho pélvico seja elevada superiormente e, conseqüentemente, seja ativada corretamente.

Já no estudo de Siviero et al.¹⁷ evidenciou-se que mulheres que praticavam a atividade de Crossfit® há mais de dois anos apresentaram 4,5 vezes mais chance de desenvolverem a

incontinência urinária de esforço (IUE). Para esclarecer este dado Rodrigues et al.²³ ressaltam que quando a pressão intra-abdominal aumenta, gera uma sobrecarga do assoalho pélvico, e se este grupo muscular estiver com fraqueza e falta propriocepção, não suportará a pressão exercida. Essa falta de propriocepção do assoalho pélvico pelas mulheres pode levá-la a ignorar seu papel de musculatura estabilizadora, isso por não conhecer essa musculatura e seu papel estrutural.

Nesta pesquisa verificou-se uma correlação com P valor de 0,01 na duração dos treinos em horas por semana com a perda urinária, obteve-se uma média de $4,90 \pm 1,97$ horas para incontinentes e $3,42 \pm 2,31$ horas para as continentas. Divergindo com este dado Silva et al. em seu artigo, demonstraram que com uma amostra de 290 mulheres não foram encontradas diferenças estatísticas entre o tipo de exercício praticado, frequência de treinos semanais, levantamento de carga e a prática desportiva profissional ou de alta competição²⁴.

Esse fato pode ser esclarecido por Andrade et al. como atenção em saúde, no qual os treinadores da modalidade visam medidas preventivas e ofertam orientações durante a prática do Crossfit®, levando assim a uma maior segurança do esporte, evitando a incontinência durante o exercício e atividades diárias, aumentando o conhecimento das praticantes sobre o assoalho pélvico e de como devem contrair e se utilizar desta musculatura²⁵.

O questionário ICIQ-SF é utilizado para quantificar o impacto da IU na qualidade de vida, classificada em três graus de gravidade, de acordo com a pontuação: ligeira (1 a 7 pontos), moderada (8 a 14 pontos) e grave (15 a 21 pontos). Partindo dessa informação, Mesquita et al.²⁶ reiteram que quanto maior a pontuação, maior será o impacto na qualidade de vida, afetando assim todos os domínios e levando a prejuízos no meio social, econômico, vida sexual e pessoal.

Em consideração a esta afirmativa, nesta pesquisa a média das questões da frequência da perda, quantidade e interferência em sua vida diária foi de $3,84 \pm 4,66$ pontos, correspondendo a um impacto ligeiro na qualidade de vida, o p valor foi de $p \leq 0,00$ correlacionando a perda urinária com a média das questões. Explicando este impacto na vida da mulher, Rosa et al. afirmam que a perda urinária leva de forma gradativa a perda da autonomia e do enfretamento da doença, deste modo a mulher tende a ficar no anonimato e não buscar ajuda, pois subentende que aquilo é normal e vai melhorar com o passar do tempo, não obtendo veracidade, acaba prejudicando a sua qualidade de vida, qualidade do esporte e saúde de forma global²⁷.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que a incontinência urinária foi prevalente durante a prática da modalidade Crossfit®, porém não significativo para o tamanho da amostra estudada. É importante ressaltar que o conhecimento sobre os tipos de incontinência urinária neste público deve-se obter uma atenção especial, pois mesmo sem estarem no grupo de risco, as mulheres atletas apresentaram perda urinária. Portanto, devem-se abordar estratégias de prevenção e intervenções que visem a maior qualidade do esporte e de vida para estas participantes.

Sugere-se ainda novas pesquisas com foco mais detalhado sobre cada tipo específico de incontinência urinária neste público, novas linhas de avaliações científicas/práticas, e estudos de meta-análise e randomizado controle para maior interpretação e conhecimento dos dados obtidos em longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. Neves PAS, Vicente SCS. Caracterização do controlo urinário em desportistas de competição : estudo de jovens atletas femininas de basquetebol e de voleibol [dissertação]. Alcabideche, Portugal: Escola Superior de Saúde do Alcoitão; 2020.
2. Cândido FJLF, Matnei T, Galvão LC, Santos VLJ, Santos MC, Sarris AB, Sobreiro BP. Incontinência urinária em mulheres: breve revisão de fisiopatologia, avaliação e tratamento. *Visão Acad* 2017;18(3):67–80.
3. Santana AAC, Machado KDG, Henrichs MFB, Aguiar IO, Nunes EFC, Latorre GFS. Incontinência urinária em mulheres praticantes de Cross fit. *Arq Cien Esp* 2019;7(3):119-122
4. Oliveira HGA. Efeitos do método Pilates nas disfunções do assoalho pélvico: uma revisão sistemática [trabalho de conclusão de curso]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2016.
5. Araujo MP, Parmigiano TR, Negra LGD, Torelli L, Carvalho CG, Wo L, Wo L, Manito ACA, Girão MJBC, Sartori MGF. Avaliação do assoalho pélvico de atletas: Existe relação com a incontinência urinária? *Rev Bras Med do Esporte* 2015;21(6):442–6.
6. Cunha RM, Leite LC, Oliveira GND, Brito GA, Figueirêdo VB, Nascimento SL. Perfil epidemiológico e sintomas urinários de mulheres com disfunções do assoalho pélvico atendidas em ambulatório. *Rev Fisioter S Fun* 2016; 5(1);42-49.
7. Machado LS. Avaliação funcional do assoalho pélvico em atletas e sua relação com a incontinência urinária [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2017.

8. Xavier AA, Lopes AMC. Lesões musculoesqueléticas em praticantes de Cross Fit. Rev Interdiscip Ciências Médicas 2017;1(1):11–27.
9. Ferreira IB, Gabbi G, Cornacini L, Oliveira Junior AS, Paula YTC, Santana HAP, Pegorare ABGS. Avaliação de assoalho pélvico e da composição corporal de mulheres praticantes de cross training. Perspect Exp e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educ em Saúde 2021;7(2):14.
10. Silva AT, Silva YP, Furlanetto MP. Disfunções do assoalho pélvico em praticantes de Crossfit. Fisioter Bras 2021;22(2):233–248.
11. Naves PP, Letieri RV, Simon ISL, Leite SN, Letieri M. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com sintomas de incontinência urinária de esforço praticantes de atividade física. Inspirar 2016;8(1):10-16.
12. Tamanini JTD, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Netto Junior NR. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF). Rev Saude Publica 2004;38(3):438–444.
13. Dellú MC. Incontinência urinária no climatério: prevalência, fatores associados e impacto na qualidade de vida [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2015.
14. Silva APS, Silva JS. A importância dos músculos do assoalho pélvico feminino, sob uma visão anatômica. Fisioter Bras 2003;4(3): 205-211.
15. Silva RM, Santos MP, Araújo MP, Sartori MGF, Resende APM. A prática esportiva e o assoalho pélvico feminino: uma revisão da literatura. Arq Cien Esp 2019;7(1) 2-7.
16. Couto APJP, Toigo AM. Os efeitos do método pilates na funcionalidade do assoalho pélvico feminino e na incontinência urinária: uma revisão sistemática. Rev Aten Saúde 2020;17(62):109–124.
17. Siviero JC, Silva LA, Nunes RD, Gama FO. Fatores associados à incontinência urinária de esforço em mulheres praticantes de crossfit TT. ACM arq catarin med 2020;49(1):23–33.
18. Vieira ASS, Dias MLG. Abordagem da fisioterapia na prevenção de incontinência urinária no período gestacional: revisão sistemática [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos; 2019.
19. Dominguez-Antuña E, Diz JC, Ayán C, Suárez-Iglesias D, Rodríguez-Marroyo JA. Prevalence and severity of urinary incontinence among male and female competitors and recreational CrossFit® practitioners. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2022;276:144–147.
20. Neves, SLC. Método de ginástica abdominal hipopressiva para tratamento de incontinência urinária em mulheres: revisão bibliográfica [trabalho de conclusão de curso]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2021.
21. Leal LO, Santos MA, Santos NMF, Braga LM, Nunes KCF. Prevalência de incontinência urinária e perfil miccional de mulheres praticantes de Crossfit®. Fisioter Bras 2020; 21(2): 197-203.
22. Bertoldi JT, Medeiros AM, Goulart SO. A influência do método pilates na musculatura do assoalho pélvico em mulheres no climatério: estudo de caso. Cinergis 2015;16(4):255–60.

23. Rodrigues BA, Cordeiro IM, Zambelli M, Augusto LS. Exercícios físicos de alto impacto aumentam os riscos de mulheres desenvolverem incontinência urinária de esforço (IUE): uma revisão narrativa [artigo de conclusão de curso]. Contagem, MG: Universidade UNA de Contagem; 2021.
24. Silva MF, Costa RP, Oliveira CM, Moreira S. A Incontinência urinária em mulheres praticantes de exercício recreativo: um estudo transversal. Acta med port 2021; 34(11):724-732.
25. Andrade ARS, Pontes AF, Cavalcanti BMC, Figueiroa MN, Silva Filho JC, Araújo EC, Abrão FMS, Costa AM, Santos ICRV. Effectiveness of pelvic floor muscles strengthening exercises in the prevention of urinary incontinence: a systematic review. Res Soc Dev 2022;11(9):1–15.
26. Mesquita VC, Aragão MI da C, Correia SA, Pereira AS, Gomes SCL, Azevedo K de M, et al. The prevalence of urinary incontinence in women practicing high-impact exercises. Rev Pesqui em Fisioter 2020;10(4):634–641.
27. Rosa L, Zanini MTB, Zimmermam KCG, Ghisi MG, Policarpo CM, Dagostin VS, Salvador MB. Impacto no cotidiano de mulheres com incontinência urinária. Estima 2017;15(3):132–138.

Fisioterapia Pélvica no tratamento da Incontinência Urinária de Mulheres Manauaras



Maria Natália Cardoso¹, Lunna Nascimento Barroso²
Rosana Caldas Rêgo de Queiroz³, Juliana Baltar⁴ e Elisa Brosina de Leon⁵

Submissão: 06/10/2022

Aceite: 25/11/2022

Publicação: 00/00/0000

RESUMO

Panorama: Apesar de padrão ouro no tratamento da incontinência urinária (IU) desde 2005 são escassos os estudos específicos sobre a população manauara. **Objetivo:** Avaliar a eficácia da Fisioterapia Pélvica em mulheres com IU. **Método:** Estudo quase-experimental em mulheres cadastradas na Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade, com queixa de IU, sendo excluídas aquelas que faltassem a três ou mais atendimentos. **Resultados:** Um total de 24 mulheres participou do estudo com uma média de idade de $60,41 \pm 9,15$ anos. O tipo de Incontinência Urinária mais relatada foi a de Esforço. Houve melhora dos sintomas em todas as participantes que perdiam urina na forma de jato. Mais da metade (66,66%) relatou melhora dos sintomas na reavaliação. **Conclusão:** A Fisioterapia Pélvica é eficiente no tratamento da Incontinência Urinária em mulheres juntamente com a melhora dos sintomas acarretando melhoria da qualidade de vida.

ABSTRACT

Background: Despite the gold standard in the treatment of urinary incontinence (UI) since 2005, specific studies on the population of Manaus, Brazil, are scarce. **Aims:** To evaluate the effectiveness of Pelvic Physiotherapy in women with UI. **Method:** Quasi-experimental study in women registered at the Open University Foundation for the Third Age, with complaints of UI, excluding those who missed three or more appointments. **Results:** A total of 24 women participated in the study with a mean age of 60.41 ± 9.15 years. The most reported type of urinary incontinence was Stress. There was an improvement in symptoms in all participants who lost urine in a stream. More than half (66.66%) reported improvement in symptoms at reassessment. **Conclusion:** Pelvic Physiotherapy is efficient in the treatment of urinary incontinence in women along with the improvement of symptoms, leading to an improvement in quality of life.

¹ Discente de Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas, Manaus/MA, Brasil. nataliacardoso301@gmail.com
² Fisioterapeuta. Univ. Federal do Amazonas, Manaus/MA. barrosolunna@gmail.com
³ Fisioterapeuta. Univ. Federal do Amazonas, Manaus/MA, Brasil. rosana_queiroz_182@hotmail.com
⁴ Doutora. Docente da Univ. Federal do Amazonas, Manaus, MA, Brasil. julianabaltar@hotmail.com
⁵ Doutora. Docente da Univ. Federal do Amazonas, Manaus, MA, Brasil. elisadleon@ufam.edu.br

INTRODUÇÃO

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) define Incontinência Urinária (IU) como qualquer queixa de perda involuntária de urina. Apesar de afetar mulheres de todas as idades, sua prevalência é maior em idosas, podendo levar ao comprometimento funcional, gerando impacto social negativo, influenciando na qualidade de vida. A IU pode ser classificada em: Incontinência Urinária de Urgência (IUU), que ocorre na existência de urgência miccional; Incontinência Urinária de Esforço (IUE), quando a perda de urina ocorre devido ao aumento da pressão intra-abdominal; e Incontinência Urinária Mista (IUM), quando a IUU e a IUE estão associadas¹⁻⁴.

O tratamento reconhecido como padrão de ouro pela ICS para essas disfunções é o treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP). O objetivo desse tratamento é incrementar a função esfinteriana ao redor da uretra, o apoio aos órgãos pélvicos e a circulação sanguínea local, através da reeducação dos músculos do assoalho pélvico (MAP). Essa reeducação da MAP pode estar associada à coordenação com outras musculaturas, como as estruturas do CORE e a um padrão respiratório saudável⁵⁻⁷.

O tratamento fisioterapêutico com TMAP é um método de maior facilidade de uso na prática clínica pois pode ser associada a outros recursos da cinesioterapia como alongamentos globais e propriocepção. Os protocolos de tratamento fisioterapêuticos para IU são flexíveis e baseados nas necessidades individuais de cada paciente. O TMAP pode ser trabalhado em conjunto com outros recursos, como cirurgias, medicamentos, biofeedback, cones vaginais, eletroestimulação e orientações comportamentais^{7,8}.

Ainda não existem evidências na literatura de qualquer efeito extra na adição de exercícios respiratórios e outras atividades associadas ao TMAP sejam eficazes no tratamento da incontinência urinária. Assim, esta pesquisa justifica-se com o intuito de promover reflexões sobre os resultados da intervenção fisioterapêutica da IU com o TMAP associado a esses exercícios. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia da intervenção fisioterapêutica para mulheres com IU.

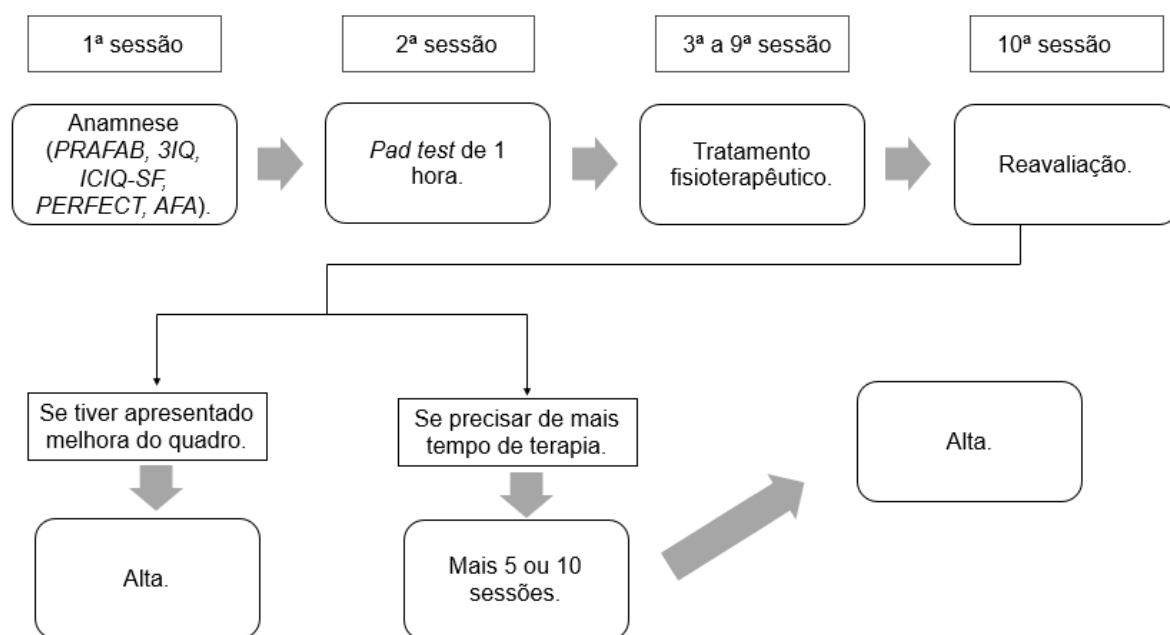
MÉTODO

O presente estudo teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas sob o número 3.670.863. Trata-se de um estudo quase-experimental realizado com

usuárias cadastradas na Policlínica Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade – FUnATI, com idades variando de 43 anos aos 93 anos de idade, com queixa de IU e encaminhadas ao serviço de fisioterapia pélvica. Os atendimentos aconteceram de março de 2018 a novembro de 2019. Foram excluídas as participantes que possuíam alguma infecção sexualmente transmissível (IST), se recusassem a realizar o exame físico ginecológico, ou faltassem três ou mais sessões de fisioterapia.

As pacientes foram encaminhadas para a realização de Fisioterapia Pélvica na Policlínica Gerontológica da FUnATI após identificação da perda urinária pelo questionário Índice de vulnerabilidade clínico funcional-20 (IVCF-20). Conforme demonstrado na figura 1, na primeira sessão foi realizada a avaliação, que contava com uma anamnese completa; aplicação de três questionários relacionados a IU: o *Protection, Amount, Frequency, Adjustment and Body image* (PRAFAB), o *The 3 Incontinence Questions* (3IQ), e o *International Consultation Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF); um exame físico individual com avaliação bidigital da musculatura do assoalho pélvico (MAP) contando com a escala AFA e o esquema PERFECT. Na segunda sessão era realizado o *padtest* de uma hora. Os mesmos instrumentos foram utilizados para a reavaliação das participantes⁹⁻¹⁷.

Figura 1: Fluxo do atendimento



O PRAFAB foi utilizado para quantificar a severidade da perda de urina através de 5 perguntas sobre produtos de proteção, quantidade de urina perdida, frequência com que perde urina, ajustes nas atividades de vida diária (AVD) e imagem corporal relacionados a IU, com a pontuação mínima de 5 e a máxima de 20. Se a pontuação final for menor que 14 pontos é considerada “não severa”, se for igual ou maior que 14, “severa”¹⁸.

O 3IQ, usado para identificar o tipo de IU em apenas três questões, podendo ser IUE, IUU ou IUM. O ICIQ-SF, para avaliar o impacto da IU na vida da paciente, com perguntas sobre a frequência que perde urina, a quantidade urina perdida, e o quanto a perda urina afeta a vida diária, com pontuação variando de 0 a 21, com a classificação final de “nenhum impacto” se for 0, “impacto leve” se for de 1 a 3, “impacto moderado” de 4 a 6, “impacto grave” de 7 a 9 e “impacto muito grave” quando for maior ou igual a 10, e ao fim questiona as situações em que há a perda¹⁹⁻²¹.

O Esquema PERFECT usado na avaliação bidigital para mensurar a força de acordo com o sistema Oxford (P = *Power*), o tempo da manutenção da contração em até 10 segundos, até que a força seja reduzida a 35% (E = *Endurance*), repetições de contrações em até 10 contrações, com intervalo de descanso de 4 segundos entre cada uma (R = *Repetitions*) e número de contrações de 1 segundo cada, após um descanso de pelo menos 1 minuto, em até 10 repetições (F = *Fast*), a última parte do acrônimo é apenas um lembrete ao examinador para que registre e cronometre todo o processo (ECT = *Every Contraction Timed*). Escala AFA usada para avaliação funcional da MAP com classificação por graus, grau 0 sendo “sem função perineal objetiva, nem mesmo à palpação”, grau 1 “função perineal objetiva ausente, contração reconhecível somente a à palpação”, grau 2 “função perineal objetiva débil, contração reconhecível à palpação”, grau 3 “função perineal objetiva presente e resistência opositora não mantida mais do que cinco segundos à palpação” e grau 4 “função perineal objetiva presente e resistência opositora mantida mais do que cinco segundos à palpação”¹⁹⁻²¹.

Para a realização do *padtest* era necessário que a paciente já chegasse tendo feito a ingestão de 500 ml de água, seguindo o protocolo da *International Continence Society*²². Em seguida o absorvente ainda não utilizado era pesado e nos primeiros 30 minutos a paciente deveria realizar uma caminhada, incluindo um lance de escadas. No restante do teste eram realizadas as atividades de correr no mesmo lugar por um minuto, sentar e levantar 10 vezes, tossir 10 vezes, pegar um objeto do chão 5 vezes, e por fim lavar as mãos em água corrente por um minuto. Após isso, o absorvente era pesado novamente, agora com a quantidade de urina que a paciente perdeu.

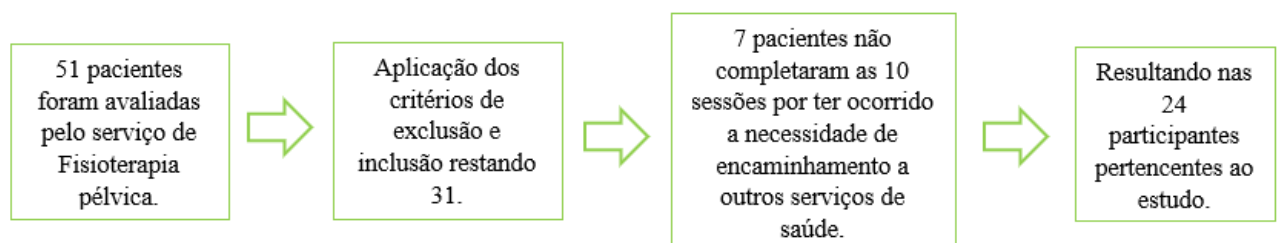
O tratamento baseava-se nas informações encontradas pela avaliação, respeitando a individualidade de cada paciente, em que eram realizados alongamentos globais, exercícios de mobilidade do quadril, exercícios para o fortalecimento das fibras de contração rápida e contração lenta da MAP, todos associados a respiração diafragmática²³⁻²⁵. Conforme a paciente fosse evoluindo o tratamento incluía a contração da MAP associada às atividades de vida diária, como subir escadas, agachamento, sentar e levantar. As pacientes foram reavaliadas após a realização de 10 sessões.

Os dados foram tabulados em planilha Excel e apresentados em média \pm desvio padrão e porcentagem. A comparação entre os resultados observados antes e depois da intervenção foi realizada pelo teste pareado t de *Student* no programa estatístico *GraphPadPrism*. Foi considerado significativo $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Cinquenta e uma pacientes foram avaliadas pelo serviço de fisioterapia pélvica. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão permaneceram trinta e uma participantes. Porém, sete pacientes não completaram as 10 sessões por ter ocorrido a necessidade de serem encaminhadas a outros serviços médicos. Vinte e quatro mulheres foram incluídas conforme Fluxograma representado na Figura 2.

Figura 2: Processo de seleção das participantes.



Na tabela 1 foram apresentadas as variáveis referentes as características gerais de base das pacientes estudadas. No total 24 mulheres, com a média de idade em $60,41 \pm 9,15$ anos, sendo a menor idade 45 anos e a maior 74 anos. Das participantes que realizaram o protocolo completo (avaliação – tratamento e alta), eram em sua maioria casadas (45,88%) e múltiparas (75%) onde o número máximo de gestações foram 11 e com sobrepeso (37,5%). O tipo de incontinência urinária mais relatada foi a de esforço (50%) e quanto aos sintomas 29,16% relataram possuí-los há mais

de 2 anos, com o maior tempo de 32 anos. Mais da metade das participantes possuíam sobrepeso e obesidade tipo I (62,5%), com o menor peso sendo 45,15kg e o maior 88,3kg.

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas e clínicas

*Valores expressos em média \pm desvio-padrão (^tTeste t de Student) ou em frequência absoluta (n)

Variáveis	N (24)
Idade (ANOS)	60,41 \pm 9,15
Estado Civil	
Solteira	04 (16,66%)
Casada	11 (45,88%)
Divorciada	02 (8,33%)
Viúva	06 (25%)
Dado não consta	01 (4,16%)
IMC kg/m ²	
Normal	04 (16,66%)
Sobrepeso	09 (37,5%)
Obesidade tipo I	06 (25%)
Obesidade tipo II	02 (8,33%)
Dado não consta	01 (4,16%)
Tipo de Incontinência	
IUU	03 (12,5%)
IUE	12 (50%)
IUM	08 (33,33%)
Dado não consta	01 (4,16%)
Histórico Obstétrico	
Nulíparas	03 (12,5%)
1 gestação	03 (12,5%)
2 gestações	04 (16,66%)
3 gestações	05 (20,83%)
4 gestações	04 (16,66%)
> 5 gestações	05 (20,83%)
Tipo de parto	
Cesário	09 (37,5%)
Normal	17 (70,83%)
Aborto	08 (33,33%)
Tempo dos sintomas	
Menos de 1 ano	07 (29,16%)
1 ano	01 (4,16%)
2 anos	02 (8,33%)
Mais de 2 anos	07 (29,16%)
Não relatou/Dado não consta	07 (29,16%)

*Valores expressos em média \pm desvio-padrão (^tTeste t de Student) ou em frequência absoluta (n) e relativa (%)

Das 24 participantes, 21 eram multíparas onde 20,83% tiveram três ou mais de cinco gestações. Com relação ao tipo de parto, 70,83% foi via vaginal.

Na tabela 2 apresenta-se os resultados referentes ao antes e depois do tratamento proposto. Da avaliação para a reavaliação houve um aumento de 20,84% quanto a possuírem o trofismo normal. Observou-se diminuição da quantidade de perda de urina após o tratamento, tanto na perda em jato (melhora em 100% das pacientes), bem como na perda em gota e contínua.

Quando questionadas, na reavaliação, sobre a evolução dos sintomas (se haviam piorado, melhorado ou permanecido igual) mais da metade relatou ter obtido uma melhora se comparados a antes do início do tratamento. Nenhuma respondeu ter percebido piora dos sintomas na reavaliação. Dentre essas pacientes que responderam ter obtido melhora dos sintomas a IU de maior prevalência foi a de Esforço.

Tabela 2: Comparação do teste bidigital e padtest na avaliação e reavaliação dos músculos do assoalho pélvico

Variável	Avaliação (N=24)	Reavaliação (N=24)	<i>p</i>
Quantidade de perda de urina			
Gotas (n; %)	41,66%	16,66%	
Jato (n; %)	41,66%	0%	
Contínuo (n; %)	12,5%	4,16%	
Não soube responder (%)	4,18%	0%	
Situação atual dos sintomas			
Melhorou (n; %)	8,33%	66,66%	
Piorou (n; %)	50%	0%	
Igual (n; %)	37,5%	4,16%	
Não soube responder (%)	4,17%	29,18%	
Trofismo			
Atrófico (n; %)	4,16%	0%	
Hipotrófico (n; %)	8,33%	0%	
Normal (n; %)	79,16%	100%	
Não foi possível mensurar (%)	8,35%	0%	
AFA			
Força Perineal (média ± dp)	2,41 ± 0,70	3,28 ± 0,75	<0.0001
PERFECT			
Força (média ± dp)	2,43 ± 0,71	3,54 ± 0,89	<0.0001
T Endurance (seg) (média ± dp)	3,79 ± 2,40	6,63 ± 3,32	0.0064
Repetição (média ± dp)	4,54 ± 2,69	7,22 ± 3,12	0.0128
Contrações rápidas (med ± dp)	4,04 ± 2,84	7,81 ± 4,55	0.0006
ICIQ – SF	9,63 ± 5,16	5,30 ± 4,19	0.0097
Padtest (g) (média ± dp)	6,57 ± 11,46	2,73 ± 5,04	0.0425

AFA: avaliação funcional da força da musculatura do assoalho pélvico; PERFECT: avaliação dos componentes contráteis dos músculos do assoalho pélvico; ICIQ-SF: International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form.

Na escala AFA, as pacientes evoluíram de uma contração do assoalho pélvico como reconhecível à palpação e uma função perineal débil na avaliação para uma função perineal objetiva

presente e resistência opositora não mantida mais do que cinco segundos na reavaliação. Observou-se aumento de 2 para 3 na escala Oxford de força.

No tempo de Endurance o menor tempo na avaliação foi de 2 segundos e o maior de 13 segundos, na reavaliação o menor tempo manteve-se 2 segundos, todavia houve um aumento no maior tempo que evoluiu para 15 segundos. No número de contrações repetidas também houve diferença, na avaliação o número mínimo de contrações em um período de tempo foi de 2 e o máximo foi de 13 repetições, na reavaliação esse número sofreu alterações onde o número menor passou a ser 3 repetições e o número maior 15. Nas contrações rápidas também foi possível notar uma evolução com o menor aumento sendo 1 repetição a mais da avaliação para a reavaliação e o maior aumento sendo de 13 repetições. No ICIQ-SF há redução de quase 50% na média da avaliação para a reavaliação (Tabela 2). A perda de urina foi mensurada através do Pad Test, através dele foi possível perceber que da avaliação para a reavaliação houve uma diminuição de 4 gramas na média da perda de urina.

DISCUSSÃO

Houve melhora dos sintomas da IU em 66,66% das mulheres, incluindo melhora na propriocepção em 100% onde as pacientes que não realizavam de forma correta o movimento cranial passaram a realizar, o que resultou também no aumento do número de mulheres que realizavam a contração do MAP sem o uso da musculatura acessória, de 8,33% para 41,66%.

Tais dados corroboram com o estudo que afirmou que o tratamento fisioterapêutico tem como objetivo contribuir para a percepção da musculatura, permitindo controle sobre as contrações involuntárias e o relaxamento do assoalho pélvico e musculatura acessória, além de aumentar a conscientização e propriocepção dos MAP. Essa afirmativa pôde comprovar-se através dos resultados apresentados no parágrafo anterior assim como com o seguinte estudo que analisou dez artigos e com base nessa análise concluiu que a fisioterapia pélvica se mostrou eficaz nos tratamentos da incontinência urinária, contribuindo tanto na redução quanto na melhora total dos sintomas de IU^{26,27}.

Das 24 participantes do estudo 14 (58,33%) possuíam mais de 60 anos, dessas seis relatavam como queixa principal IUM, seguida por seis com IUE e apenas duas com IUU. O aumento da idade é apontado como um fator de risco significativo, devido à redução dos níveis de estrogênio

que leva a atrofia da musculatura uretral. Das vinte e quatro participantes somente quatro possuíam um IMC normal, entre as demais vinte o IMC indicou sobrepeso, obesidade tipo I e obesidade tipo II, é um dado importante a se analisar tendo em vista que o sobrepeso e a obesidade são fatores de risco para o surgimento da IU segundo o seguinte estudo que concluiu que mulheres obesas em sua maioria são acometidas pela perda de urina involuntária e apresentam sua rotina diária modificada por esta razão^{28,29}.

Mais da metade das participantes desta pesquisa tiveram parto normal, variando de 1 a 8 gestações. O tipo de parto frequentemente é associado ao desenvolvimento da IU onde o parto por via vaginal apresenta uma maior predisposição se comparado ao cesáreo, principalmente quando associado a traumas do MAP³⁰. Além dos testes foram aplicados questionários com perguntas relacionadas a autopercepção da paciente relacionando a sua vida e autoestima à incontinência urinária, através deles é possível compreender a magnitude do impacto da condição à sua rotina. Sendo um deles o ICIQ-SF que nos expôs uma redução de 4 pontos na média do score final que significa uma redução da implicação da IU na vida das participantes.

As participantes desta pesquisa possuem uma média de convivência com os sintomas maior se comparada a pesquisa de Henkes et al. que apontou mulheres com 36 meses com os sintomas da incontinência urinária antes de ter seu diagnóstico médico estabelecido. Essa demora pode ser explicada devido ao fato de considerarem que a IU era algo “normal”, ou por desconhecer o tratamento fisioterapêutico e imaginarem que o tratamento para IU seria somente cirúrgico⁶⁻²¹.

O número de desistências durante o tratamento pode se dar a insatisfação com o ambiente, que pode influenciar diretamente no tratamento como nota-se na seguinte pesquisa que afirma que um usuário satisfeito demonstra maior adesão ao tratamento, logo, pacientes satisfeitos são mais propensos a ter lealdade com os provedores de tratamento e colaborar com o regime estabelecido. Outro fator que pode ter influenciado é a não aceitação da avaliação bidigital e até mesmo comandos fornecidos de maneira confusa por parte do fisioterapeuta sabendo que as mulheres que não apresentam uma consciência corporal adequada para a execução dos exercícios corretamente podem apresentar alta incidência de abandono ou desistência do tratamento, quando não orientadas corretamente^{32,33}.

Todavia mais da metade das participantes que realizaram o tratamento fisioterapêutico relataram melhora dos sintomas, o que corrobora com um estudo onde foi observado que a fisioterapia uroginecológica contribuiu positivamente como um recurso terapêutico conservador, de baixo custo e importante no fortalecimento da MAP para essas mulheres que sofriam com a IU, comprovando que os recursos terapêuticos provem tanto qualidade de vida como prevenção de disfunções do assoalho pélvico³⁴.

LIMITAÇÕES E BENEFÍCIOS DO ESTUDO

As limitações do estudo foram referentes a padronização do método de tratamento, pois são baseados na capacidade de cada paciente e as desistências das pacientes no meio do tratamento ou o não retorno para a reavaliação. Houve redução quanto ao N do índice de massa corporal devido a algumas pacientes possuírem condições físicas que as impossibilitaram de mensurar o peso.

A pesquisa teve como resultado positivo o reflexo do tratamento na vida das pacientes que através dos seus relatos afirmaram terem tido a capacidade de voltar a fazer coisas que haviam deixado para trás por conta da IU, como brincar com os netos, fazer atividades físicas, sair de casa e andar no meio das pessoas.

CONCLUSÃO

Assim sendo, através desse estudo pode-se verificar a eficácia da fisioterapia (exercícios de alongamento, fortalecimento, mobilidade e de fortalecimento associados a respiração diafragmática) no tratamento da Incontinência Urinária em mulheres. Foi possível verificar a melhora dos sintomas, a mudança na forma de perda de urina e a redução da quantidade, conseqüentemente acarretando um aperfeiçoamento da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein AJ. (2013). Incontinence. ICUD-EAU.
2. Amorim KM. (2017a). Comparação de diferentes parâmetros de um dinamômetro de força

transvaginal entre mulheres saudáveis e com incontinência urinária de esforço. UNINOVE.

3. Amorim KM. (2017b). Comparação de diferentes parâmetros de um dinamômetro de força transvaginal entre mulheres saudáveis e com incontinência urinária de esforço.
4. Braga F, et al. (2021). Perfil de pacientes com incontinência urinária em um ambulatório de hospital universitário. ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy. https://doi.org/10.30886/estima.v19.997_pt
5. Brandenburg C, Fialho LMF, Baron MV, et al. (2017). Cinesioterapia e eletroestimulação na incontinência urinária feminina/ Kinesiotherapy and electrostimulation in female urinary incontinence. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(3). <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i3.36672>
6. Burti JS, Marino SCJ, Spink MJP. (2019). Efeitos de exercícios para assoalho pélvico em mulheres idosas de diferentes níveis socioeconômicos. *Saúde e Pesquisa*, 12(1), 39. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n1p39-49>
7. Cardoso MN, Leon EB. de. (2021). Nível de satisfação com o atendimento em fisioterapia medido pelo medrisk. *Revista Eletrônica Gestão e Serviços*, 12(1), 3412–3425. <https://doi.org/10.15603/2177-7284/REGS.V12N1P3412-3425>
8. Cavenaghi S, Lombardi B, Bataus SC, Machado BPB. (2020). Effects of physiotherapy on female urinary incontinence. *Revista Pesquisa Em Fisioterapia*, 10(4), 658–665. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v10i4.3260>
9. Costa MI. (2021). Adaptação cultural e linguística do Protection, Amount, Frequency, Adjustment, Body image (PRAFAB) para o português europeu. *Escola Superior de Saúde do Alcoitão*.
10. da Silva JB, de Godoi Fernandes JG, Caracciolo BR, et al. (2021). Reliability of the PERFECT scheme assessed by unidigital and bidigital vaginal palpation. *International Urogynecology Journal* 2021, 1–9. <https://doi.org/10.1007/S00192-020-04629-2>
11. de Moraes EN, do Carmo JA, de Moraes FL, et al. (2016). Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Revista de Saúde Pública*, 50. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>
12. de Paula DAG, et al. (2009). Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13(1), 1–8. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000600019>
13. Cestári C, Souza T, Silva A. (2017). Impact of urinary incontinence in the quality of living of elderly. *Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina*, 7, 27–37.
14. Freitas CV, Capela ILB, Caldas SACS. de, & Almeida TMG. (2020). Abordagem fisioterapêutica da incontinência urinária em idosos na atenção primária em saúde. *Fisioterapia e Pesquisa*, 27(3), 264–270. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/19015527032020>
15. Frota IPR. (2016). Função do assoalho pélvico e qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa com e sem disfunção do assoalho pélvico.

16. Gomes AGP, Veríssimo JH, Santos KFO et al. (2013). Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres TT - The impact of urinary incontinence on quality of life of women TT - Impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres. Rev. Baiana Enferm, 27(2), 181–192.
<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6922/7162>
17. Haylen BT, et al. (2010). An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourology and Urodynamics, 29(1), 4–20. <https://doi.org/10.1002/NAU.20798>
18. Imamura M, et al. (2010). Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. Health Technology Assessment (Winchester, England), 14(40), 1–215.
<https://doi.org/10.3310/HTA14400>
19. Key, J. (2013). 'The core': Understanding it, and retraining its dysfunction. Journal of Bodywork and Movement Therapies, 17(4), 541–559.
<https://doi.org/10.1016/J.JBMT.2013.03.012>
20. Krhut J, et al. (2014a). Pad weight testing in the evaluation of urinary incontinence. Neurourology and Urodynamics, 33(5), 507–510. <https://doi.org/10.1002/NAU.22436>
21. Krhut J, et al. (2014b). Pad weight testing in the evaluation of urinary incontinence. Neurourology and Urodynamics, 33(5), 507–510. <https://doi.org/10.1002/NAU.22436>
22. Laycock J, Jerwood D. (2001). Pelvic Floor Muscle Assessment: The PERFECT Scheme. Physiotherapy, 87(12), 631–642. [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)61108-X](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)61108-X)
23. Mazo GZ, Santos KM, Freitas CS, et al. (2021). Correlação entre incontinência urinária, disfunção sexual e avaliação subjetiva da contração muscular perineal em idosas fisicamente ativas. Fisioterapia e Pesquisa, 28(1), 109–116. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/21000528012021>
24. Mazur-Bialy AI, Kołomańska-Bogucka D, Nowakowski C, Tim S. (2020). Urinary incontinence in women: Modern methods of physiotherapy as a support for surgical treatment or independent therapy. In Journal of Clinical Medicine (Vol. 9, Issue 4). MDPI.
<https://doi.org/10.3390/jcm9041211>
25. Oliveira CA, SilveiraEF, Machado YA, et al. (2020). Visão da Eficácia da fisioterapia pélvica no tratamento da incontinência urinária em mulheres do clima. Research, Society and Development, 9(11).
26. Olivetto MMS, Lima, BES, Alencar I. (2021). Intervenção fisiológica no tratamento da incontinência urinária de esforço. Research, Society and Development, 10(12).
27. Orioli GB, Garbin BM, Codinhoto FA et al. (2021). Atuação da fisioterapia pélvica nas mulheres portadoras de vaginismo categoria: concluído área: ciências biológicas e saúde. Conic Semesp.
28. Poletto JE, Rizzo DT, Baltieri L, et al. (2018, January). Influência da obesidade e das medidas antropométricas sobre a incontinência urinária e a qualidade de vida: um estudo piloto. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, 901–907.

29. Pontes MG, Silva MM, Oliveira ATR. de. (2021). Os benefícios da fisioterapia pélvica para mulheres com incontinência urinária. *Revista Cathedral*, 1808–2289.
30. Queiroz CR, Furtado JHL., Beuttenmuller L. et al. (2021). Perfil dos pacientes com incontinência urinária atendidos em um projeto de responsabilidade social. *Saúde Em Redes*, 7(3).
31. Rogers RG, et al. (2018). An international Urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal* , 29(5), 647–666. <https://doi.org/10.1007/S00192-018-3603-9>
32. Saboia DM, Firmiano MLV, Bezerra KC et al. (2017). Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 51. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016032603266>
33. Tamanini J, Dambros M, D’Ancona CAL. et al. (2004). Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF). *Revista de Saúde Pública*, 38(3), 438–444. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015>
34. Viana RT, Santos MAS Honório G, Locks M. (2017). Incontinência urinária em idosas: práticas assistenciais e proposta de cuidado âmbito da atenção primária de saúde 1. *Texto Contexto Enfermagem*, 26(2), 6800015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006800015>

Função Sexual de Gestantes

Andreyana Souza da Silva¹ e Izabela Rodrigues Camilo²

RESUMO

Panorama: Diversas adaptações fisiológicas transformam e afetam os sistemas anatômicos resultantes dos efeitos hormonais e mecânicos da gestação, que acabam afetando a força dos músculos do assoalho pélvico e das estruturas que dão suporte aos órgãos pélvicos, interferindo na sexualidade e na função sexual das grávidas, causando mudanças no comportamento, desejo e resposta sexual. A grávida pode apresentar condições, que incluem desejo sexual hipotivo, transtornos de aversão, excitação sexual e orgasmo, além de dispareunia e vaginismo. **Objetivo:** Avaliar a função sexual de gestantes. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, a coleta de dados foi realizada de forma on-line, em que utilizou-se uma ficha de caracterização da amostra contendo dados pessoais, fatores ginecológicos, obstétricos, clínicos e comportamentais. Em seguida, foi aplicado Female Sexual Function Index (FSFI) para avaliação da função sexual. **Resultados:** Com relação a função sexual, 73,3% das gestantes apresentaram disfunção do desejo, 66,7% disfunção da excitação, 46,7% disfunção da lubrificação, 40,0% disfunção do orgasmo, 56,7% disfunção da satisfação, 96,7% disfunção da dor e 60,0% disfunção sexual total. **Conclusão:** Estes resultados sugerem uma diminuição em todos os domínios da função sexual da população estudada.

ABSTRACT

Background: Several physiological adaptations transform and affect the anatomical systems resulting from the hormonal and mechanical effects of pregnancy, which end up affecting the strength of the pelvic floor muscles and the structures that support the pelvic organs, interfering with the sexuality and sexual function of pregnant women, causing changes in behavior, desire and sexual response. Pregnant women may have conditions including hypoactive sexual desire, aversion disorders, sexual arousal and orgasm, as well as dyspareunia and vaginismus. **Aims:** To evaluate the sexual function of pregnant women. **Methods:** A cross-sectional study was carried out, data collection was performed online, in which a sample characterization form was used, containing personal data, gynecological, obstetric, clinical and behavioral factors. Then, the Female Sexual Function Index (FSFI) was applied to assess sexual function. **Results:** Regarding sexual function, 73.3% of pregnant women had desire dysfunction, 66.7% arousal dysfunction, 46.7% lubrication dysfunction, 40.0% orgasm dysfunction, 56.7% satisfaction dysfunction, 96.7% pain dysfunction and 60.0% total sexual dysfunction. **Conclusion:** These results suggest a decrease in all domains of sexual function in the population studied.

Submissão: 29/11/2022

Aceite: 12/12/2022

Publicação: 10/12/2022

INTRODUÇÃO

A gravidez provoca intensas modificações bioquímicas, funcionais, anatômicas e emocionais, que se manifestam desde o início e permanecem durante todo o período gestacional¹. Os sintomas comuns na gestação, mesmo não sendo considerados como patologias, provocam profundas alterações psicológicas, orgânicas e fisiológicas, afetando a vida da mulher e de seus familiares, sendo apontado como um momento de crise, pois ocorrem distúrbios de pensamento, emoções e comportamentos².

As adaptações físicas e bioquímicas decorrentes da gestação são os grandes responsáveis pelas modificações funcionais uroginecológicas³. O conjunto de mudanças hormonais e metabólicas, somados a fadiga e aos fatores psicogênicos interferem na sexualidade e na função sexual das grávidas, podendo causar mudanças no comportamento, desejo e resposta sexual, de acordo com o período da gestação, em diferentes graus e formas¹. A gestante pode apresentar algumas condições clínicas, que incluem desejo sexual hipotativo, transtorno de aversão sexual, transtorno de excitação sexual, transtorno do orgasmo e transtornos dolorosos como dispareunia e vaginismo, que podem causar dificuldades na sexualidade do casal⁴.

A função sexual na gestação ainda é cercada de tabus, preconceitos culturais, pessoais e religiosos e, qualquer barreira causada pela insatisfação com as relações sexuais pode resultar em disfunção sexual, que pode ser entendida como um importante problema de saúde pública em razão da sua alta prevalência e das implicações na qualidade de vida da mulher⁵.

Diante disso, este estudo justifica-se pela incidência de disfunção sexual que é reconhecida como um problema de saúde pública e necessita de mais estudos, uma vez que a função sexual é um dos determinantes de satisfação e de qualidade de vida da mulher, e ainda existe carência de conhecimento a respeito de sexualidade por parte dos profissionais de saúde.

Desta forma, o objetivo do estudo foi avaliar a função sexual de gestantes residentes no município de Cascavel-PR.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, analítico, do tipo transversal com abordagem quantitativa, na qual a amostra foi composta por gestantes do município de Cascavel-PR.

Os critérios de inclusão foram: gestantes com rotina de pré-natal, idade superior a 18 anos, sexualmente ativa nas últimas 4 semanas, em qualquer trimestre gestacional e residente no município de Cascavel-PR. Quanto aos critérios de exclusão, foram: gestantes que não se encaixaram aos critérios de inclusão, gestação com alto risco ou que não aceitassem participar do estudo.

O estudo seguiu as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, contidos na resolução 466/12 e foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa com seres humanos CEP – 85806-080 do Centro Universitário Univel Cascavel, sob parecer número 123/2022.

A coleta de dados foi realizada de forma on-line, por meio do site GoogleForms, da plataforma Google. O formulário online continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual as participantes aceitavam ou não participar do estudo. Além disso, as participantes responderam à uma Ficha de Caracterização da Amostra, contendo dados pessoais, fatores ginecológicos, obstétricos, clínicos e comportamentais. Em seguida, foi aplicado Female Sexual Function Index (FSFI).

O FSFI é um questionário auto aplicado e adaptado a língua portuguesa, composto por 19 questões, que abrangem seus domínios da resposta sexual: Desejo, itens 1 e 2; Excitação, itens 3,4,5 e 6; Lubrificação, itens 7,8,9 e 10; Orgasmo, itens 11,12 e 13; Satisfação, itens 14,15 e 16; Desconforto/Dor, itens 17,18 e 19. O resultado da soma dos escores de cada domínio é multiplicado por um fator de correção, para uniformizar a influência de cada domínio no escore total. A partir dos valores calculados por fórmula matemática, obtém-se o escore da função sexual, que pode variar de 2 a 36.

De acordo com Jamali, Rahmanian, e Javadpour⁸ os domínios do FSFI também podem ser categorizados a partir dos pontos de corte, dos quais valores inferiores à 26,5 na pontuação total indica disfunção sexual e valores inferiores a 4,8 para desejo, 5,0 para excitação, 5,4 para lubrificação, 5,0 para orgasmo, 5,0 para satisfação e 5,5 para dor indicam uma disfunção nos respectivos domínios.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados no programa Microsoft Excel® e cada participante foi cadastrada segundo um número codificador. Os resultados foram analisados descritivamente por meio de frequência simples e porcentagem, realizada no pacote estatístico SPSS – Statistical Package for Social Sciences (versão 23.0 IBM®).

RESULTADOS

Trinta gestantes responderam ao formulário. A média de idade foi de $28,37 \pm 4,88$ anos. Algumas informações sociodemográficas estão apresentadas na tabela 1. Pode-se observar que a maioria das mulheres tinha renda mensal de 1 a 3 salários-mínimos (50,0%), eram casadas (50,0%), possuíam pós-graduação (36,7%) e estavam na primeira gestação (53,3%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas das participantes

Variáveis	n (30)	%	
Renda Salarial	Até 1 salário-mínimo	5	16,7
	De 1 a 3 salários-mínimos	15	50,0
	De 3 a 6 salários-mínimos	7	23,3
	De 6 a 10 salários-mínimos	1	3,3
	Acima de 10 salários-mínimos	0	0
	Outro	2	6,7
Estado civil	Solteira	4	13,3
	União estável	11	36,7
	Casada	15	50,0
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	1	3,3
	Ensino fundamental completo	1	3,3
	Ensino médio completo	7	23,3
	Ensino superior completo	9	30,0
	Pós-graduação	11	36,7
	Outro	1	3,3
Número de gestações	1 gestações	16	53,3
	2 gestações	11	36,7
	3 gestações	2	6,7
	4 gestações	1	3,3

Além disso, todas as participantes responderam ao questionário FSFI para avaliação da função sexual. A porcentagem de gestantes que foram classificadas como tendo disfunção sexual pelos domínios e disfunção sexual total está apresentada na tabela 2. É possível observar que 73,3% das gestantes apresentaram disfunção do desejo, 66,7% disfunção da excitação, 46,7% disfunção da lubrificação, 40,0% disfunção do orgasmo, 56,7% disfunção da satisfação, 96,7% disfunção da dor e 60,0% disfunção sexual total.

Tabela 2 - Disfunção sexual por domínios e total medida pelo questionário FSFI

Variáveis	N (30)	%
Disfunção do desejo	22	73,3
Disfunção da excitação	20	66,7
Disfunção da lubrificação	14	46,7
Disfunção do orgasmo	12	40,0
Disfunção da satisfação	17	56,7
Disfunção da dor	29	96,7
Disfunção sexual	18	60

DISCUSSÃO

A renda da população de estudo apresentou-se análoga às condições sociodemográficas do estado do Paraná, caracterizada como sendo a maioria de baixa renda, com predomínio das classes C, D e E⁹. Com relação ao estado civil houve dominância de mulheres casadas e em união estável, equiparando-se ao percentual encontrado na pesquisa realizada no município de Cascavel por Del Bianco et al¹⁰. Entretanto, o nível de escolaridade encontrado é bem discrepante da parcela de pessoas graduadas e pós-graduadas do município¹⁰.

A população analisada neste estudo diverge dos outros estudos, que se apresentavam mais bem distribuídas em todas as classes sociais e níveis educacionais como mencionado por Pacagnella, Zangiacomini e Vieira¹¹. Em relação a renda, Mathias et al.¹², afirmam que o estresse físico e emocional sofrido por mulheres de baixa renda devido ao fato de apresentarem piores condições de saúde, trabalho e lazer comprometem a qualidade de vida, sobretudo no que diz respeito à sua função sexual.

Nesse sentido, Soares et al.¹³ declaram que grávidas que recebem entre 1 e 2 salários-mínimos possuem quatro vezes mais chances de ter disfunção sexual do que aquelas que possuem renda maior do que quatro salários-mínimos. De outro modo, Guendler et al.¹⁴ encontraram menores taxas de insatisfação sexual entre mulheres com níveis mais elevados de escolaridade, pois tendem a se tornar mais independentes e seguras, refletindo na sexualidade. Para Soares et al.¹³, mulheres com maior renda e maior escolaridade podem ter maior acesso às informações e empoderamento quanto à sua sexualidade, esclarecendo dúvidas com os profissionais de saúde durante as consultas de pré-natal, além de envolver o parceiro nessa discussão, o que facilita a vivência plena da sexualidade nessa fase.

A aplicação na forma de questionário auto aplicado pode ter sua validade afetada em razão de diferenças no nível educacional e cultural da amostra estudada¹¹. Para Soares et al¹³, a resolução positiva das fases da função sexual (desejo, dor, excitação, lubrificação e orgasmo) avaliadas pela FSFI depende de uma série de estímulos pessoais e emocionais. Assim, mulheres nulíparas podem ser mais vulneráveis a fatores emocionais devido à falta de experiência, medos e angústias da primeira gestação. Podemos observar no presente estudo, onde a amostra foi de 53,3% mulheres nulíparas.

Para o domínio desejo, 73,3% das mulheres relataram não sentir desejo sexual, concordando com os 70,27% encontrados por Kohler et al.¹⁵, e superiores a proporção encontrada por Guendler

et al.¹⁴, por Lima, Dotto, Mamede¹⁶ e por Sacomori et al. ¹⁷, de 51,3%, 51% e 30% respectivamente. A redução do desejo, da atividade sexual e do coito vaginal ocorre, em muitas mulheres, com o avançar da gravidez, pois tanto a mulher quanto seu parceiro têm preocupações sobre complicações na gestação como resultado de relações sexuais¹¹⁻²⁰. Além disso, as modificações fisiológicas que ocorrem na gestação como indisposição e sonolência, mudança da autoimagem corporal que se evidencia a partir do segundo trimestre, podem contribuir para essa falta de desejo sexual na gestação, pois trata-se de um estágio mais subjetivo com predomínio de características individuais¹³.

No domínio da excitação, 66,7% das mulheres relataram não ficar excitadas durante a gravidez. Estudos como de Guendler et al.¹⁴, Kohler et al.¹⁵. e Sacomori et al.¹⁷, relataram 53,6%, 91,89% e 30% das gestantes com dificuldades em ficar excitadas. Sacomori et al.¹⁷, afirma que a congestão dos vasos sanguíneos durante a gestação é intensificada, especialmente no primeiro e segundo trimestres, afetando a excitação sexual, e evidenciado significativa redução ao longo de toda a gestação.

Para o domínio da lubrificação, 46,7% das mulheres relataram dificuldades na lubrificação vaginal, dado que diverge dos achados de Kohler et al.¹⁵, em que 94,69% relataram dificuldades em ter lubrificação, principalmente no terceiro trimestre de gestação. Lima, Dotto, Mamede¹⁶ relataram mudanças no padrão da lubrificação vaginal identificadas na gravidez pela maioria das mulheres, sendo que a diminuição ocorreu em 24,3% no primeiro, em 25,9% no segundo, e em 27,8% no terceiro trimestre das gestantes. Para Troncon, Pandochi e Lara¹⁹ e Pacagnella, Zangiacomi e Vieira¹¹, a ausência de lubrificação correlaciona-se com dificuldade de orgasmo, pois há necessidade de certa congestão pélvica, para que este ocorra, e a lubrificação vaginal é consequência da congestão vascular pélvica.

No domínio do orgasmo, 40% das mulheres relataram ter dificuldades em atingir o orgasmo durante a gravidez, dado que diverge dos achados de outros estudos como de Guendler et al.¹⁴, Kohler et al.¹⁵ e Bezerra et al.¹⁸, que encontraram proporção de 67,2%, 94,59% e 74,4% de mulheres com dificuldades em alcançar o orgasmo, principalmente no terceiro trimestre. Para Guendler et al.¹⁴, Kohler et al.¹⁵ e Carteiro, Sousa, e Caldeira⁵, questões culturais podem influenciar no desejo sexual, dificultando o orgasmo, porque muitas mulheres sentem como se não tivessem permissão para experimentar essa sensação durante a gravidez. Pacagnella, Zangiacomi e Vieira¹¹,

afirmam que para haver orgasmo é necessário certo grau de excitação sexual, assim a frequência de orgasmo estaria relacionada à presença de desejo e excitação sexual.

Em relação ao domínio dor, observou-se que 96,7% das gestantes relataram sentir dor durante a relação sexual durante a gravidez. Estes dados são muito superiores aos encontrados por Guendler et al.¹⁴, Kohler et al.¹⁵ e Lima, Dotto, e Mamede¹⁶, 54,2%, 62,16% e 14,4% respectivamente. E ainda divergentes dos dados encontrados por Bezerra et al.¹⁸, que relata que 67,5% das mulheres não sentiam dor na relação. De acordo com Silva, Nobrega e Silva²⁰, a presença de dor pode estar relacionada a diversas fases da resposta sexual. Guendler et al.¹⁴, comentam que a ocorrência de diminuição da lubrificação na vagina durante o período gestacional, particularmente no terceiro trimestre, poderia resultar em dor na relação sexual, pois a diminuição do desejo sexual pode levar à falta de lubrificação.

Desta forma, os distúrbios de excitação com lubrificação inadequada podem levar à dor coital ou outros distúrbios sexuais, com comprometimento da resposta sexual¹⁹. O transtorno de dor gênito-pélvica se caracteriza pelo medo ou ansiedade relacionados à dor vulvovaginal ou pélvica em antecipação, durante ou como resultado de penetração sobreposto a tensão ou endurecimento dos músculos do assoalho pélvico durante a tentativa de penetração vaginal, além disso, pode estar associada a fatores físicos e/ou psicológicos¹⁹.

Neste estudo, a disfunção sexual total feminina foi de 60% entre as 30 gestantes, na sua maioria nulíparas, e com idade média de $28,37 \pm 4,88$ anos. Esta proporção é muito superior às encontradas por Kohler et al.¹⁵, Bezerra et al.¹⁸ e Soares et al.¹³, que encontraram 33,04%, 35,7% e 32,1% de disfunção sexual respectivamente. Leite et al.²¹ descobriram a diferença para os escores médios dos domínios do FSFI ao longo da gestação, mais especificamente no terceiro trimestre, em que houve diminuição significativa dos escores de todos os domínios do FSFI quando comparado ao segundo trimestre. Os valores encontrados para a disfunção entre as grávidas adultas, foi de 46,6%, 34,2% e 73,3% no primeiro, segundo e terceiro trimestres, respectivamente. O autor comenta que a função sexual é afetada durante a gravidez, com significativo declínio de todos os domínios do FSFI no terceiro trimestre.

Para Carteiro, Sousa e Caldeira⁵, a disfunção sexual na gravidez se caracteriza pela alteração no funcionamento sexual feminino envolvendo uma, várias ou todas as fases do ciclo de resposta sexual, e esta influência negativa não deve ser negligenciada, sendo necessário que os profissionais de saúde

sejam capazes de investigar a incidência de disfunção sexual, para minimizar a ansiedade quanto às alterações induzidas pela gravidez, esclarecer dúvidas e desmistificar tabus. Pois sabe-se que a sexualidade e a satisfação sexual não estão restritas ao ato sexual em si, e que as atividades sexuais não provocam danos, efeitos adversos ou indução ao trabalho de parto à gravidez normal, podendo beneficiá-la, aliviando a ansiedade e a tensão, por meio da satisfação sexual ¹¹⁻¹⁴.

Portanto, a disfunção sexual não pode ser ignorada, sendo necessária a adoção de políticas públicas, como a orientação sobre prática sexual e consciência corporal durante a gravidez, além de oferecer serviço fisioterapêutico para desenvolvimento da boa função do assoalho pélvico, de modo a contribuir na qualidade de vida da mulher gestante.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo sugerem uma diminuição em todos os domínios da função sexual de gestantes residentes no município de Cascavel-PR.

Apesar do estudo fornecer resultados da função sexual e das características sociodemográficas, é preciso salientar a necessidade de cautela na generalização dos resultados, devido a limitação do tamanho da amostra.

No presente estudo não foi avaliado em qual trimestre gestacional a gestante se encontrava. E a alta prevalência de disfunção sexual está relacionada com a diminuição da função sexual, em razão da influência de fatores físicos e/ou psicológicos durante a gestação nos domínios dor, desejo, excitação, satisfação, lubrificação e orgasmo. Assim, sugere-se que estudos futuros busquem uma amostra maior e avaliem a função sexual das gestantes nos diferentes trimestres gestacionais.

REFERÊNCIAS

1. Vieira TCB, Souza E, Nakamura MU, Mattar R. Sexualidade na gestação: os médicos brasileiros estão preparados para lidar com estas questões? Rev. Bras. Ginecol. Obstet., São Paulo, 2012, 34 (11): 485-487. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012001100001>.
2. Costa ES, Pinon GMB, Costa TS, Santos RCA, Nóbrega AR, Sousa LB. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. Rev. Rene, Fortaleza, 2010, 11 (2): 86-93. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027970010.pdf>.
3. Pereira SB, Riccetto C, Silva JM, Pereira LC. Aspectos urológicos da fisioterapia na gestação. In: Palma, P. C. R. Urofisioterapia: Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. 1. ed. Campinas: Personal Link Comunicação Ltda, 2009, 325-

336. Disponível em:

<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2016/page/urofisioterapia.pdf>.

4. Mendonça CR, Silva TM, Arrudai JT, Zapata MTAG, Amaral WN. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Femina*, Rio de Janeiro, 2012, 40 (4):195-202. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n4/a3364.pdf>.
5. Carteiro DMH, Sousa LMR, Caldeira SMA. Clinical indicators of sexual dysfunction in pregnant women: integrative literature review. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, 2016, 69 (1):153-161. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690122i>.
6. Prado DS, Lima RV, Lima LMMR. Impacto da gestação na função sexual feminina. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, São Paulo, 2013, 35 (5): 205-209. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000500003>.
7. Araujo TG, Scalco SCP, Varela D. Função e disfunção sexual feminina durante o ciclo gravídico-puerperal: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, São Paulo, 2019, 30 (1): 29-38. <https://doi.org/10.35919/rbsh.v30i1.6>.
8. Jamali S, Rahmanian A, Javadpour S. Examining the sexual function and related attitudes among aged women: A cross-sectional study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 2016, 14 (1): 29-38.
9. Associação Brasileira de empresas de pesquisa. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/06/2021. Disponível em: https://www.abep.org/criterioBr/01_cceb_2021.pdf.
10. Del bianco TS, Souza ELC, Oliveira NSMN, Shikida PFA. A felicidade da população trabalhadora de Cascavel/PR segundo a métrica do índice de Felicidade Interna Bruta. *urbe*. *Revista Brasileira de Gestão Urbana*, Toledo, 2016, 8 (3): 390-406. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/urbe/a/SBgPhnZDy3gvP5mtcMd9z5M/?format=pdf&lang=pt>.
11. Pacagnella RC, Vieira EM, Junior OMR, Souza C. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008, 24 (2): 416-426. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200021>.
12. Mathias AERA, Pitangui ACR, Arantes VA, Freitas HGV, Vilela FMF, Dias TG. Disfunção sexual: Avaliação de mulheres durante o terceiro trimestre gestacional. *ABCS Health Sci.*, Santo André, 2015, 40 (2): 75-79. <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i2.734>.
13. Soares PRAL, Calou CGP, Ribeiro SG, Aquino OS, Almeida PC, Pinheiro A KB. Sexualidade em gestantes e fatores de risco associados. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, 2020, (73): 1-7, suppl. 4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/bFjK4GHj8tTnRtvMLJGvM7n/?format=pdf&lang=pt>.
14. Guendler JA, Katz L, Flamini MEDM, Lemos A, Amorim MM. Prevalence of Sexual Dysfunctions and their Associated Factors in Pregnant Women in an Outpatient Prenatal Care Clinic. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, São Paulo, 2019, 41 (9): 555–563. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1695021>.

15. Kohler BSM, Martins MP, Pivetta HMF, Braz MM. Disfunções sexuais nos três trimestres gestacionais. *ConScientiae Saúde*, São Paulo, 2017, 16 (3): 360-366.
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881627/7652-46770-2-pb.pdf>.
16. Lima AC, Dotto LMG, Mamede MV. Prevalência de disfunção sexual em primigestas, no Município de Rio Branco, Acre, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2013, 29 (8):1544-1554.
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00164012>.
17. Sacomori C, Cardoso FL, Wittkopf PG, Latorre GFS. Função sexual feminina na gestação. *Fisioterapia Brasil*, Rio de Janeiro, 2012, 13 (6): 458-462. Disponível em:
<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/584/1203>.
18. Bezerra IFD, Sousa VPS, Santos LC, Viana ESR. Comparação da qualidade vida em gestantes com disfunção sexual. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, São Paulo, 2015, 37 (6): 266-271.
<https://doi.org/10.1590/S0100-720320150005254>.
19. Troncon JK, Pandochi HAS, Lara LA. Abordagem da dor gênito-pélvica/penetração. *RBSH*, Ribeirão Preto, 2017, 28 (2): 69-74. DOI: <https://doi.org/10.35919/rbsh.v28i2.25>.
20. Silva JMM, Nóbrega JCL, Silva MSB. Disfunção sexual no período gestacional e sua relação com variáveis obstétricas. *Rev. Cienc. Saúde*, Itajubá, 2020, 10 (3): 46-50. Disponível em:
http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit_zero/article/view/871/553.
21. Leite APL, Campos AAS, Dias ARC, Amed AM, Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, 2009, 55 (5).
<https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000500020>.

Qualidade da informação sobre Fisioterapia Pélvica publicada no Instagram® para a população em geral



Alessandra Ayala¹, Samantha Pereira Duarte², Isadora Delavequia³, Gustavo F. Sutter Latorre⁴

RESUMO

Panorama: As mídias sociais são a principal fonte de informação dos brasileiros, com destaque para o Instagram®, mas não se conhece a qualidade das informações em saúde ali postadas. **Objetivo:** Estudar a qualidade das informações sobre Fisioterapia Pélvica postadas no Instagram®. **Método:** As 250 primeiras publicações de cada conjunto de 10 dias do mês de novembro de 2022, num total de 750, foram pesquisadas pela #fisioterapiapelvica, restritos pela aba “mais recentes”. Foram excluídas aquelas que tratavam de propaganda de cursos, apresentação de corpo clínico, vendas de equipamentos etc. O conteúdo de cada uma foi comparado à evidência científica mais alta disponível e classificado em correto, parcialmente correto ou incorreto. **Resultados:** Das 750 publicações amostradas, 73,4% foram excluídas, restando 199 postagens. Destas, 47,2% foram consideradas corretas, enquanto 52,8% foram consideradas parcialmente corretas ou incorretas. Os temas mais frequentes foram informativos gerais, seguidos por obstetrícia, dor e incontinência urinária. **Conclusão:** A qualidade científica da maioria das postagens sobre Fisioterapia Pélvica no Instagram® é ruim.

ABSTRACT

Background: Social media are the main source of information for Brazilians, especially Instagram®, but the quality of the health related information posted there still unknown. **Aims:** To study the quality of information about Pelvic Physiotherapy posted on Instagram®. **Method:** The first 250 publications of each set of 10 days in the month of November 2022, in a total of 750, were searched by #fisioterapiapelvica, restricted by the “most recent” tab. Those dealing with course advertising, clinical staff presentation, equipment sales, etc. were excluded. The content of each was compared to the highest available scientific evidence and classified as correct, partially correct or incorrect. **Results:** Of 750 publications sampled, 73.4% were excluded, leaving 199 posts. Of these, 47.2% were considered correct, while 52.8% were considered partially correct or incorrect. The most frequent topics were general information, followed by obstetrics, pain and urinary incontinence. **Conclusion:** The scientific quality of most posts about Pelvic Physiotherapy on Instagram® is poor.

¹ Fisioterapeuta Pélvica, Diretora de Mídia GLC Educação Continuada, Florianópolis/SC, Brasil. alessandra@perineo.net
² Fisioterapeuta Pélvica, Rede Perineo.net, Canoas/RS, Brasil. sampduarte@gmail.com
³ Fisioterapeuta Pélvica, Rede Perineo.net, Canoas/RS, Brasil. isadorapooock@gmail.com
⁴ Fisioterapeuta Pélvica, Doutor em Clínica Cirúrgica (UFRJ), Mestre em Fisioterapia. gustavo@perineo.net

INTRODUÇÃO

Estamos vivendo talvez a maior crise de informação de todos os tempos, onde a disseminação de notícia falsas, ou *fake news*, acabou assumindo proporções inéditas e assustadoras¹⁻². A divulgação de *fake news* não é novidade na história humana: foi utilizada pela igreja católica para manobrar politicamente o povo iletrado da idade média; mais tarde foi utilizada com sucesso pelos nazistas para convencer o povo, mal-informado, a apoiar o regime responsável por atrocidades indelévels e, mais recentemente, utilizada pelos governos russo^{1,3,4}, norte-americano^{1,5-7} e brasileiro^{1,8} em tentativa de estabelecer *ditaduras digitais*¹.

As *fake news* são atraentes porque nosso cérebro está adaptado a criar ou ouvir histórias e aceitá-las como verdade, especialmente pelo fato de sermos seres sociais e, portanto, acreditarmos em histórias aceitas pelo nosso grupo social, o que garante aceitação instantânea neste grupo, independentemente desta história ser verdade ou não¹. Ou, noutros termos, a quantidade de *likes* ou “joinhas” é muito mais atraente para nossa mente do que a verdade em si.

Durante quase um século a ciência conseguiu estabelecer uma forma de driblar este problema, colocando qualquer afirmação à teste, ou seja, toda afirmação necessita obrigatoriamente de comprovação por experiência, naquilo que ficou conhecido como Método Científico⁹. Este método parte de premissas simples: 1) não existe verdade absoluta (qualquer afirmação pode estar errada), 2) toda afirmação deve ser testada e experimentada de forma objetiva, 3) testes e experimentos devem ser publicados de modo claro e passível de reprodução^{10,11}. Contudo este método esteve a maior parte do tempo restrito ao pequeno grupo dos acadêmicos (professores e pesquisadores), sem muito eco fora dos muros das universidades, muito embora talvez seja justamente fora das universidades que a informação correta seja ainda mais relevante¹².

Com a expansão meteórica das tecnologias de informação, hoje o Brasil apresenta mais *smartphones* do que habitantes (242 milhões de celulares para 214 milhões de habitantes) pelo último censo¹³, e não só o acesso, mas a produção e publicação de qualquer tipo de informação nunca esteve tão fácil, rápida e volátil. Especificamente no Brasil as REDES SOCIAIS compõem uma das formas favoritas de atualização de informações¹⁴: são mais de 171 milhões de usuários ativos nas redes sociais, ou seja, 80% da população brasileira¹⁵. Dentre os veículos de informação mais populares no país está o Instagram®, mídia favorita para 85% dos brasileiros, atrás apenas do YouTube® com 89%¹⁴. O sucesso do Instagram® como fonte de informação para os brasileiros se deve

provavelmente ao fato deste permitir a criação de publicações simples e que satisfazem um tipo de leitura rápida, porém perigosa quando se trata da veracidade destas informações¹⁶.

Considerando o crescente interesse nos temas relacionados à Fisioterapia Pélvica pela população em geral; considerando o crescente volume deste tipo de informação postado nas redes sociais e; considerando ainda a preferência dos brasileiros pelas redes sociais como veículo de informação e atualização diária, o objetivo do presente estudo foi analisar a qualidade da informação sobre Fisioterapia Pélvica veiculada no Instagram®.

MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório de campo, qualitativo e transversal, que objetivou estudar a qualidade do material sobre Fisioterapia Pélvica divulgado na mídia social Instagram® para o público em geral. Foram incluídas publicações entre 1 e 30 de novembro de 2022, em qualquer idioma, acessadas pela barra de buscas do Instagram® por meio da *hashtag* #fisioterapiapelvica, restritas pela aba “Mais Recentes” fornecida pela própria plataforma. Do total destas publicações foram excluídas aquelas que não traziam informações diretas sobre Fisioterapia Pélvica, ou seja, que não traziam conteúdo de divulgação de temas relacionados às técnicas de fisioterapia pélvica, como por exemplo informações de outras especialidades da fisioterapia, apresentação de corpo clínico, calendário de aulas ou de venda de equipamentos, ou sobre saúde genital em geral mas sem citar técnicas de Fisioterapia Pélvica, aproveitando-se da *hashtag* #fisioterapiapelvica. Foi utilizada uma conta especialmente criada para este estudo, a fim de evitar que o perfil utilizado estivesse bloqueado ou restrito por qualquer conta relacionada à Fisioterapia Pélvica.

Dado ao grande volume de publicações, os artigos resultantes foram então amostrados da seguinte forma: as primeiras 250 publicações dos primeiros 10 dias do mês (dias 01 a 10), as primeiras 250 publicações do meio do mês (dias 11 a 20) e as 250 primeiras dos últimos 10 dias do mês (dias 21 a 30). A amostra total constou, portanto, de **750 publicações do mês de novembro de 2022**, amostradas em cada um dos terços daquele mês.

Todas as publicações da amostra foram então lidas por duas revisoras independentes, e seu conteúdo organizado em uma tabela constando: TEMA, CONTEÚDO e LINK. Reunião de consenso foi utilizada no caso de divergências de inclusão. Finalizada esta etapa o grupo de pesquisadores confrontou o conteúdo de cada publicação com as referências científicas disponíveis, em ordem

hierárquica de nível de evidência de acordo com o “Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisões em saúde” do Ministério da Saúde (2014)¹⁷. Duas novas colunas foram incluídas então para cada artigo: FUNDAMENTAÇÃO (o que o nível de evidência mais alto disponível diz a respeito do tema da publicação) e CONCLUSÃO (correto, parcialmente correto ou incorreto). A presente revisão, por consenso dos revisores, considerou também como INCORRETAS as publicações baseadas em afirmações para as quais não foi encontrado embasamento científico. Esta decisão, foi baseada na crença da equipe de que, profissionais de saúde, são vistos pela população em geral como autoridades na área e, dada a responsabilidade social daí advinda, devem fundamentar cientificamente suas afirmações. O nível de evidência [D] (opinião de especialista), portanto, foi desconsiderado para os propósitos desta revisão. A tabela final (sem a coluna link, para manter a privacidade dos perfis) está disponível para [consulta](#). Estatística descritiva foi utilizada para as inferências finais e resposta da questão geratriz da presente revisão.

RESULTADOS

As buscas brutas retornaram mais de 2.507 publicações para o todo o mês de novembro de 2022. A amostragem foi constituída, portanto, por 30% do total de postagens daquele mês (750 publicações). Destas, mais da metade (551 publicações, 73,4%) foi excluída por se tratar de publicidades de cursos, palestras e afins (29,8%), agendas de cursos e eventos (9,5%), publicações de outras áreas que sequer citavam a Fisioterapia Pélvica (27,8%) e outros (6,3%). Um total de 199 postagens, portanto, constituiu o banco de dados sobre o qual foi analisada a qualidade dos conteúdos, organizadas para consulta na [Tabela 1](#).

Os temas mais frequentes foram informativos gerais sobre o que é a Fisioterapia Pélvica ou onde atua, (30,1%), seguido de Fisioterapia Pélvica em obstetrícia (20,6%), Fisioterapia Pélvica na dor genital (17%), Fisioterapia Pélvica na incontinência urinária (14,5%), e outros (17,7%). A precisão do conteúdo, quando comparado à evidência disponível, foi baixa: apenas 47,2% foram consideradas corretas, enquanto 16,5% foram consideradas parcialmente corretas e 36,1% incorretas. As mais frequentes postagens incorretas falaram sobre tratamentos para dor genital sem base na evidência, tratamento para diástase abdominal, prescrição de exercícios não supervisionados, que hipoatividade do assoalho pélvico é responsável pela maioria das disfunções, que Fisioterapia Pélvica evita parto Cesário, que Fisioterapia Pélvica previne incontinência urinária por conta de

atividade física e que a via de parto não influencia nos riscos de incontinência lesão do assoalho pélvico.

DISCUSSÃO

A principal finalidade da ciência é perceber e entender os fenômenos da natureza sendo, portanto, ferramenta indispensável para respostas que satisfaçam as necessidades sociais¹⁸. Deste modo, a ciência que não da gaveta, ou seja, restrita apenas ao pequeno círculo dos pesquisadores¹², sem chegar enfim à população em geral, não está cumprindo seu papel no mundo real ou, no mínimo, atrasando em demasiado qualquer potencial progresso neste sentido.

Neste sentido o crescimento meteórico da divulgação científica na internet¹³, em particular nas mídias sociais¹⁴⁻¹⁵, pode ser entendido como um facilitador do processo de divulgação pelo qual as informações, inclusive as científicas, chegam até a população¹⁹. Todavia, a facilidade na divulgação de informações via internet não serve apenas para o conhecimento científico, para também para o pseudocientífico (qualquer informação que apresenta falsamente como baseada em fatos científicos), o obscurantista (informação com o claro propósito de confundir ou desviar a atenção do leitor da realidade) e o negacionista (a escolha de negar a realidade como forma de escapar de uma verdade desconfortável)²⁰.

O resultado é uma guerra midiática entre informações falsas e reais, cujos prejuízos podem ser, mais do que fatais, genocidas. Isto é mais facilmente observado em situações extremas, como a pandemia que marcou o começo da presente década, onde a pseudociência e o obscurantismo, tal e qual na idade média, atravancaram o conhecimento²⁰, resultando na catástrofe mundial que, particularmente no Brasil, foi responsável pelos 690 mil de mortes²¹ que estarão marcados indelevelmente em todos os livros de história daqui por diante.

Como se não bastasse, aliada a motivações obscurantistas e pseudocientíficas reside ainda mais um vilão para a divulgação de fatos: a validação ou reconhecimento necessários para nossos egos sejam massageados nas mídias sociais, afinal, uma publicação tem pouca ou nenhuma validade pessoal se a quantidade de *likes* e compartilhamentos não for suficiente. Nesta dinâmica social esconde-se a sedutora armadilha de renunciar à precisão ou veracidade da informação para dar preferência a distorções, menos reais, mas mais susceptíveis à aprovação imediata de nosso grupo social vinculado àquela rede. Este, hoje, pode ser considerado o principal combustível das *fake news*, muito semelhante àquele que move o nada novo *negacionismo* (negar a realidade para abraçar o mais

agradável). São os problemas oriundos deste tipo de situação que motivaram, no Brasil, à criação de entidades de checagem em tempo real de informações veiculadas na internet, como o Projeto Comprova²³ e o recém-criado Instituto Vero²².

Os ramos da saúde, como é o caso da nossa Fisioterapia Pélvica, não estão imunes às *fake news* e ao negacionismo. Muito pelo contrário, nosso campo é território fértil para a disseminação de conteúdo falso, por exemplo por interesses puramente comerciais. De fato, Droescher e Silva apontam, em conclusão, que fatores ligados a uma cultura empresarial têm influenciado, sobremaneira os processos de divulgação científica, particularmente no Brasil¹⁸. Em inferência de todo o exposto identificamos, portanto, três grandes grupos de motivadores de *fake news*: INTERESSES COMERCIAIS (abrir mão da realidade para vender mais), PURO EGO (abrir mão da realidade para ser mais facilmente validado por mais *likes*), ou PURA DESINFORMAÇÃO (errar a informação por insuficiência no conhecimento técnico sobre o tema). Autores de conteúdo digital deveriam estar, portanto, sempre atentos a estes vieses, estas armadilhas que fazem parte da mente de cada um de nós, mas que no fim terminam causando mais problemas do que solução, não somente no aspecto pessoal, mas sobre toda a sociedade.

Preocupantemente nosso estudo apontou que a maioria das publicações sobre conteúdos técnicos da Fisioterapia Pélvica para a população em geral estiveram [incorretas] ou [parcialmente corretas], de acordo com a metodologia definida para este estudo. Menos da metade (47,2%) pôde ser considerada [correta] de acordo com as evidências disponíveis, enquanto a maioria (52,8%) foi considerada incorreta ou parcialmente correta. Esta falha não pode ser atribuída às fisioterapeutas pélvicas produtores de conteúdo digital, mas também à comunidade científica envolvida com a Fisioterapia Pélvica, ao falhar na entrega do conhecimento para as profissionais produtoras de conteúdo. Mais uma vez, o conhecimento científico que não deixa os muros das universidades, tem pouca ou nenhuma utilidade. Melhores estratégias não só para a produção, mas para a divulgação científica, se fazem urgentes numa época onde as *fake news* têm causado crescentemente mais problemas do que o aceitável.

CONCLUSÃO

A maioria das informações contidas em publicações técnicas sobre Fisioterapia Pélvica no Instagram® parece estar incorreta ou parcialmente correta. Menos da metade das informações

veiculadas foi precisa do ponto de vista da prática baseada em evidência.

Há hoje três grandes grupos de motivadores de *fake news*: INTERESSES COMERCIAIS (abrir mão da realidade para vender mais), PURO EGO (abrir mão da realidade para ser mais facilmente validado por mais *likes*), ou PURA DESINFORMAÇÃO (errar a informação por insuficiência no conhecimento técnico sobre o tema). Estes vieses deveriam ser considerados por todo criador e compartilhador de conteúdo digital, no momento da criação ou do compartilhamento de informações.

REFERÊNCIAS

1. Harari YN. 21 lições para o século XXI: cap. 17: Pós-verdade: algumas *fake news* duram para sempre. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.
2. Jardine E. The Rise of Misinformation - In the Era of Fake News (2022). Link: https://www.cigionline.org/articles/beware-fake-news/?utm_source=google_ads&utm_medium=grant&gclid=EAlalQobChMI9MGYIMXR-wIVDFKRCh31swAHEAAYAiAAEglrF_D_BwE
3. Wikipedia. Russian web brigades. Link: https://en.wikipedia.org/wiki/Russian_web_brigades
4. CNN Brasil (Fev 2022). União Européia se reunirá com Google e YouTube para deter fake news sobre guerra na Ucrânia. Link: cnnbrasil.com.br/internacional/eu-se-reunira-com-google-e-youtube-para-deter-fake-news-sobre-guerra-na-ucrania/
5. Sanderson Z, Brown M, Bonneau R, et al. Twitter flagged Donald Trump's tweets with election misinformation: They continued to spread both on and off the platform. Misinformation Review (2021), Harvard Kennedy School. Link: <https://misinforeview.hks.harvard.edu/article/twitter-flagged-donald-trumps-tweets-with-election-misinformation-they-continued-to-spread-both-on-and-off-the-platform/>
6. CNN (Jan 2021). YouTube is suspending President Donald Trump's channel. Disponível em: <https://edition.cnn.com/2021/01/12/tech/youtube-trump-suspension/index.html>
7. G1 (Nov 2020). Relembra as mentiras mais famosas de Trump. Link: <https://g1.globo.com/mundo/eleicoes-nos-eua/2020/noticia/2020/11/09/relembra-as-mentiras-mais-famosas-de-trump.ghtml>
8. Viscardi JM. Fake news, verdade e mentira sob a ótica de Jair Bolsonaro no Twitter. Dossiê - Trab. linguist. apl. 59 (2), May-Aug 2020. Link: <https://www.scielo.br/j/tla/a/HWYM3LcW7yVtMY9ZbK8CWzs/?lang=pt>
9. Sagan C. O mundo assombrado pelos demônios: a ciência vista como uma vela no escuro. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
10. Popper Karl R. The logic of scientific discovery. London: Hutchinson of London; 1959.
11. Popper Karl R. Conjectures and refutations. The growth of scientific knowledge. London: London Routledge and Kegan Paul; 1963.
12. Albagli S. (1996). Divulgação científica: Informação científica para cidadania. Ciência Da Informação, 25(3). <https://doi.org/10.18225/ci.inf.v25i3.639>

13. CNN Brasil (Mai 2022). Brasil tem mais smartphones que habitantes, aponta FGV. Link: <https://www.cnnbrasil.com.br/business/brasil-tem-mais-smartphones-que-habitantes-aponta-fgv/#:~:text=S%C3%A3o%20242%20milh%C3%B5es%20de%20celulares,a%201%2C6%20por%20pessoa>.
14. Convergência Digital (Abr 2022). No Brasil, 159 milhões usam redes sociais diariamente. YouTube é o campeão. Link: <https://www.convergenciadigital.com.br/Internet/No-Brasil%2C-159-milhoes-usam-redes-sociais-diariamente.-YouTube-e-o-campeao-59919.html?UserActiveTemplate=mobile>
15. Rodrigues J. Pesquisa indica recursos mais relevantes de mídias sociais + 95 estatísticas de redes em 2022. Resultados Digitais (Ago 2022). Link: <https://resultadosdigitais.com.br/marketing/estatisticas-redes-sociais/#:~:text=Estat%C3%ADsticas%20gerais%20de%20Redes%20Sociais,usu%C3%A1rios%20de%202021%20para%202022>.
16. AlmeidaTLJ. Instagram: análise crítica das postagens jornalísticas através da Teoria da Relevância. Entrepalavras, Fortaleza, v. 11, n. 2, e2045, p. 1-20, maio-ago./2021. DOI: 10.22168/2237-6321-22045.
17. Ministério da Saúde. Diretrizes Metodológicas: manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisões em saúde. Brasília (2014) 74 p. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_sistema_grade.pdf
18. Droscher FD, Silva ED. O pesquisador e a produção científica. *Perspect. ciênc. inf.* 19 (1) Mar 2014. <https://doi.org/10.1590/S1413-99362014000100011>.
19. Mateus W, Gonçalves C. Discutindo a divulgação científica: o discurso e as possibilidades de divulgar ciência na internet. *Revista Areté: Ver Amaz Ens de Ciências, [S.l.]*, v. 5, n. 9, p. 29-43, abr. 2017. ISSN 1984-7505. Disponível em: <<http://periodicos.uea.edu.br/index.php/arete/article/view/45>>. Acesso em: 02/12/22.
20. Escobar H. A ciência contra o negacionismo. *Jornal da USP - Universidade de São Paulo*. <https://jornal.usp.br/ciencias/a-ciencia-contra-o-negacionismo/>. Acesso em: 02/12/22.
21. John Hopkins University: COVID-19 Data Repository by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University. <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>. Acesso em 02/12/22.
22. Comprova: Jornalismo colaborativo contra a desinformação. <https://projeto comprova.com.br/>. Acesso em 02/12/22.
23. Instituto Vero: pesquisadores e criadores de conteúdo que se uniram para ajudar a transformar a Internet em um ambiente mais saudável e sustentável para todos. <https://www.vero.org.br/>. Acesso em 02/12/22.

Fisioterapia Pélvica nas disfunções pós Cirurgia de Transgenitalização em Mulheres Trans: Revisão Integrativa



Kévla Mabel Gomes Fonseca¹, Marília Nadja Carvalho Rebouças² e Juliana da Silva Grippo Dantas³

RESUMO

Panorama: Pessoas transgêneros são aquelas cujas identidades de gênero divergem daqueles almejados para o sexo que lhe foi atribuído ao nascer. Uma mulher transexual é toda pessoa que reivindica o reconhecimento como mulher. Entre pessoas transexuais, algumas optam por realizar a cirurgia de transgenitalização. **Objetivo:** Reunir e analisar trabalhos voltados para atuação da fisioterapia no pós-operatório da cirurgia de transgenitalização. **Método:** Revisão integrativa sobre os principais disfunções apresentadas no pós operatório da cirurgia de transgenitalização; busca nas bases de dados Scielo, PubMed, PEDro pelos descritores: “mulheres trans”, “assoalho pélvico”, “fisioterapia”, “pelvic floor”, “transgender people”, “physical therapy modalities”. **Resultados:** Encontrados 20 artigos, 6 incluídos. **Discussão:** As cirurgias podem gerar disfunções urinárias, anorretais e sexuais. Apesar de forte atuação da Fisioterapia Pélvica para estas disfunções em mulheres cis, a atuação e produção científica para mulheres trans é escassa. **Conclusão:** Recursos da Fisioterapia Pélvica já existentes devem beneficiar a população trans, porém ainda se observa uma escassez na literatura voltada esta população.

ABSTRACT

Background: Transgender people are those whose gender identities differ from those intended for the sex they were assigned at birth. A transgender woman is every person who claims recognition as a woman. Among transgender people, some choose to undergo gender reassignment surgery. **Aims:** To gather and analyze works focused on the performance of physiotherapy in the postoperative period of reassignment surgery. **Method:** Integrative review on the main dysfunctions presented in the postoperative period of reassignment surgery; search in the Scielo, PubMed, PEDro databases for the descriptors: “trans women”, “pelvic floor”, “physiotherapy”, “pelvic floor”, “transgender people”, “physical therapy modalities”. Results: Found 20 articles, 6 included. **Discussion:** Surgeries can cause urinary, anorectal and sexual dysfunctions. Despite the strong performance of Pelvic Physiotherapy for these dysfunctions in cis women, the performance and scientific production for trans women is scarce. Conclusion: Pelvic Physiotherapy resources that already exist should benefit the trans population, but there is still a shortage in the literature aimed at this population.

Submissão: 07/11/2022

Aceite: 28/11/2022

Publicação: 00/00/0000

¹ Bacharel em fisioterapia, Faculdade Católica do Rio Grande do Norte (FCRN), Brasil. kevlamabel16@gmail.com
² Bacharel em fisioterapia, Faculdade Católica do Rio Grande do Norte (FCRN), Brasil. marilia_nadja@hotmail.com
³ Docente do Curso de fisioterapia, Faculdade Católica do Rio Grande do Norte (FCRN), Brasil. jugrippodantas@gmail.com

INTRODUÇÃO

As categorias de corpo/sexo/sexualidade são estabelecidas socialmente, baseada na teoria dicotômica masculino/feminino. Entretanto, nas últimas décadas, a transgeneridade ganhou projeção modificando as ideias de gênero¹. Em toda história sempre existiram identidades de gênero distintas do status quo. No século XXI, com a organização e militância dos movimentos sociais que lutam por direitos dos grupos LGBTQIA+, nota-se que a “invisibilidade” foi quebrada ampliando a circulação social de transexuais de diversas idades, classes sociais, crenças religiosas e etnias.

Pessoas transgêneros são aquelas cujas identidades de gênero, expressões ou comportamentos divergem daqueles almejados para o sexo que lhe foi atribuído ao nascer². O termo pessoa transgênero faz referência a um grupo de indivíduos que se reconhecem dentro de identidades de gênero estabelecidas socialmente. São determinantes, além dos conceitos arraigados a respeito da identidade homem e mulher, a identidade de gênero que diverge daquela atribuída biologicamente, sendo incluídos travestis e transexuais³.

Uma mulher transexual é toda pessoa que reivindica o reconhecimento como mulher. Homem transexual é toda pessoa que reivindica o reconhecimento como homem. Ao contrário do que alguns pensam, o que determina a condição transexual é como as pessoas se identificam, e não um procedimento cirúrgico⁴. Entre pessoas transexuais, algumas optam por realizar a cirurgia de transgenitalização, e/ou passam pelo processo de hormonização, com o intuito de alterar suas características sexuais primárias e secundárias para tornar seu corpo o mais próximo possível do gênero desejado⁵. Grande parte dessa população convive com a transfobia que comumente resulta em sua marginalização, discriminação e estigma⁶. Um exemplo das consequências desse cenário é relatado pelo dossiê da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), que aponta o Brasil como o país que mais mata pessoas trans no mundo⁷.

No campo de saúde, o Ministério da Saúde (MS) introduziu, em 2008, o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), já em 2013, criou-se o primeiro ambulatório de saúde integral a Travestis e Transexuais, o TT, no estado da Paraíba, que virou referência para os demais estados. Com a criação do TT, surgiram outros movimentos em prol desta população, como a Semana da Visibilidade Trans⁸. Apesar do avanço, o Sistema de Saúde ainda necessita de inúmeras iniciativas para um atendimento adequado dessa população, Rocon e outros (2018), em sua revisão

revelam um cenário de discriminação, patologização da transexualidade e acolhimento inadequado, por profissionais de saúde e instituições. Como consequência, há baixa procura dos serviços de saúde da atenção primária pelos transgêneros, podemos falar em um problema bilateral, um serviço excludente que seus usuários passam a evitar com menos procura dos serviços, também menores os investimentos em políticas públicas na área da saúde⁹. Em relação às pesquisas, no geral, envolvem os procedimentos do processo transexualizador e questões de saúde pública, como o HIV, contudo ainda há poucos estudos sobre a saúde geral de transgêneros¹⁰.

Tendo em vista o contexto biopsicossocial vivido pela população transgênero e suas consequências, ainda existe o fato de ter uma escassez de dados epidemiológicos sobre a prevalência de doenças como hipertensão arterial sistêmica, diabetes e obesidade, tão pouco como distúrbios ginecológicos e dores musculoesqueléticas, que dificulta ter um panorama sobre o estado de saúde geral desta população¹¹.

No que diz respeito à cirurgia, a redesignação sexual (CRS) ou afirmação de gênero, é o procedimento específico para pessoas diagnosticadas com disforia de gênero, cujo objetivo é estabelecer aos transexuais a completa interação entre corpo, mente e identidade sexual⁹. A redesignação sexual de masculino para feminino é um método cirúrgico realizado para a reafirmação de gênero caracterizado por diferentes métodos cirúrgicos, porém a mais utilizada é a orquiectomia, que consiste na retirada dos testículos, criação da cavidade da neovagina, vaginoplastia, revestimento da cavidade, reconstrução do hiato uretral, construção dos pequenos lábios e grandes lábios, além da formação clitoris¹².

Assim, como todas as cirurgias, há diversas complicações que podem ocorrer como consequência¹². Se tratando da fisioterapia, existe uma forte e ampla atuação clínica desta área junto às mulheres cis no que se refere às disfunções do assoalho pélvico e sexual, além de vasta e robusta produção científica nesta área. Assim percebe-se que é necessária uma reflexão e educação destes profissionais em relação às demandas da população trans, o fisioterapeuta junto da equipe de saúde pode favorecer o planejamento e oferecer os cuidados adequados ao longo do processo de readequação sexual. Assim, o presente estudo teve como objetivo reunir e analisar as possíveis disfunções que podem ser apresentadas após a CRS e como o fisioterapeuta pode intervir.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura integrativa, que é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais, e também combinando dados da literatura teórica e empírica, incorporando assim um vasto leque de propósitos, e qualitativa sobre as disfunções do assoalho pélvico pós cirurgia de redesignação sexual (CRS) e a atuação da fisioterapia nesses casos, seguindo as etapas de identificação do problema e da temática, seleção dos artigos por meio de critérios de inclusão e exclusão, análise e extração dos dados, interpretação dos resultados e, por fim, apresentação da revisão.

Foram realizadas pesquisas entre abril/2022 e maio/2022 em bases de dados eletrônicas como: Physiotherapy Evidence Database (PEDro), U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram selecionados na Descritores em Ciências da Saúde (DECS) cadastrados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), os descritores “transexualidade”, “mulheres trans”, “assoalho pélvico”, “fisioterapia”, “pelvic floor”, “transgender people”, “transexualism”, “physical therapy modalities”.

Os artigos selecionados se encaixaram nos critérios de inclusão: ser classificado como estudo descritivo, observacional ou relato de caso, ter sido publicado entre 2012 – 2022. Foram excluídos artigos que não abordavam a fisioterapia e/ou procedimento de CRS em mulheres trans.

RESULTADOS

Na primeira busca, nas três bases de dados, foram encontrados 20 artigos, após leitura 14 foram excluídos, pois não englobavam os temas da CRS e/ou a atuação da fisioterapia pós CRS. Restaram assim 6 artigos que se enquadram e atendem as propostas deste estudo.

Fluxograma 1: Análise quantitativa dos artigos encontrados.

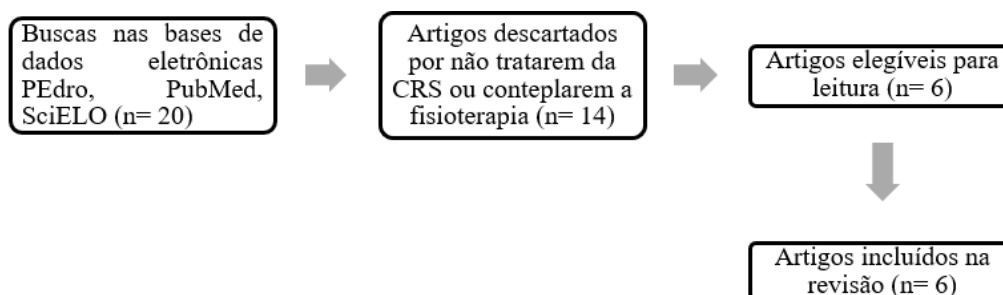


Tabela 1: Resumo dos estudos utilizados na revisão.

TÍTULO/ AUTOR ANO/ PAÍS	AMOSTRA METODOLOGIA	ACHADOS	RECURSOS DA FISIOTERAPIA	CONCLUSÃO
A intervenção fisioterapêutica na reabilitação pós cirurgia de redesignação de sexo masculino para feminino: relato de caso. BEZERRA, 2020, Brasil.	Uma mulher transexual de 48 anos de idade realizou a cirurgia em 2003. Fez uso de vibrador no por 3 meses no pós operatório	Ressecamento vaginal, estenose vaginal, falta de consciência perineal. Contração dos músculos do assoalho pélvico com uso da musculatura acessória e apneia	Dilatador vaginal. Eletroterapia transvaginal por 8 sessões	Apresenta melhora clínica e compensação das possíveis complicações tardia pós-operatório.
Assistência fisioterapêutica na qualidade de vida de mulheres transgênero submetidas à cirurgia de transgenitalização: uma série de casos. LEMOS et al., 2021, Brasil.	Seis mulheres transgêneros submetidas à cirurgia, idade média de 30 anos	Diminuição de força de contração do assoalho pélvico. Metade relatou sintomas de perda urinária	Terapia manual, cinesioterapia, biofeedback, dilatador vaginal	Houve aumento em todos os parâmetros de avaliação: 50% da amostra aumentou força muscular, e todas apresentaram aumento na resistência de contração. Cessamento dos sintomas urinários. Metade da amostra apresentou aumento de 1 cm de comprimento do canal da neovagina
Avaliação fisioterapêutica do assoalho pélvico de uma mulher transexual pós-cirurgia de redesignação sexual: relato de caso. PAIVA JUNIOR P., 2018, Brasil.	Mulher transexual, 40 anos, realizou a cirurgia em 2018. Fez acompanhamento com equipe multiprofissional, incluindo fisioterapeuta uroginecologista, no pré e pós operatório	Paciente não apresentou queixa de dor, tônus e força muscular dos músculos do assoalho pélvico estavam normais, capacidade de contração e coordenação presentes	Na fisioterapia realizou massagem perineal, biofeedback anal, eletroestimulação do nervo tibial e exercícios domiciliares orientados pela fisioterapeuta que a atendia	Como a paciente teve acompanhamento da fisioterapia no pós operatório, a mesma não apresentou disfunções ou complicações tardias que são descritas na literatura
Avaliação da anatomia do assoalho pélvico para vaginoplastia de homem-para-mulher e o papel da fisioterapia nos resultados funcionais e relatados pelo paciente. J. MANRIQUE et al., 2018, EUA.	Trinta pacientes, que realizaram terapia no pós operatório da cirurgia	Vinte apresentaram alteração na função intestinal, dezesseis apresentaram sintomas na função urinária, treze apresentaram queixas durante a relação sexual. Entre os sintomas os principais foram	A fisioterapia envolvendo educação do paciente, terapia manual, exercícios terapêuticos em casa e treinamento neuromuscular tornou-se a base do tratamento para a disfunção do assoalho pélvico	Uma redução significativa nos sintomas em foi observada em acompanhamento 6 meses após a cirurgia com fisioterapia. Houve resolução completa dos sintomas em 8 pacientes (26,7%) e todos os pacientes relataram algum nível

		constipação, inchaço, IU urgência, dor pélvica não relacionada à relação sexual e dor na região inferior do abdômen		de melhora. Isso indicou que os sintomas das pacientes após a terapia tiveram menos impacto em sua vida diária.
Implementação de um programa de fisioterapia do assoalho pélvico para mulheres transgênero submetidas à vaginoplastia de afirmação de gênero. JIANG et al., 2019, EUA.	Sessenta e cinco pacientes que atenderam a fisioterapia após a cirurgia.	No pós-operatório, 18 pacientes (36%) apresentaram disfunção muscular do assoalho pélvico, 14 (28%) disfunção urinária, dos quais três relataram incontinência urinária de esforço transitória e 11 (22%) disfunção intestinal (todos na forma de constipação).	Os fisioterapeutas educam sobre a função e a anatomia do assoalho pélvico e fornecem conselhos práticos sobre a dilatação, como o posicionamento do corpo para facilitar o relaxamento da musculatura pélvica. Com dilatadores vaginais os pacientes são instruídos a realizar a dilatação três vezes ao dia por 30 minutos cada sessão	Foi concluído que uma equipe de fisioterapia complementa muito a equipe cirúrgica e de enfermagem e aprimora o atendimento ao paciente, fornecendo suporte e habilidades adicionais para obter cuidados de melhor qualidade para o paciente, e deve ser incluída na abordagem multidisciplinar
Complicações da Vaginoplastia. CECILE A. FERRANDO, 2018, EUA.	Revisão bibliográfica sobre as complicações da vaginoplastia e as complicações clínicas sobre os pacientes.	Sintomas: Estenose neovaginal; necrose parcial da vagina e clitóris, dor genital, lesão retal, prolapso neovaginal, estenose meatal uretral, alteração na função miccional, incontinência urinária, deiscência da ferida, abscessos locais, hematoma, retardo na cicatrização da ferida, infecções da bexiga e sangramento pós-operatório.		A fisioterapia é útil para ajudar a controlar os sintomas urinários, bem como dor pélvica, também atua quando se tem hipertonicidade, espasticidade, sensibilidade, e ruptura dos músculos que levam a disfunções do assoalho pélvico.

Fonte: elaborada pela autoras (2022)

DISCUSSÃO

Nesta revisão foi observada a escassez de estudos envolvendo a população trans, mesmo na área da saúde ainda há transfobia e falta de preparo por parte dos profissionais para atender esta população. Segundo Manrique et al. (2018)¹³⁻¹⁴ [C] a vaginoplastia vem sendo a técnica mais utilizada em cirurgias de readequação de sexo, pois permite a formação da genitália feminina externa e a cavidade vaginal. Porém apesar de ser uma das técnicas mais utilizadas, tem como desvantagens, o

uso prolongado de dilatadores, contração do canal vaginal, mau cheiro e a necessidade de lubrificação para a relação sexual. Nessa perspectiva ainda segundo Manrique et al. (2018)¹³⁻¹⁴ [C] as diferentes técnicas tem que ser conversadas com a paciente, pois é um procedimento que vai além da estética, afeta também na qualidade de vida, saúde mental e sexual.

Jiang et al (2019)¹⁵ [C] fala de fisioterapia pélvica no planejamento do pré operatório, avaliando as condições do assoalho pélvico, identificando limitações funcionais e analisando os padrões de micção e defecação. Cinco dos artigos utilizados nesta revisão apontaram disfunções no assoalho pélvico após a CRS, sendo eles alterações nas funções urinárias, incontinência urinária, dor, prolapso vaginal, necrose meatal. Ferrando (2018)¹⁶ [D] aponta um consenso com os sintomas apresentados, acrescentando, necrose parcial da vaginal, necrose clitoriana, incidência de feridas, abscessos locais. Esses problemas podem interferir na vida da paciente de forma que seja necessário passar por diversas drenagens no local, fazendo com que o processo de cicatrização seja mais demorado e até mesmo mais doloroso, além da necessidade de realizar a dilatação diariamente, Ferrando (2018)¹⁶ [D] então, aponta que é necessário que antes da realização do procedimento a paciente passe por um profissional para entender como funciona e para que serve o dilatador vaginal, além da forma correta de introduzi-lo.

Jiang et al (2019)¹⁵ [C], Manrique et al (2018) [C]¹⁴ e Bezerra (2020) [C]¹⁸ observaram que complicações decorrentes da cirurgia, como estenose da neovagina, deiscência cicatricial, prolapso de órgãos pélvicos e necrose, são comuns, sendo assim o fisioterapeuta tem papel fundamental no tratamento.

A estenose vaginal é caracterizada pelo estreitamento ou encurtamento anormal da vagina, podendo gerar dispareunia e impacto negativo na função sexual. Outra complicação recorrente da cirurgia, relatada pelas pacientes nos trabalhos de Lemos et al (2021)¹⁷ [C], Manrique et al (2018) [C]¹⁴ e Jiang et al (2019)¹⁵ [C], é a incontinência urinária (IU), caracterizada pela perda involuntária da urina devido a alteração na fisiologia da micção ou nas estruturas anatômicas envolvidas no mecanismo de continência. Pode ser classificada em incontinência de esforço, de urgência ou mista. A IU de esforço ocorre em momentos em que há aumento da pressão intra abdominal, como por exemplo, durante o espirro ou tosse, a de urgência acontece a partir de um desejo iminente de urinar.

Paiva (2018)¹⁹ [C] aponta que a paciente foi atendida por uma equipe multiprofissional, incluindo fisioterapeuta, sendo assim não apresentou na avaliação os sintomas e disfunções que são descritos na literatura. Bezerra (2020)¹⁷ [C] teve bons resultados fazendo dilatação progressiva com uso dos dilatadores vaginais, e o uso da eletroterapia transvaginal para o estímulo da contração dos músculos do assoalho pélvico, obtendo distensibilidade de 5,9 cm no comprimento vaginal.

Na série de casos Lemos et al (2021)¹⁷ [C], 6 pacientes foram submetidas ao tratamento utilizando terapia manual, biofeedback, cinesioterapia e o uso de dilatadores vaginais. Todas as 6 apresentaram aumento na resistência de contração e de quantidade de contrações resistidas, metade aumentou força muscular, tiveram cessamento dos sintomas de perda urinária, apresentaram aumento de 1cm de comprimento no canal da neovagina, também foi observado aumento na qualidade de vida.

Manrique et al (2018)¹⁴ [C] observou que após 6 meses de acompanhamento houve uma redução dos sintomas urinários, intestinais e dor, como também a resolução completa em 8 pacientes. Jiang et al (2019)¹⁵ [C] a atuação no pós-operatório incluiu, além de dilatação da neovagina e melhora da função dos músculos do assoalho pélvico, a educação sobre anatomia e função do assoalho pélvico, exercícios domiciliares, incluindo exercícios respiratórios junto com contração coordenada do assoalho pélvico e alongamentos da região lombo-pélvica que auxiliam na obtenção das posições necessárias para a inserção ativa do dilatador. Com o uso dos dilatadores foi observado que 89% das voluntárias conseguiram seguir uma rotina de progressão da dilatação da neovagina e atingiram o resultado esperado em três meses.

Para Ferrando (2018)¹⁶ [D], a fisioterapia se torna útil nos casos de ruptura da musculatura, que leva a disfunções do assoalho pélvico, o que resulta em sintomas urinários e sintomas miccionais. Além de quando revelada uma hipertonicidade, espasticidade e sensibilidade. Apesar de nenhum dos trabalhos terem abordado a função sexual de forma mais ampla, tanto a estenose da neovagina quanto as incontinências podem ser causadoras de disfunção sexual, conceituada como qualquer alteração que prejudique a função sexual, tendo origem biológica, psicológica ou sociocultural, afetando qualquer fase da resposta sexual.

CONCLUSÃO

Foi observado que as cirurgias de readequação sexual podem apresentar complicações na parte pélvica, urinária, intestinais e sexuais. As produções científicas sobre o cuidado da fisioterapia com a mulher trans, especialmente citando protocolos e métodos de tratamento, são escassas, porém as existentes trazem resultados promissores. Portanto fica evidente a necessidade de mais estudos metodológicos acerca desta população.

REFERÊNCIAS

1. Sampaio L L, Coelho M T. Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde [Tese on the Internet]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2012 [cited 2021 Nov 14]. 18 p. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000300005>. Available from: <https://www.scielo.br/j/icse/a/NRwDDXgnRXHPdLXCmhvjMv/abstract/?lang=pt>
2. Modesto E. Transgeneridade: um complexo desafio. Via atl. [Internet]. 24 de dezembro de 2013 [cited 2021 Nov 15]. 16 p. DOI <https://doi.org/10.11606/va.v0i24.57215>. Available from: <https://www.revistas.usp.br/viaatlantica/article/view/57215>
3. Silva M J, Bezerra A D, Sousa R A, Ferreira F P, Fernandes F F. (Trans)pondo os limites do corpo e da mente estudo sobre transgeneridade [Dissertação on the Internet]. Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande; 2016 [cited 2021 Nov 16]. 12 p. Available from: <https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/18296>
4. Nogueira S N, Aquino T A, Cabral E A. Dossiê: A Geografia dos Corpos das Pessoas Trans. Brasil: Rede Trans Brasil, 2017. 79 p
5. Peres W S, Toledo L G. Dissidências existenciais de gênero: resistências e enfrentamentos ao biopoder [Tese on the Internet]. Rev. psicol. polít., Florianópolis: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima; 2011 [cited 2021 Nov 16]. 17 p.
6. Martinez-Velez et al., 2019; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012.
7. Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020 / Bruna G. Benevides, Sayonara Naider Bonfim Nogueira (Orgs). – São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2021
8. Ministério da Saúde (BR), Portaria n°. 2.836, de 1 de dezembro de 2011. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Diário Oficial da União 1 de dez de 2011.
9. RO Rocon P C, Sodré F, Zamboni J, Rodrigues A, Roseiro M C. O que esperam pessoas trans do sistema único de saúde? [Tese on the Internet]. Interface (Botucatu). Espírito Santo: Universidade Federal do Espírito Santo; 2018 [cited 2021 Nov 10]. 12 p. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0712>.

10. Bento B, Pelúcio L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas [Dissertação on the Internet]. [place unknown]: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2012 [cited 2022 Apr 20]. 18 s. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200017>.
11. Souza AR, Noffs Motta S, Castiglione M, Schulze Burti J. Função do assoalho pélvico em pessoas transgêneros: uma análise das funções urogenitais, anorretais e sexuais. Rev. Bras. Sex. Hum. [Internet]. 25º de junho de 2021 [citado 28º de novembro de 2022];32(1).
12. Ferreira M C, Campos S R, Ferreira A P. Repercussões da redesignação sexual masculino para feminino e a atuação da fisioterapia [Dissertação on the Internet]. [place unknown]: Centro Universitário de Belo Horizonte; 2017 [cited 2022 Apr 13]. 9 p. Available from: <https://revistas.unibh.br/dcbas/article/view/2402>
13. Manrique O J, et al. Complications and Patient-Reported Outcomes in Male-to-Female Vaginoplasty – Where We Are Today: A Systematic Review and Meta-Analysis. [Tese on the Internet]. Boston: Annals of Plastic Surgery; 2018 [cited 2022 Apr 27]. 6 p. DOI <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001393>.
14. Manrique O J, et al. Assessment of Pelvic Floor Anatomy for Male-to-Female Vaginoplasty and the Role of Physical Therapy on Functional and Patient-Reported Outcomes [Tese on the Internet]. Boston: Ann Plast Surg; 2018 [cited 2022 Apr 27]. 6 p. DOI <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001680>.
15. Jiang D D, Gallagher S, Burchill L, Berli J, Durgi D. Implementation of a Pelvic Floor Physical Therapy Program for Transgender Women Undergoing Gender-Affirming Vaginoplasty [Tese on the Internet]. [place unknown]: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2019 [cited 2022 Apr 17]. 9 p. DOI <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003236>.
16. Ferrando C A. Vaginoplasty Complications [Tese on the Internet]. Philadelphia: Clin Plastic Surg; 2018 [cited 2022 Apr 30]. 8 p. DOI <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.007>.
17. Lemos A, et al. Assistência fisioterapêutica na qualidade de vida de mulheres transgênero submetidas à cirurgia de transgenitalização: uma série de casos [Tese on the Internet]. Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco; 2018 [cited 2022 Apr 12]. 8 s. DOI <https://doi.org/10.18310/2358-8306.v8n17.a1>.
18. Silva M J, Bezerra A D, Sousa R A, Ferreira F P, Fernandes F F. (Trans)pondo os limites do corpo e da mente estudo sobre transgeneridade [Dissertação on the Internet]. Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande; 2016 [cited 2021 Nov 16]. 12 p.
19. Paiva JR PS. Avaliação fisioterapêutica do assoalho pélvico de uma mulher transexual pós-cirurgia de redesignação sexual: relato de caso. Faculdade Pernambucana de Saúde, TCC de Fisioterapia, 2018. Disponível em: <https://tcc.fps.edu.br/jspui/bitstream/fpsrepo/271/1/AVALIA%C3%87%C3%83O%20FISIO%20TERAP%C3%84UTICA.pdf>

Impacto do consumo de pornografia sobre a função sexual: revisão

Gustavo F. Sutter Latorre¹, Alessandra Ayala²

RESUMO

Panorama: O consumo de mídias eróticas é tema controverso na literatura e para a população em geral. Parece não haver consenso a respeito de o consumo de pornografia gerar ou não danos à saúde sexual. **Objetivo:** Levantar as bases empíricas e científicas do impacto do consumo de pornografia sobre a função sexual humana. **Método:** Revisão sistemática das bases Pubmed, Scielo e BVS pelo termo 'pornography', restrita a ensaios clínicos, relatos de caso, estudos de incidência prevalência, exploratórios e de fatores de risco. Excluídos os que utilizaram a pornografia apenas como ferramenta para provocar a excitação sexual em testes, os que não descreveram os efeitos do uso da pornografia em si, artigos sem resumo disponível ou ainda não publicados e duplicados nas bases. **Resultados:** Dos 24 estudos resultantes apenas 15 cruzaram as duas variáveis: 10 correlacionaram pornografia à melhores escores de função sexual e 5 a piores. **Conclusão:** Se há impacto do consumo de pornografia sobre a função sexual este é positivo, e não negativo. O mercado pornográfico apresenta problemas extremamente graves, mas o impacto negativo sobre a função sexual das pessoas não é um deles.

ABSTRACT

Background: The use of erotic media is a controversial issue in the literature and for the general population. There seems to be no consensus on whether pornography use negatively impacts the sexual health. **Aims:** To raise the empirical and scientific bases of the impact of pornography consumption on human sexual function. **Method:** Systematic review of Pubmed, Scielo and BVS databases using the term 'pornography', restricted to clinical trials, case reports, incidence, prevalence, exploratory and risk factor studies. Excluded those who used pornography only as a tool to provoke sexual arousal in tests, those who did not describe the effects of using pornography itself, articles without available abstracts or not yet published and duplicated in the databases. **Results:** Of 24 resulting studies, only 15 crossed the two variables: 10 correlated pornography with better sexual function scores and 5 with worse. **Conclusion:** If pornography consumption has an impact on sexual function, it is positive, not negative. The pornographic market presents extremely serious problems, but the negative impact on people's sexual function is not one of them.

¹ Fisioterapeuta pélvico, Doutor em Clínica Cirúrgica, Mestre em Fisioterapia. Florianópolis/SC, Brasil. gustavo@perineo.net
² Fisioterapeuta pélvica, Rede Perineo.net, Florianópolis/SC, Brasil. alessandra@perineo.net

INTRODUÇÃO

Por-no-gra-fia: do grego *pórne* (prostituta)¹ e *grafé* (escrita ou registro)². A tradução literal das origens do termo seria, portanto, algum registro sobre prostituição. Entretanto, a palavra *pornografia*, hoje em dia, apresenta significados variados, como: 1) estudo ou descrição da prostituição; 2) Descrição ou representação de coisas consideradas obscenas, geralmente de caráter sexual; 3) Qualquer coisa (livro, revista, filme etc.) de cariz sexual com intenção de provocar excitação; 4) Ação ou representação que ataca ou fere o pudor, a moral ou os considerados bons costumes³.

Consideraremos para o presente estudo a terceira definição supracitada, ou seja, as **mídias eróticas**. O consumo de materiais eróticos no geral não é nem novo nem incomum: pelo contrário, no Brasil existem mais de uma centena de fornecedores de materiais para os chamados “sex shops”, mais de nove mil pontos de venda e mais de 50.000 vendedores de porta-em-porta, mercado este que triplicou seu crescimento durante a pandemia⁴. Mais da metade dos brasileiros consome regularmente produtos eróticos “de sex-shops”⁵.

O termo *mídia* pode ser definido como todo o suporte de difusão de informação (rádio, televisão, imprensa, publicação na Internet, videograma, satélite de telecomunicação etc.) que constitui ao mesmo tempo um meio de expressão e um intermediário na transmissão de uma mensagem⁶. Portanto, dentro da definição de “materiais ou produtos eróticos” estão contidas, automaticamente, também as mídias eróticas.

Desenhos e estátuas de conteúdo sexual, ao que parece, sempre fizeram parte da história humana. Ou, ao menos, remontam há milênios (figuras 1 e 2)⁷. Mais recentemente mídias mais modernas como contos, fotografias e filmes juntaram-se ao grupo. O cinema, por exemplo, foi inventado pelos irmãos Auguste e Louis Lumière em 1895⁸, e o primeiro filme erótico (El Satarío) não demorou nem onze para ser rodado, em 1907⁹. Ao que parece, tão logo uma nova mídia é inventada, mais imediata é sua utilização para conteúdo sexual.

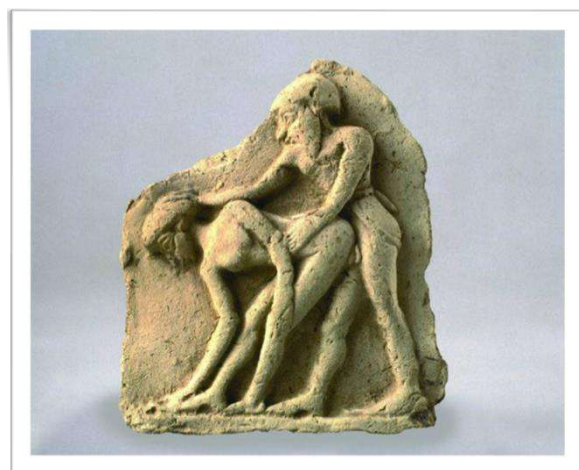


Figura 1: Arte em argila com cerca de 4 mil anos encontrada na antiga região da Mesopotâmia, atual Iraque.



Figura 2: Porcelana grega fabricada por volta de 475 aC.

Recentemente podcasts, animações, áudios e vídeos curtos de mídias sociais encorpam robustamente nossa biblioteca mundial de mídias de conteúdo sexual.

Todavia cabe aqui a definição dos termos sexual e erótico. Uma mídia de conteúdo sexual pode ser entendida como qualquer meio de difusão de informação com conteúdo sexual. Neste caso, por exemplo, um artigo científico sobre disfunções sexuais seria uma mídia com *conteúdo sexual*. O que é diferente de conteúdo erótico. O termo *erótico*, advindo do deus grego Eros, da paixão e do amor¹⁰, é um adjetivo que alude ao amor sensual, licencioso, libidinoso¹¹. Assim, o suposto artigo sobre disfunção sexual seria uma mídia de conteúdo sexual, mas não necessariamente erótico – ao menos não por definição. Já um conto de conteúdo sensual, libidinoso – ou noutros termos, com o objetivo de despertar desejo e/ou excitação sexual no leitor, este sim teria conteúdo erótico. O que não significa que a ciência não utilize conteúdo erótico: mídias eróticas são utilizadas há décadas em estudos científicos, como ferramenta para estudar os processos relacionados à excitação humana¹².

Assim, o termo *pornografia*, no sentido de “qualquer mídia de cunho sexual com intenção de provocar desejo ou excitação sexual” pode perfeitamente definir o CONJUNTO DAS MÍDIAS ERÓTICAS DE UMA ÉPOCA. É este o significado objetivo que atribuiremos ao termo “pornografia” para este ensaio. A pornografia, por diversos tipos de motivação, é tema polêmico tanto no ambiente acadêmico^{13,14} quanto para a população em geral¹⁵. Dentre as reivindicações, daqueles que emitem juízo a respeito, está a ideia de que o uso de pornografia pode alterar a função sexual humana – mais precisamente causando disfunção. Mas haveria embasamento empírico (factual) e científico para esta afirmação? Ou seria ela apenas mais um exemplo de distorção das informações para que fundamentem alguma crença pessoal favorita? O esclarecimento desta intrigante questão é, por fim, o objetivo do presente estudo.

MÉTODO

Trata-se de revisão sistemática para descrever o atual conhecimento científico a respeito do impacto do consumo de pornografia sobre a saúde sexual. Foram pesquisadas em 28/11/2022 as bases eletrônicas de dados Pubmed, Scielo e BVS por meio da palavra-chave “pornography”, restrita a ensaios clínicos, relatos de caso, estudos de incidência prevalência, exploratórios e de fatores de risco; em suma, estudos em pessoas reais, que de alguma forma apontassem possíveis alterações na saúde sexual possivelmente relacionadas ao uso de pornografia. Foram excluídos, para tanto, estudos

que utilizaram a pornografia simplesmente como ferramenta para provocar a excitação sexual em testes, aqueles que não descreveram os efeitos do uso da pornografia em si, artigos sem resumo disponível ou ainda não publicados e aqueles duplicados nas bases de dados. Os artigos resultantes foram lidos na íntegra com o auxílio da livreria Sci-Hub, e deles extraídos os seguintes dados, organizados em tabelas: autor/ano, objetivo, método, resultados e destaques (este último constando realces relevantes à questão diretriz da presente revisão).

RESULTADOS

As buscas brutas retornaram um total de 174 artigos, sendo 110 da base Pubmed (99 incluídos, 80 excluídos, restando 19), 38 na Scielo (1 incluído, nenhum excluído) e 27 na BVS (12 incluídos, 7 excluídos, restando 5). Portanto a presente revisão foi realizada sobre 24 estudos, sumarizados na Tabela 1.

Tabela 1: Sumário dos 24 estudos que compuseram a presente revisão, e grau de evidência¹⁶.

Autor/Ano	Objetivo	Método	Resultados	DESTAQUES
Reisinger, 1978 ¹² [A]	Testar a associação de estímulo erótico com técnica masturbatória no tratamento de disfunção do orgasmo.	Seis mulheres foram expostas a filmes eróticos, técnica masturbatória ou a associação de ambos. Frequência de orgasmos foi medida.	A combinação de filmes eróticos com técnica masturbatória produziu mais orgasmos, sendo os resultados mantidos em seis e 12 meses após o tratamento.	Filmes eróticos associados à técnica masturbatória produzem mais orgasmos do que masturbação isolada ou filmes isolados.
Schreiner et al, 1981 ¹⁴ [B]	Estudar a resposta sexual feminina durante diferentes fases do ciclo menstrual.	Filmes eróticos e fantasia sexual foram utilizados para estudar a resposta sexual.	Diferenças na excitação foram encontradas para todas as variáveis. Excitação esteve associada a três tipos de estímulo. Filmes eróticos produziram maior excitação sexual do que fantasia sexual.	Filmes eróticos produziram maior excitação sexual do que fantasia sexual.
Carani et al, 1990 ¹⁷ [A]	Estudar os efeitos de filmes eróticos e injeções de testosterona sobre o sono REM e sobre as ereções noturnas.	Dois grupos de homens foram submetidos a filmes eróticos antes do sono ou injeções de testosterona antes do sono.	Assistir filmes eróticos não influenciou nem as ereções noturnas nem o sono REM. Injeções de testosterona aumentaram as ereções noturnas, mas não afetaram o sono REM.	Nem filmes eróticos nem injeções de testosterona antes do sono influenciam o sono REM. Testosterona melhorou as ereções noturnas, mas filmes eróticos não.
Heiman et al, 1991 ¹⁸ [A]	Resposta endócrina induzida pode aumentar a excitação feminina.	Dois grupos: vídeo pornográfico e vídeo não-pornográfico. Nove minutos depois ambos os grupos assistiram ao filme pornográfico. Hormônios e vasocongestão foram medidos.	O grupo teste apresentou maior amplitude e duração da excitação e congestão vaginal durante o segundo vídeo, quando comparado aos controles. A excitação foi relacionada ao emocional e não aos hormônios.	Vídeo erótico antes de outro vídeo erótico provocou uma resposta sexual mais intensa.

Tabela 1 (cont): Sumário dos 24 estudos que compuseram a presente revisão.

Autor/Ano	Objetivo	Método	Resultados	DESTAQUES
Donohue e Plaud 1991 ¹⁹ [B]	Estudar a acomodação ao estímulo sexual em homens.	5 voluntários foram submetidos ao mesmo filme erótico e filmes eróticos diferentes durante outras três sessões. Ereção foi medida.	As respostas eréteis ao mesmo filme erótico foram menores do que as respostas à filmes diferentes.	A excitabilidade masculina em resposta a filmes eróticos diferentes é superior à mesma provocada pelo mesmo filme assistido repetidas vezes.
Rowland e Slob, 1992 ²⁰ [A]	Avaliar vibração e estímulo visual na excitação de homens sexualmente saudáveis.	34 homens saudáveis submetidos à vibração e filmes eróticos isolados e associados.	A combinação de vibração e filmes eróticos provocou excitação mais eficiente do que cada um dos estímulos em separado.	Filmes eróticos associados à vibração melhoram a excitação masculina, melhor do que filmes isolados ou vibração isolada.
Janssen et al. 1994 ²¹ [A]	Avaliar a importância do estímulo visual em homens com disfunção erétil (DE).	50 homens com DE foram submetidos a vibração associada ou não à filmes eróticos.	A combinação de filmes eróticos com vibração resultou em respostas penianas mais rígidas do que cada estímulo em separado.	Filmes eróticos associados à vibração melhoram a ereção de pacientes com DE, melhor que filmes isolados ou vibração isolada.
Laan et al, 1994 ²² [B]	Estudar se filmes eróticos produzidos por mulheres são mais excitantes para mulheres do que os produzidos por homens.	Fotopletismografia de pulso vaginal foi coletada durante a exposição a filmes eróticos.	Não houve diferença no grau físico de excitação provocados por filmes produzidos por mulheres ou homens. Filmes produzidos por homens foram mais associados se sentimentos de vergonha, culpa e aversão.	Ambos os filmes excitam mulheres, mas os produzidos por homens provocam mais sentimentos negativos.
Laan e Everaerd 1995 ²³ [A]	Estudar a acomodação ao estímulo sexual em mulheres.	32 mulheres assistiram ao mesmo slide erótico, ou a slides eróticos diferentes. Outras 42 mulheres foram submetidas ao mesmo filme erótico ou a filmes eróticos diferentes.	Os grupos de estímulos pornográficos diferentes apresentaram excitação melhor do que os grupos de estímulos iguais. Slides apresentam pouco estímulo sexual para a mulher, enquanto filmes eróticos produzem uma excitação mais difícil de acomodar.	Filmes eróticos produzem uma excitação mais difícil de acomodar (ou cair na rotina e perder o interesse) em mulheres.
Wylie et al. 2001 ²⁴ [A]	Comparar a eficácia de vibração versus filmes eróticos no diagnóstico de disfunção erétil (DE).	49 homens receberam vibração e 46 receberam filme erótico. Ereções foram medidas por pletismografia.	Nenhum dos dois grupos apresentou ereções suficientes para o diagnóstico de DE com pletismografia.	Filmes eróticos ou vibração isolados não produzem ereção suficiente para o diagnóstico de DE com pletismografia.
Norris et al. 2002 ²⁵ [A]	Estudar os efeitos psicológicos do álcool na agressividade sexual de homens.	Probabilidade de relatar agressão sexual em 135 homens, divididos em grupos teste (álcool), placebo e controle após lerem uma história pornográfica violenta.	O grupo teste (álcool) apresentou maior probabilidade de reportar alguma agressão sexual após ler pornografia violenta.	Em homens que tiveram contato com pornografia violenta, o álcool apresenta efeitos diretos e indiretos na probabilidade de relatar agressão sexual.
Kuo et al. 2010 ²⁶ [A]	Avaliar a eficiência de um sistema de audiovisual erótico em facilitar ultrassonografia doppler (USGD) para avaliação da ereção.	58 pacientes foram submetidos a injeções intracavernosas isoladas ou associadas a audiovisual erótico.	A combinação da injeção intracavernosa com o audiovisual foi mais efetiva para provocar ereções mais rígidas do que a injeção isolada ou o audiovisual isolado. 93% dos pacientes gostaram do método.	Um sistema audiovisual erótico produziu ereções mais eficientes do que a injeção intracavernosa isolada, e foi bem aceito pelos pacientes.

Tabela 1 (cont): Sumário dos 24 estudos que compuseram a presente revisão.

Autor/Ano	Objetivo	Método	Resultados	DESTAQUES
Goldey e van Anders 2012 ²⁷ [A]	Estudar como o estímulo sexual aumenta o desejo e excitação sexual.	128 mulheres e 98 homens alocados nos grupos conto erótico, fantasia sexual, Exercício de Situação Social Imaginada (ESSI) e controle. Excitação avaliada por questionário.	Os três grupos de teste aumentaram a excitação em comparação ao grupo controle. O grupo fantasia sexual apresentou maior excitação que os grupos conto erótico e ESSI.	Fantasia sexual foi mais eficiente que contos eróticos e ESSI (fantasia guiada) sobre o desejo e excitação sexuais de mulheres e homens.
Handelsman et al, 2013 ²⁸ [A]	Avaliar a necessidade de material erótico nas coletas de sêmen	1520 homens foram divididos em grupo pornografia e controle. O tempo para devolver a mostra foi usado como instrumento de medida.	O tempo para devolver a amostra foi 6% mais longo no grupo de pornografia do que no grupo sem pornografia. Não houve diferença na falha de entregar a amostra entre os grupos.	O uso de pornografia não torna a coleta de esperma mais rápida.
Grudzen et al, 2013 ²⁹ [A]	Avaliar os fatores de risco para HIV e outras ISTs em atrizes de filmes eróticos comparadas a mulheres da população em geral.	134 atrizes foram comparadas à 1773 mulheres da população em geral quanto ao início da vida sexual, número de parceiros, uso de preservativos e frequência de testes para ISTs.	As atrizes iniciaram a vida sexual em média 3 anos mais cedo, tiveram cerca de 7 parceiros sexuais a mais por ano, realizaram mais exames de ISTs e HIV de rotina e utilizaram mais preservativos de rotina do que as mulheres da população em geral.	Atrizes de filmes eróticos realizam mais testes de HIV e outras ISTs, além de utilizar preservativos com maior frequência de mulheres da população em geral.
D'Abreu 2013 ³⁰ [B]	Correlação entre consumo de pornografia e violência contra a mulher.	Estudantes universitários do sexo masculino.	99,7% havia tido contato com pornografia. 54,3% uso ocasional ou frequente. Perpetradores apresentaram médias mais altas de consumo.	Consumo de pornografia e violência contra a mulher estão correlacionados.
Hald e Malamuth, 2015 ³¹ [B]	Avaliar os efeitos da amabilidade, consumo de pornografia e sobre atitudes de violência contra a mulher (VCM).	200 jovens foram estudados quanto a amabilidade, consumo de pornografia e sobre atitudes de violência contra a mulher (VCM).	Baixos níveis de amabilidade e consumo elevado de pornografia no passado são preditores de VCM. A exposição experimental à pornografia aumentou a VCM mas apenas em homens com baixa amabilidade.	Há confluência hierárquica entre o modelo de agressão sexual contra a mulher e a mídia.
Castro et al, 2018 ³² [B]	Correlacionar ansiedade com vício em internet e ao cibersexo.	214 jovens (18-30a) responderam aos questionários.	Mulheres estiveram mais viciadas à internet e cibersexo com percepção de mal-estar físico; Homens viciados ou não à internet e ao cibersexo com percepção de bem-estar subjetivo.	Cibersexo tem significado diferente para homens e mulheres.
Gil-Cano et al, 2019 ³³ [C]	Avaliar a educação sexual em surdos.	Exploração em grupos de discussão.	Aprendizagem da sexualidade em surdos se deu pela pornografia. Houve medo da consulta médica, entendida como abuso.	Quando exclusivamente por pornografia, a educação sexual apresenta lacunas e equívocos importantes.
Baumel et al, 2019 ³⁴ [C]	Identificar as atitudes de homens e mulheres ante a pornografia.	Qualitativa. 10 homens e 10 mulheres, identificando vantagens e desvantagens do uso de pornografia.	Homens quanto mulheres, elencaram prejuízos e benefícios, e sugeriram que características pessoais possam ser elementos importantes nessa avaliação.	Para usuários, pode haver benefícios e prejuízos quanto ao uso da pornografia.

Tabela 1 (cont): Sumário dos 24 estudos que compuseram a presente revisão.

Autor/Ano	Objetivo	Método	Resultados	DESTAQUES
Lin et al, 2020 ³⁵ [B]	Correlação entre pornografia e comportamento sexual de risco.	O comportamento Sexual de risco foi estudado em adolescentes (média 13 anos) em duas coletas: por volta dos 20 anos e dos 24 anos de idade.	Metade dos participantes foram expostos à pornografia na adolescência, e estiveram mais propensos a início precoce da vida sexual, múltiplas parcerias e sexo desprotegido.	A exposição de adolescentes à pornografia está relacionada ao comportamento sexual de risco.
McNabney et al, 2020 ³⁶ [B]	Estudar o efeito da pornografia na saúde sexual.	2433 mulheres responderam questionários, incluindo frequência e uso de pornografia, além de função sexual.	Mulheres que usavam mais pornografia eram mais jovens e mais interessadas me sexo. Uso de durante a masturbação foi preditor de menos risco de disfunção da excitação e orgasmo, orgasmos mais frequentes e maior prazer durante a masturbação. Foi também preditor de menor dificuldade de excitação e orgasmos mais longos durante o sexo com parceria. Não houve relação do uso com a satisfação sexual em geral.	Maior uso de pornografia está correlacionado a melhores escores de função sexual durante a masturbação, sem afetar o sexo com parceria. Variáveis pessoais e demográficas são maiores preditores de disfunção sexual do que uso de pornografia em si.
Araujo et al, 2021 ³⁷ [B]	Estudar os fatores de risco para sexo não seguro em usuários de pornografia.	172 participantes de pesquisa online.	O uso de preservativos esteve associado ao tipo de cena preferida, preferência por filmes com sexo desprotegido, tipo de pornografia influenciando nas relações sexuais.	O não uso do preservativo foi associado ao acesso às cenas eróticas.
Rosenkjær et al, 2022 ³⁸ [A]	Estudar o uso de realidade virtual sobre a coleta de sêmen.	64 doadores de esperma foram submetidos à filmes eróticos em um tablet ou em realidade virtual. A motilidade dos espermatozoides foi medida.	O grupo realidade virtual produziu espermatozoides com melhor mobilidade do que o grupo que assistiu pornografia no tablet.	O uso de filmes eróticos em realidade virtual tem um forte efeito positivos sobre a motilidade de espermatozoides coletados por doadores de sêmen.

Fonte: os autores.

DISCUSSÃO

Apesar de o tema pornografia ser abundante no meio científico, são raros os estudos que, de fato, estudaram o impacto do uso das mídias eróticas sobre a saúde sexual humana. A maioria dos artigos, retornados nas buscas, eram estudos de opinião ou então qualitativos, não fornecendo a base empírica necessária para a inferência clara a respeito de nossa questão geratriz. Além, os artigos empíricos disponíveis foram estudos de correlação, correlacionando o uso de pornografia à função sexual humana sem, no entanto, terem o poder para responder se o uso da pornografia altera ou não esta função.

A diferença entre correlação e causalidade pode não ser tão óbvia à primeira vista, mas é fundamental que seja bem compreendida por aqueles que se preocupam com a prática baseada na evidência. Em ciência, o termo correlação é utilizado para apontar que duas ou mais coisas estão relacionadas, sem que saibamos se uma é causadora da outra. Já o termo causalidade é utilizado para duas ou mais coisas relacionadas, sendo uma a causa da outra (figura 3).

Noutros termos, estudos de correlação servem para entender que duas coisas estão

relacionadas, mas sem responder se uma coisa causa a outra. Assim, analisando apenas a figura 3 não sabemos se 1) o pássaro amassou a barra de ferro, ou se 2) a barra, previamente amassada, atraiu o pássaro para aquele ponto, ou 3) se o pássaro pousou ali por simples coincidência. Para responder se uma destas três hipóteses (ou nenhuma delas) é verdadeira, precisaríamos de estudos sobre o peso de gaivotas e a resistência de barras de ferro (para a hipótese 1), além e estudos sobre a atração de gaivotas por locais amassados em cercas (hipótese 2).

Obviamente sabemos, por experiência, que o peso de gaivotas não é suficiente para amassar barras de ferro como aquela da imagem. Mas nem sempre as correlações de causalidade são tão óbvias. Por exemplo, estudos de correlação descobrindo que *pessoas com melhor função sexual consomem mais pornografia* não podem concluir que “o uso de pornografia melhora a função sexual”, já que os mesmos dados poderiam ser usados para concluir que “pessoas com função sexual melhor buscam mais pornografia”. Por este motivo estudos de correlação são geralmente considerados grau de evidência B, ao invés de A¹⁶.

Nossa metodologia encontrou 15 estudos que correlacionaram diretamente o uso de pornografia à saúde sexual^{12,14,17-21,23,29-32,35-37}, a maioria com nível de evidência [B]. Destes, exatamente um terço (5)^{30-32,35,37} correlacionou o uso de pornografia a efeitos negativos sobre a saúde sexual, como o comportamento sexual de risco (por exemplo não uso de preservativo), ansiedade e a tendência à violência contra a mulher (se a considerarmos um problema relacionado à



Figura 3: O pássaro a esquerda está **CORRELACIONADO** ao ponto da barra de ferro que está deformado. Mas podemos afirmar que o pássaro **CAUSOU** esta deformação na barra?

sexualidade). Novamente, permanecem em aberto as questões: pessoas não usam preservativo porque assistirem pornografia, ou pessoas que não usam preservativo por outros motivos também consomem mais pornografia? Pessoas ansiosas consomem mais pornografia, ou pornografia gera ansiedade? Homens mais violentos consomem mais pornografia, ou é o uso da pornografia que torna os homens violentos contra as mulheres? Não são estudos de correlação que responderão à estas questões.

Por outro lado, dois terços dos estudos (10) descreveram que o uso de pornografia esteve correlacionado a efeitos positivos da saúde sexual^{12,14,17-21,23,29,36}, como melhor capacidade de excitação, orgasmos mais frequentes, orgasmos mais prolongados, excitabilidade mais rápida e intensa, menor acomodação da excitação, ereções mais rígidas, sexo seguro, melhor função sexual tanto na masturbação quanto no sexo com parceria, além de não perturbar o sono REM nem afetar o relacionamento com a parceria. Teve destaque particularmente o estudo de McNabney e colegas, 2020³⁶ [B], que com alta qualidade metodológica, correlacionou os escores da função sexual de 2.433 mulheres com o uso de pornografia, concluindo que o uso mais intenso de pornografia não só não esteve relacionado aos piores escores de função sexual, como o contrário: mulheres que consumiam mais pornografia apresentaram melhor função sexual durante a masturbação e durante o sexo em parceria. Mas, novamente fica a questão: pessoas com função sexual melhor buscam mais pornografia, ou uso mais intenso de pornografia melhora a função sexual? Estas questões continuam em aberto.

O fato é que a maior parte dos estudos mostrou correlação entre melhor função sexual e maior consumo de mídias eróticas, tanto para mulheres como para homens. Ou seja, de acordo com a evidência hoje disponível, independente da causalidade envolvida, pessoas mais saudáveis sexualmente consomem mais pornografia do que pessoas com mais disfunções sexuais, e não o contrário. Deste modo fica muito difícil sustentar a ideia de que o consumo de pornografia piora a função sexual; quase tão difícil quanto querer sustentar que a gaiota da figura 3 amassou o ferro da cerca ao pousar ali.

O tema pornografia deflagra debates acalorados que, como qualquer tentativa de discussão baseada em paixões e não em fatos, termina em quase nada de útil. Por um lado, uma corrente defende que existem um certo “uso problemático da pornografia”, para o qual já existe até tratamento³⁹. Cabe questionar o que seria o tal “uso problemático”. Neste caso em particular, o uso

de pornografia, assim como a masturbação, são questões proibidas pela religião dos autores³⁹, o que é perfeitamente válido – para aquele grupo religioso. O princípio da liberdade religiosa defende a liberdade de credo e de comportamento de acordo, que pode ser aplicado para aquele grupo em particular, mas não para os demais⁴⁰. Noutros termos: o que a sua religião afirma se aplica a você, mas não a mim, pois do contrário, eu também teria direitos de impor minha religião sobre você. Deste modo é perfeitamente aceitável que um grupo religioso proíba pornografia e masturbação entre os seus seguidores, mas estas normas não podem ser generalizadas para todas as outras pessoas do mundo.

Todavia, deve ser bastante sedutor para um grupo que condene a pornografia, por um motivo privado qualquer, sair por aí dizendo que “pornografia faz mal à saúde”. Deve ser mesmo mais convincente do que dizer “meu movimento é contra à pornografia só porque não gostamos dela”. Contudo, para que lado fica apontada a seta da imoralidade neste caso? Quem está sendo leviano? Quando as evidências demonstram claramente que o uso da pornografia NÃO É associado a piores escores de função sexual, mas justamente apontam para o contrário, não fica claro que este “mal” não pode entrar para o hall de defeitos da pornografia, simplesmente porque ele não existe?

O que é totalmente diferente de afirmar que a pornografia não apresenta problemas. Inclusive bastante graves. Todo mercado busca o lucro, não raramente esquecendo dos escrúpulos. Assim, tudo que é mercantilizado corre o risco de produzir resultados horrendos, como a escravidão por exemplo⁴¹. Não tem sido diferente com o mercado de mídias eróticas: violência contra a mulher, apologia ao estupro, pedofilia, tráfico de pessoas... a lista é longa. E terrível: são todas situações que ferem atrocemente a dignidade e os Direitos Humanos e, portanto, necessitam solução mais do que urgente. O mercado da pornografia já possui problemas o suficiente para condená-lo, certamente não precisa de mais um, inventado.

Mas por outro lado, durante décadas as mídias eróticas vêm sendo utilizadas em estudos científicos como ferramenta para estudos sobre desejo e excitação sexual^{12,14,17,24,25,28}. Demonizar a pornografia, por pura leviandade, pode prejudicar este ramo. Ainda, se mantém em aberto a questão a respeito da causalidade entre o alto consumo de pornografia e melhores escores de função sexual^{12,14,18,20,21,23,36} significa que o consumo de pornografia melhora a função sexual em si. Será? Sabe-se que o desuso pode resultar em atrofia e conseqüente disfunção, inclusive dos componentes sexuais⁴²⁻⁴⁴. Será que as mídias eróticas poderiam servir de ferramenta no combate deste problema?

Ainda, vivemos hoje uma desigualdade social imensa, particularmente nos países sul-americanos, no tocante ao modo como homens e mulheres experimentam sua sexualidade^{22,32,34}. Não estariam nas mídias eróticas uma ferramenta para a reconexão com a sexualidade e o empoderamento sexual, de mulheres que cresceram em culturas patriarcais, acreditando que o sexo é normal para o homem, mas motivo de vergonha para a mulher, e por este motivo desconectadas de sua própria sexualidade? Há, certamente, muitas perguntas a serem respondidas quanto ao uso da pornografia, e a comunidade científica deve arregaçar as mangas, uma vez que a sociedade parece ávida pelo tema, para a qual informação de qualidade, livre de demagogia, se faz mais do que urgentemente necessária.

CONCLUSÃO

Enquanto as evidências de que o uso da pornografia impacta negativamente a saúde sexual são parcos e frágeis, aquelas apontando o contrário são fortes. Mulheres e homens que consomem mais pornografia apresentam excitação melhor e mais durável, melhor ereção, orgasmos mais frequentes e mais duradouros e menor risco de disfunções do orgasmo e excitação, sem influenciar negativamente sobre o sexo com parceria. Como qualquer outro, o mercado da pornografia apresenta problemas endêmicos bastante graves que devem ser resolvidos com urgência.

REFERÊNCIAS

1. Priberam Dicionário: porno. <https://dicionario.priberam.org/porno>. Acesso em 30/11/22.
2. Priberam Dicionário: grafia. <https://dicionario.priberam.org/grafia>. Acesso em 30/11/22.
3. Priberam Dicionário: pornografia. <https://dicionario.priberam.org/pornografia>. Acesso em 30/11/22.
4. Revista Pequenas Empresas Grandes Negócios. <https://revistapegn.globo.com/Negocios/noticia/2021/03/mercado-erotico-triplica-em-numero-de-empresarios-na-pandemia.html>. Acesso em 30/11/22.
5. Rodrigues ZMOC, Oliveira OV, Pessoa RA, et al. Comportamento do Consumidor de Sex Shop: Perfil e Hábitos dos Consumidores da Cidade de Fortaleza. XI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 2014. <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/47120550.pdf>
6. Priberam Dicionário: mídia. <https://dicionario.priberam.org/midia>. Acesso em 30/11/22.
7. Megacurioso. Cultura: 23 artes eróticas que provam que sempre fomos um pouquinho pervertidos. <https://www.megacurioso.com.br/artes-cultura/104692-23-artes-eroticas-que-provam-que-sempre-fomos-um-pouquinho-pervertidos.htm>. Acesso em 30/11/22.

8. Wikipedia: Auguste and Louis Lumière. https://en.wikipedia.org/wiki/Auguste_and_Louis_Lumi%C3%A8re. Acesso em 30/11/22.
9. Wikipedia: El Satarío. https://en.wikipedia.org/wiki/El_Satario#:~:text=El%20Satario%2C%20also%20known%20as,extreme%20close%20ups%20of%20genitalia. Acesso em 30/11/22.
10. Wikipedia: Eros. <https://pt.wikipedia.org/wiki/Eros>. Acesso em 30/11/22.
11. Priberam Dicionário: erótico. <https://dicionario.priberam.org/erótico>. Acesso em 30/11/22.
12. Reisinger JJ. Effects of erotic stimulation and masturbatory training upon situational orgasmic dysfunction. *J Sex Marital Ther.* 1978 Fall;4(3):177-85. doi: 10.1080/00926237808403016. PMID: 569213.
13. de Alarcón R, de la Iglesia JI, Casado NM, Montejo AL. Online Porn Addiction: What We Know and What We Don't—A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine.* 2019; 8(1):91. <https://doi.org/10.3390/jcm8010091>
14. Schreiner-Engel P, Schiavi RC, Smith H Jr. Female sexual arousal: relation between cognitive and genital assessments. *J Sex Marital Ther.* 1981 Winter;7(4):256-67. doi: 10.1080/00926238108405427. PMID: 7328680.
15. DoutorJairo. Pornografia: ela é boa ou ruim para você? <https://doutorjairo.uol.com.br/leia/pornografia-ela-e-boa-ou-ruim-para-voce/>. Acesso em 30/11/22.
16. RBFP - Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica: Normas para submissão de artigo. <https://perineo.net/rbfp/normas.html>. Acesso em 30/11/22.
17. Carani C, Scuteri A, Marrama P, Bancroft J. The effects of testosterone administration and visual erotic stimuli on nocturnal penile tumescence in normal men. *Horm Behav.* 1990 Sep;24(3):435-41. doi: 10.1016/0018-506x(90)90020-x. PMID: 2227854.
18. Heiman JR, Rowland DL, Hatch JP, Gladue BA. Psychophysiological and endocrine responses to sexual arousal in women. *Arch Sex Behav.* 1991 Apr;20(2):171-86. doi: 10.1007/BF01541942. PMID: 2064541.
19. O'Donohue W, Plaud JJ. The long-term habituation of sexual arousal in the human male. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1991 Jun;22(2):87-96. doi: 10.1016/0005-7916(91)90003-n. PMID: 1757595.
20. Rowland DL, Slob AK. Vibrotactile stimulation enhances sexual response in sexually functional men: a study using concomitant measures of erection. *Arch Sex Behav.* 1992 Aug;21(4):387-400. doi: 10.1007/BF01542027. PMID: 1497476.
21. Janssen E, Everaerd W, van Lunsen RH, Oerlemans S. Visual stimulation facilitates penile responses to vibration in men with and without erectile disorder. *J Consult Clin Psychol.* 1994 Dec;62(6):1222-8. doi: 10.1037//0022-006x.62.6.1222. PMID: 7860820.
22. Laan E, Everaerd W, van Bellen G, Hanewald G. Women's sexual and emotional responses to male- and female-produced erotica. *Arch Sex Behav.* 1994 Apr;23(2):153-69. doi: 10.1007/BF01542096. PMID: 7517135.

23. Laan E, Everaerd W. Habituation of female sexual arousal to slides and film. *Arch Sex Behav.* 1995 Oct;24(5):517-41. doi: 10.1007/BF01541832. PMID: 8561662.
24. Wylie KR, Steward D, Walters SJ. Does vibration offer any advantage over visual stimulation studies (VSS) in the assessment of erectile capacity? *Int J Impot Res.* 2001 Dec;13(6):329-37. doi: 10.1038/sj.ijir.3900781. PMID: 11918249.
25. Norris J, Davis KC, George WH, Martell J, Heiman JR. Alcohol's direct and indirect effects on men's self-reported sexual aggression likelihood. *J Stud Alcohol.* 2002 Nov;63(6):688-95. doi: 10.15288/jsa.2002.63.688. PMID: 12529069.
26. Kuo YC, Liu SP, Chen JH, Chang HC, Tsai VF, Hsieh JT. Feasibility of a novel audio-video sexual stimulation system: an adjunct to the use of penile duplex Doppler ultrasonography for the investigation of erectile dysfunction. *J Sex Med.* 2010 Dec;7(12):3979-83. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01583.x. PMID: 19912490.
27. Goldey KL, van Anders SM. Sexual arousal and desire: interrelations and responses to three modalities of sexual stimuli. *J Sex Med.* 2012 Sep;9(9):2315-29. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02845.x. Epub 2012 Jul 12. PMID: 22788995.
28. Handelsman DJ, Sivananathan T, Andres L, Bathur F, Jayadev V, Conway AJ. Randomised controlled trial of whether erotic material is required for semen collection: impact of informed consent on outcome. *Andrology.* 2013 Nov;1(6):943-7. doi: 10.1111/j.2047-2927.2013.00133.x. Epub 2013 Sep 30. PMID: 24124176.
29. Grudzen CR, Meeker D, Torres J, Du Q, Andersen RM, Gelberg L. HIV and STI risk behaviors, knowledge, and testing among female adult film performers as compared to other California women. *AIDS Behav.* 2013 Feb;17(2):517-22. doi: 10.1007/s10461-011-0090-0. PMID: 22101890.
30. D'Abreu LCF. Pornografia, desigualdade de gênero e agressão sexual contra mulheres. *Psicol. soc. (Online)* ; 25(3): 592-601, 2013.
31. Hald GM, Malamuth NN. Experimental effects of exposure to pornography: the moderating effect of personality and mediating effect of sexual arousal. *Arch Sex Behav.* 2015 Jan;44(1):99-109. doi: 10.1007/s10508-014-0291-5. Epub 2014 Apr 12. PMID: 24729134.
32. Castro JÁ, Vinaccia S, Ballester-Arnal R. Ansiedad social, adicción al internet y al cibersexo: su relación con la percepción de salud / Social anxiety, Internet and Cybersex addiction: its relationship with health perception. *Ter. psicol* ; 36(3): 134-143, 2018.
33. Gil-Cano PA, Navarro-García AM, Serna-Giraldo P, Pinzón-Seguro M. Sexualidad: las voces de un grupo de sordos de Medellín (Colombia). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 37(2): 107-115, mayo-ago. 2019.
34. Baumel CPC, Silva POM, Guerra VM, et al. Atitudes de jovens frente à pornografia e suas consequências / Attitudes of young people towards pornography and its consequences. *Psico USF* ; 24(1): 131-144, 2019.
35. Lin WH, Liu CH, Yi CC. Exposure to sexually explicit media in early adolescence is related to risky sexual behavior in emerging adulthood. *PLoS One.* 2020 Apr 10;15(4):e0230242. doi: 10.1371/journal.pone.0230242. PMID: 32275669; PMCID: PMC7147756.
36. McNabney SM, Hevesi K, Rowland DL. Effects of Pornography Use and Demographic Parameters

on Sexual Response during Masturbation and Partnered Sex in Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Apr 30;17(9):3130. doi: 10.3390/ijerph17093130. PMID: 32365874; PMCID: PMC7246896.

37. Araujo TME, Almeida PD, Chaves AFCP, et al. Factors associated with unprotected sex in people who consume sexually explicit media. *Rev. Bras. Enferm.* 74 (6) 2021 <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0061>.
38. Rosenkjær D, Pacey A, Montgomerie R, Skytte AB. Effects of virtual reality erotica on ejaculate quality of sperm donors: a balanced and randomized controlled cross-over within-subjects trial. *Reprod Biol Endocrinol*. 2022 Oct 11;20(1):149. doi: 10.1186/s12958-022-01021-1. PMID: 36221120; PMCID: PMC9552463.
39. Crosby JM, Twohig MP. Acceptance and Commitment Therapy for Problematic Internet Pornography Use: A Randomized Trial. *Behav Ther.* 2016 May;47(3):355-66. doi: 10.1016/j.beth.2016.02.001. Epub 2016 Feb 12. PMID: 27157029.
40. Wikipedia: Liberdade Religiosa. https://pt.wikipedia.org/wiki/Liberdade_religiosa. Acesso em 30/11/22.
41. Harari YN. *Sapiens: Uma breve história da humanidade*. Porto Alegre: L&PM Editores S. A., 2018.
42. Bortz WM. El síndrome por desuso. *Ed Fís y Deporte*, ISSN-e 0120-677X, Vol. 11, Nº. 1, 1989, págs. 71-86
43. Amsterdam A, Krychman M. Clitoral atrophy: a case series. *J Sex Med.* 2009 Feb;6(2):584-7. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.01044.x. Epub 2008 Nov 6. PMID: 19017253.
44. Bucher J, Christ ER. Klinik und Diagnose von Hypogonadismus und Andropause. *Ther Umsch.* 2014 Apr;71(4):221-7. German. doi: 10.1024/0040-5930/a000505. PMID: 24670603.

RBFP

perineo.net/rbpf

