

ISSN 2763-9738

Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

Abr 2023 n. 3 V. 1



RBFP



**Editorial**

3

Artigos Originais

Ferramentas de imagem para avaliação e evolução do tratamento de aderências conectivas: piloto
Latorre GFS, Ayala A. 5

Prevalência de disfunção sexual feminina em Guarapuava, PR
Leonel AT, Holovati EP. 15

Prevalência de incontinência urinária em mulheres consideradas saudáveis em Guarapuava, PR
Pasqualin CM, Leonel AT. 26

Correlação entre autopercepção da atividade dos MAP e eletromiografia em mulheres
Zubreski AP, Leonel AT. 40

Conhecimentos gerais sobre a saúde do assoalho pélvico em mulheres de Guarapuava, PR
Genci AG, Leonel AT. 51

Prevalência e associação entre as disfunções sexual e urinária em mulheres jovens de Guarapuava, PR
Mayer KLPZ, Leonel AT. 62

Construto, confiabilidade e reprodutibilidade de uma escala de força do assoalho pélvico baseada na
Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF
Latorre GFS, Rosa LRS. 72

Artigos de Revisão

Massagem perineal no período gestacional para prevenção de laceração: revisão integrativa
Rego LGC, Peres MGP. 80

Fisioterapia pélvica na reabilitação das disfunções do assoalho pélvico de mulheres submetidas a
redesignação sexual: revisão integrativa
Canterle EM, Lima MCHL. 90

Editorial: Clitorizemos!



Por mais de 2 mil anos, o clitóris foi negligenciado, dado como inútil ou fonte de problemas e doenças.

Somente em 1998, a urologista australiana Dra. Hellen O'Connell, incomodada com o fato dos livros médicos detalharem toda estrutura do pênis e darem uma pequena referência a glândula do clitóris, apresentou seus estudos à medicina moderna revelando que o clitóris é muito mais que "uma cabeça (glândula)", também possui "braços (raízes) e pernas (bulbos do vestíbulo)".

Essa novidade veio à público somente em 2016 com a popularização da impressão 3D e movimentos feministas para inclusão do corpo completo do clitóris em materiais escolares na França.

Mas em pleno 2023 o clitóris é ainda pouco estudado, mesmo se sabendo que este conhecimento é fundamental para a compreensão da sexualidade humana feminina.

O que se encontra nas redes sociais e grande mídia são falácias do tipo "o clitóris não envelhece" ou "ele serve apenas para o prazer".

Que mundo perfeito seria se fosse verdade!

Precisamos combater essas *fake news* com dados atualizados.

Por isso é fundamental que profissionais da saúde, principalmente fisioterapeutas pélvicas, tenham conhecimento aprofundado e atualizado sobre a fisiologia e anatomia do clitóris, assim como do assoalho pélvico, para o tratamento de disfunções relacionadas a eles, bem como a dor durante a relação sexual, a falta de lubrificação vaginal e a dificuldade de atingir o orgasmo.

Por isso te convido a refletir e discutir sobre a importância do clitóris! Não só na prática clínica da fisioterapia pélvica, a fim de melhorar o atendimento às pacientes em questões relacionadas à sexualidade e à saúde pélvica, mas também como isso impacta sua vida pessoal caso tenha nascido com clitóris ou se relacione com alguém que tenha.

Bora clitorizar juntas?

Gaia Qav
@meuclitorisminhasregras

Ferramentas de imagem para avaliação e evolução do tratamento de aderências conectivas: estudo piloto



Gustavo F. Sutter Latorre¹ e Alessandra Ayala²

RESUMO

Panorama: A dor genital crônica de ordem conectiva exige avaliação visual tanto no início quanto na evolução do tratamento. Técnicas de aprimoramento de imagem podem auxiliar neste processo. **Objetivo:** Testar lentes de microscopia de mão e uma câmera termográfica na visualização de aderências conectivas vulvares. **Método:** Estudo piloto. Dois conjuntos de lentes de microscopia para smartfone e uma câmera termográfica foram utilizadas na observação de aderências na região vestibular de uma voluntária. Imagens foram gravadas antes e depois do tratamento com manobras de liberação miofascial e comparadas visualmente. **Resultados:** A lente de aumento de 12,5x foi útil na definição das ilhas de aderência; a lente de 100x foi útil na observação mais precisa das linhas brancas que formam a estrutura interna da aderência, e a termografia permitiu registrar de forma objetiva o local da aderência antes do tratamento, além das alterações vasomotoras causadas pelas manobras depois de realizadas. **Conclusão:** Lentes de microscopia de mão para smartfones e câmeras termográficas podem ser úteis na melhor visualização de áreas de aderência conectiva na avaliação e para o registro dos resultados e da evolução de técnicas de liberação miofascial para dores genitais de origem conectiva.

ABSTRACT

Background: Chronic genital pain by connective disorder requires visual assessment, both at the beginning and during the treatment itself. Image enhancement devices can help this process. **Aims:** To test smartphone microscopy lenses and a thermography to visualize vulvar connective adherences. **Method:** Pilot study. Two sets of smartphone microscopy lenses and a thermographic camera were used to observe connective adherences in the vestibulovulvar region of one volunteer. Images were recorded before and after treatment with myofascial techniques. **Results:** The 12.5x magnification lens was useful in defining of the islands of adherence; the 100x lens was useful for a more precise observation of the white lines that form the internal structure of the adherence, and the thermography allowed the record of the adherence before and after treatment, plus the vasomotor changes caused by the maneuvers. **Conclusion:** Smartphone microscopy lenses and thermographic cameras can be useful for better visualization of areas of connective adherence, both for initial assessment and for the record of results for evolution of myofascial techniques for genital pain of connective origin.

INTRODUÇÃO

As dores genitais crônicas são condições prevalentes¹, responsáveis por boa parte do movimento dos consultórios de Fisioterapia Pélvica de hoje em dia². Modernamente as dores genitais podem ser divididas em dores musculares (tipo 1) ou dores conectivas (tipo 2)³, e o tratamento por meio de técnicas manuais específicas de liberação miofascial, para ambos os tipos de dor, apresentam regressão completa do quadro álgico em uma média de 4,5 sessões⁴.

As dores musculares (tipo 1) que acometem a região do assoalho pélvico não fogem ao padrão tradicional de diagnóstico, caracterizado pela presença de pontos de contratura, encurtamentos, pontos de tensão e pontos-gatilhos, onde o teste de compressão daquele ponto específico acaba reproduzindo a dor sentida pela paciente durante as atividades de vida diária (AVDs), revelando assim o local a ser tratado^{3,4}. Assim, tanto o diagnóstico quanto o tratamento deste tipo de dor não são muito diferentes, por exemplo, do diagnóstico e tratamento de uma contratura cervical do músculo trapézio. A maioria das fisioterapeutas pélvicas não deve apresentar dificuldade em avaliar e tratar problemas musculares do assoalho pélvico.

Aparentemente o mesmo não pode ser dito das dores conectivas (tipo 2). O teste de tração, com força precisa e modulada pela sensibilidade dolorosa da paciente, revela a presença de aderências e fibroses dos tecidos conectivos³, que necessitam para tratamento também manobras específicas e diferentes daquelas para dores musculares^{3,4}. Ao que parece boa parte das fisioterapeutas pélvicas apresenta alguma dificuldade tanto para diagnosticar quanto para tratar aderências conectivas responsáveis por dores genitais, particularmente vulvares ou da mucosa, talvez pelo fato de que, durante décadas, a ciência que explica os tecidos conectivos tenha sido negligenciada dos currículos de cursos de Fisioterapia em geral, até por volta de 2011 quando é estabelecida a especialidade de Fisioterapia Dermatofuncional no Brasil⁵. Não é de se estranhar, portanto, que boa parte das técnicas e cursos de liberação miofascial com enfoque na avaliação e tratamento de tecidos conectivos seja posterior a esta data. O tratamento de dores miofasciais com enfoque nos componentes conectivos é, ao que parece, bastante recente na Fisioterapia em geral.

Particularmente as aderências conectivas, responsáveis ou relativas à dores genitais, podem ser visíveis inclusive a olho nu³. Em regiões de mucosa (por exemplo dentro do canal vaginal) ou mesmo de submucosa (região vestibular, dentro dos lábios menores) é possível enxergar os locais de

aderência conectiva como áreas mais esbranquiçadas que as outras vizinhas. De fato, esta é uma das principais técnicas para o diagnóstico destas condições, servindo tanto para identificar os locais de aderência na avaliação, quanto para a reavaliar a evolução, uma vez que o retorno à coloração normal (rosado) indica reorganização da circulação local e diminuição da isquemia (esbranquiçada) relacionada às áreas de aderência³⁻⁴. Este retorno à coloração normal acompanha a diminuição da dor local⁴.

A avaliação das aderências conectivas em Fisioterapia Pélvica é, portanto, eminentemente visual. Todavia, hoje as tecnologias de extensão ou incremento da visão estão sendo cada vez mais popularizadas e barateadas pelos avanços tecnológicos, especialmente relacionados à telefonia celular e os *smartphones*. Aliando estas duas observações, é possível que a aplicação destas novas tecnologias visuais possa auxiliar a fisioterapeuta pélvica na avaliação e reavaliação evolutiva das aderências dos tecidos conectivos genitais, especialmente aquelas localizadas em áreas de mucosa ou submucosa. A experimentação destas novas tecnologias no aprimoramento da visualização de fibroses e aderências conectivas é, por fim, o objetivo do presente estudo.

MÉTODO

Trata-se de um estudo piloto de caráter experimental e descritivo, onde tecnologias de imagem, sem contato direto, foram utilizadas na região genital para o incremento da visualização de aderências de caráter conectivo, particularmente na região vulvar, antes e depois da aplicação de manobras de liberação miofascial conectivas. Dado o caráter piloto do presente estudo, o sujeito de pesquisa foi a própria pesquisadora (AA). O diagnóstico da presença de aderências conectivas foi realizado pela técnica visual previamente descrita³, particularmente na área vestibular (entre os lábios menores), e a partir daí os dispositivos de aprimoramento visual foram utilizados para ampliar a visualização das áreas de aderências (microscopia de mão) ou mapear a temperatura da área de aderência (termografia de mão). Os dispositivos de aprimoramento visual utilizados foram:

1. Smartphone Xiaomi 12, câmera de 50 MP (Malásia);
2. Lente microscópica APEXEL aumento de 100x, iluminada por LED, clip universal para câmera de smartphone (China);
3. Lente microscópica MACRO 37mm para celular, clip universal, aumento de 12,5x (China);
4. Câmera termográfica infravermelha A-BF RX-350, 160x120 pixels, alcance de

temperatura entre 20°C~400°C (China).

Foram realizados registros fotográficos das áreas de aderência com a câmera fotográfica do smartfone sem qualquer ampliação, zoom ou demais acessórios (sem aprimoramento visual) e na sequência registros utilizando os dispositivos de aprimoramento visual tanto de microscopia de mão quanto de termografia. As imagens sem aprimoramento visual foram então comparadas visualmente com as imagens visualmente aprimoradas pelos dispositivos. Os resultados foram discutidos com base nas diferenças visualmente observáveis entre uma e outra.

Após este registro fotográfico das aderências pré-tratamento, estas foram tratadas com técnicas miofasciais conectivas previamente descritas⁴ durante cerca de cinco a oito minutos, após os quais foi realizada imediatamente nova observação e registro tanto por microscopia de mão quando por termografia. As observações de antes e depois foram então discutidas com base nas mudanças visualmente observáveis nas imagens e com base na literatura vigente acerca das dores miofasciais e especialmente aderências nos tecidos conectivos.

RESULTADOS

A lente MACRO 37mm, utilizada na configuração que produz aumento de 12,5x, facilitou a observação de detalhes das ilhas de aderência (áreas esbranquiçadas), em especial as delimitações ou contornos de onde cada ilha começa e termina (figura 1 a,b). Ainda, apesar de não produzir um aumento muito expressivo, também foi melhorada, embora de forma modesta, a visualização dos feixes de fibras dentro das ilhas de aderência (figura 1). Esta lente também facilitou um pouco a melhor observação dos resultados das técnicas miofasciais (figura 1c) na reorganização morfológica das aderências conectivas, tanto quanto ao adelgaçamento ou sumiço de certos feixes fibróticos, quanto à melhoria da coloração geral do tecido, pela diminuição das áreas esbranquiçadas com relação às novas áreas mais rosadas embora, como já dito, de modo modesto.

As aderências conectivas são organizadas em feixes esbranquiçados paralelos^{3,4}. Já os espaços menos esbranquiçados entre aqueles feixes brancos representam pequenas áreas onde o ácido hialurônico ainda está funcionalmente ativo, mantendo uma coloração mais saudável (mais rosada) do tecido e permitindo o deslizamento normal entre as camadas, de modo que a mobilidade destes tecidos durante as AVDs, não provoque dor⁶. Já os feixes fibróticos esbranquiçados

representam pequenas áreas lineares de aderência conectiva, onde a circulação está diminuída ou até quase nula, restringindo a mobilidade dos tecidos durante as AVDs^{6,7}. Esta restrição de mobilidade acaba hipersensibilizando os proprioceptores que, ao invés de enviarem ao sistema nervoso central sinais proprioceptivos normais, de tensão normal, acabam enviando sinais de tensão aumentada, ocasionando sensibilidade aumentada ao movimento do tecido que, em piores graus acaba gerando a dor^{6,7}. A dor a um estímulo que normalmente não deveria provocá-la é chamada *alodinia*⁸, neste caso em particular, sendo causada por proprioceptores desprogramados por aderências que limitaram o movimento normal daquele tecido conectivo durante determinadas AVDs, como por exemplo a atividade sexual^{3,4,6-8}.

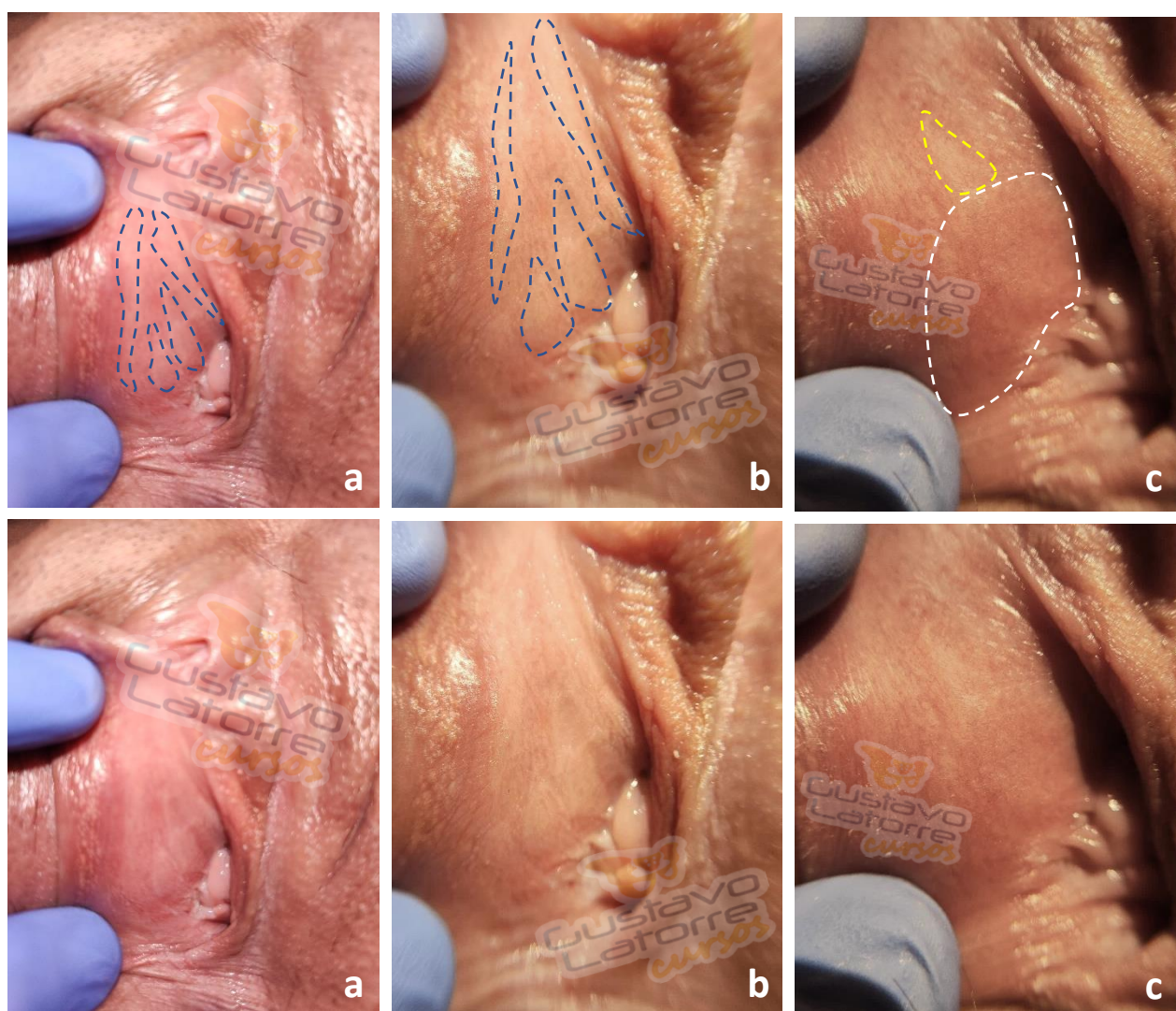


Figura 1: Visualização das áreas de aderência conectiva na região do vestíbulo vulvar sem qualquer aumento (a), com lente de aumento de 12,5X antes do tratamento (b) e com a lente depois do tratamento (c). Zonas pontilhadas em azul (b): ilhas de aderência. Zona pontilhada branca (c): área sobre a qual as técnicas foram aplicadas: a aderência sumiu. Zona pontilhada amarela (c): área onde as manobras não foram aplicadas: a aderência segue. Esta lente produziu uma melhor visualização dos limites ou contornos das ilhas de aderência.

Já a lente APEXEL com aumento de 100x permitiu uma observação muito mais eficiente da morfologia interna de áreas de aderência, particularmente quanto a organização e calibre dos feixes esbranquiçados que se organizam em paralelo formando a aderência (figura 2 a,b). Também foi possível observar a eficácia das técnicas miofasciais de liberação tanto no desaparecimento de feixes esbranquiçados, quando a manobra eliminou o feixe de aderência, devolvendo coloração – e consequente mobilidade – normais ao tecido, quanto no adelgaçamento dos feixes esbranquiçados, quando a manobra miofascial melhorou, mas ainda não foi suficiente para resolver totalmente o problema (figura 2c). Quanto ao estudo da morfologia interna de uma aderência, as imagens produzidas por esta lente (100x) em comparação com a outra (12,5x) foram consideradas superiores e pragmaticamente melhores para a prática clínica pelos pesquisadores, em análise *a posteriori*.

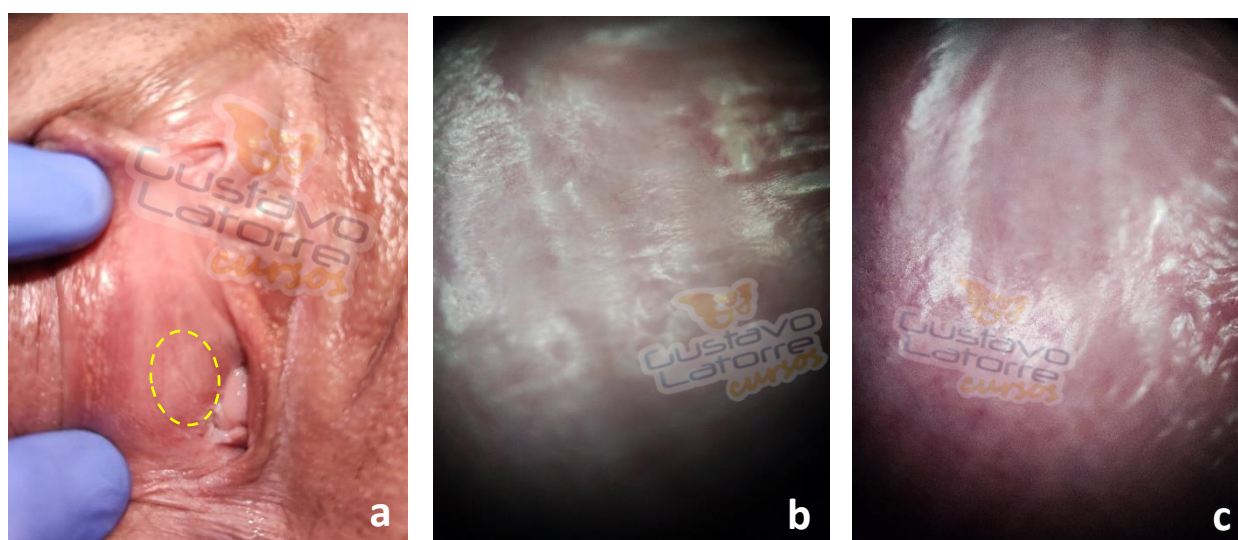


Figura 2: Visualização das áreas de aderência conectiva na região do vestibulo vulvar sem qualquer aumento (a), com lente de aumento de 100x antes do tratamento (b) e com a lente depois do tratamento (c). O círculo amarelo (a) delimita a área ampliada nas imagens (b) e (c). Esta lente produziu uma melhor visualização dos feixes lineares esbranquiçados responsáveis pela morfologia interna das aderências conectivas daquela região.

Boa parte da patofisiologia das aderências conectivas pode ser entendida com base nos fenômenos circulatórios relacionados. Por exemplo, as áreas esbranquiçadas em submucosa representam zonas onde a circulação sanguínea está diminuída. Isto faz sentido, porque aderências diminuem não só as zonas de ácido hialurônico, mas também a microcirculação local^{6,7}. Macroscopicamente, o resultado é que áreas onde o tecido está normal são mais rosadas, por conta da presença do sangue logo abaixo da submucosa parcialmente transparente, enquanto áreas de menor circulação se tornam mais esbranquiçadas justamente pela falta daquele mesmo sangue subjacente^{3,4}. Por outro lado, após a liberação miofascial destas aderências o tecido, naquele mesmo local, torna-se imediatamente avermelhado (mostrando aumento intenso na circulação sanguínea) e

após alguns minutos rosáceo (mostrando que a circulação local voltou ao normal e que, na ausência da cor esbranquiçada, o tecido voltou à sua morfofisiologia normal, sendo a diminuição da dor proporcional às melhorias na morfologia e na coloração deste tecido⁴).

Partindo destas observações, a termografia do vestibulo vulvar produziu imagens onde pôde-se acompanhar não só de forma visual, mas também objetiva, com relação às temperaturas de cada ponto, a dinâmica das aderências conectivas locais. Quanto à avaliação, a termografia, por meio da câmera utilizada no presente estudo, permitiu o reconhecimento de regiões de aderência (temperaturas menores) comparadas a regiões de fisiologia normal (temperaturas maiores) (figura 3a). Quanto à evolução do tratamento pelas manobras miofasciais, a termografia permitiu não só visualizar, mas também medir em graus Celsius (ou Fahrenheit) o aquecimento instantâneo do tecido imediatamente após a aplicação das técnicas (figura 3b), e o consequente resfriamento após alguns minutos, quando o tecido voltou ao que deveria ser sua morfofisiologia normal (figura 3c).

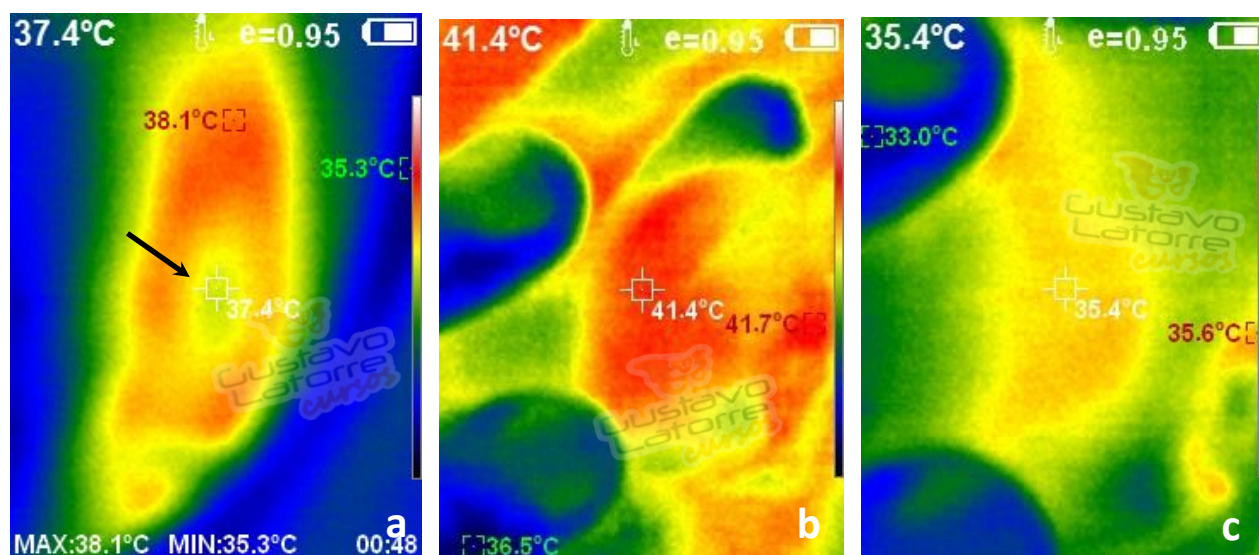


Figura 3: Visualização de área de aderência conectiva na região do vestibulo vulvar com câmera termográfica de mão antes do tratamento (a), imediatamente após o tratamento (b) e minutos após o tratamento (c). **(a):** a seta aponta uma ilha de aderência conectiva, ovalada e esverdeada, circundada de amarelo (37,4°C), rodeada por tecido onde a circulação está melhor (laranja e avermelhada, média 38,1°C). **(b):** imediatamente após o tratamento a temperatura local aumentou ($\pm 41,5^\circ\text{C}$), demonstrando efeito circulatório intenso das manobras efetuadas. **(c):** a temperatura da área tratada (b) volta ao normal após alguns minutos ($\pm 35^\circ\text{C}$). Não se visualiza mais a ilha de aderência conectiva visível antes do tratamento (a).

DISCUSSÃO

Hoje as dores genitais, particularmente as dores vulvares e vaginais femininas que causam dor durante o sexo, são responsáveis por mais da metade do movimento de consultórios de

Fisioterapia Pélvica em todo o Brasil. Estas dores, senão causadas por, apresentam componentes miofasciais importantes o suficiente para representarem a maioria do problema em si. Prova disto é o sucesso do tratamento destas dores por meio de manobras de liberação miofascial^{4,8-11}.

Dentre os problemas miofasciais que causam ou influem na dor pélvica crônica existem aqueles principalmente musculares (tipo 1) e os principalmente conectivos (tipo 2)³. Particularmente a avaliação e o tratamento das disfunções conectivas dependem de um acompanhamento visual preciso do aspecto destas alterações, especialmente sobre áreas de mucosa e submucosa onde são mais visíveis. Áreas mais esbranquiçadas representam áreas de particular interesse para a fisioterapeuta pélvica que trata dores genitais conectivas^{3,4}.

O avanço rápido das novas tecnologias de imagem barateou os custos da instrumentalização da inspeção de tecidos, de modo rápido, eficiente e objetivo. No presente piloto demonstramos como lentes de aumento para câmeras de smartfone e câmeras termográficas podem ser úteis na definição de áreas de aderências conectivas tanto na avaliação inicial quanto na graduação da evolução, antes de iniciar a sessão, durante a própria sessão ou mesmo entre uma sessão e outra.

A lente de aumento de 12,5x foi particularmente útil para a visualização mais precisa das delimitações das ilhas de aderência (onde uma ilha começa e termina), podendo ser indicada para este fim. Foi possível observar diferença visual entre o antes e o depois das manobras miofasciais sobre as ilhas de aderência, indicando utilidade da ferramenta tanto no diagnóstico quanto na avaliação da evolução terapêutica.

A lente de aumento de 100x foi particularmente útil para a visualização da morfologia interna de cada ilha de aderência (distribuição dos feixes esbranquiçados lineares disfuncionais, separados por linhas de ácido hialurônico onde o tecido está funcional) sendo, portanto, indicada para este fim. Foi possível observar diferença visual entre o antes e o depois das manobras miofasciais sobre a qualidade (espessura) e a quantidade dos feixes fibróticos, indicando utilidade da ferramenta tanto no diagnóstico quanto na avaliação da evolução terapêutica. Outra vantagem desta lente sobre a anterior é que este modelo, em particular, possui uma luminária de LED acoplada, o que permitiu uma visualização ainda melhor das estruturas em estudo, independentemente da iluminação do ambiente em si.

Já a termografia foi útil na identificação das áreas de aderência conectiva, particularmente

áreas onde a olho nu a diferença na colocação natural dos tecidos não forneceu suficiente contraste para a identificação destas como áreas de aderência em formação ou resolução. A metodologia permitiu a monitoração da temperatura local tanto no diagnóstico das áreas de aderência conectiva (temperaturas menores) quanto da melhoria destas áreas durante (temperaturas mais altas) e após (temperaturas mais brandas) a aplicação das manobras de liberação miofascial. Pode ser uma ferramenta útil no diagnóstico das áreas de aderência e no acompanhamento da regressão destas durante a evolução do tratamento.

CONCLUSÃO

As dores pélvicas crônicas são, no geral, limitantes, incapacitantes e altamente prevalentes. Existem para elas manobras de liberação miofascial altamente eficazes, porém a avaliação, tanto antes do tratamento quanto na evolução durante e após tratamento é fundamental tanto para identificar com precisão os pontos a serem tratados quanto estabelecer o sucesso durante o tratamento ou a necessidade de adaptação das técnicas, bem como para a declaração da alta da paciente. A observação do comportamento destes tecidos a olho nu é útil para todos estes fins, mas pode ser aprimorada por dispositivos de baixo custo, como lentes de microscopia para câmeras de smartfone e câmeras termográficas.

A lente com aumento de 12,5x e a câmera termográfica foram particularmente úteis para a visualização mais precisa da delimitação das ilhas de aderência conectiva. A lente com aumento de 100x foi útil na observação mais precisa da organização morfológica de cada ilha de aderência em feixes brancos separados por áreas de morfofisiologia normais. A termografia foi útil também na avaliação da evolução das manobras miofasciais conectivas, tanto durante a sessão quanto nos momentos seguintes e após a sessão.

REFERÊNCIAS

1. Farmer MA, Meston CM. Predictors of genital pain in young women. Arch Sex Behav. 2007 Dec;36(6):831-43. doi: 10.1007/s10508-007-9199-7. Epub 2007 Aug 3. PMID: 17674182; PMCID: PMC2857760.
2. 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.

3. Latorre GFS. Nova classificação etiológica e funcional para as dores genitais femininas, masculinas e infantis. Rev Bras Fisiot Pelvica (2021) 1(2)71-82.
4. Latorre GFS, Ayala A, Machado MP, et al. Novas técnicas de Liberação Miofascial para Dor Genital e Sexual. Rev Bras Fisiot Pelvica 2022;2(3)5-15.
5. COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 394/2011. <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3157>. Acesso em 04/04/2022.
6. Stecco C, Stern R, Porzionato A, Macchi V, Masiero S, Stecco A, De Caro R. Hyaluronan within fascia in the etiology of myofascial pain. Surg Radiol Anat. 2011 Dec;33(10):891-6. doi: 10.1007/s00276-011-0876-9. Epub 2011 Oct 2. PMID: 21964857.
7. Stecco A, Gesi M, Stecco C, Stern R. Fascial components of the myofascial pain syndrome. Curr Pain Headache Rep. 2013 Aug;17(8):352. doi: 10.1007/s11916-013-0352-9. PMID: 23801005.
8. IASP – International Association for the Study of Pain. IASP Background Terminology. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>. Acesso em 04/04/2022.
9. Ross V, Detterman C, Hallisey A. Myofascial Pelvic Pain: An Overlooked and Treatable Cause of Chronic Pelvic Pain. J Midwifery Womens Health. 2021 Mar;66(2):148-160. doi: 10.1111/jmwh.13224. Epub 2021 Mar 31. PMID: 33788379.
10. Araújo IMM, Monteiro TJL, Siqueira MLF. Non-pharmacological therapeutic approaches to painful sexual dysfunction in women: integrative review. BrJP [Internet]. 2021 Jul;4(BrJP, 2021 4(3)):239–44. Available from: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210036>.
11. Schafascheck E, Roedel APL, Nunes EFC, Latorre GFS. Fisioterapia no vaginismo: estudo de caso. Rev Inspirar Mov & Saúde 2020 abr-jun;20(2):1-10.

Prevalência de disfunção sexual feminina em Guarapuava, PR

Alana Tâmis Leonel¹, Emanuely Piacessi Holovati²

RESUMO

Submissão: 25/03/2023

Aceite: 01/04/2023

Publicação: 10/04/2023

Panorama: A sexualidade faz parte da saúde humana, refletindo sobre o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas. A Disfunção Sexual Feminina (DSF) está associada com a dificuldade na manutenção das respostas sexuais, alterando a percepção dolorosa, excitação, lubrificação e o orgasmo. Por sua subjetividade, necessita de instrumentos avaliativos que abordem múltiplas questões. Isso é possível através de questionários de auto avaliação e pode ser feita de forma online, promovendo a obtenção de uma coleta confiável, válida e ampla. **Objetivo:** Levantar a prevalência de disfunção sexual feminina em mulheres sexualmente ativas da cidade de Guarapuava/PR e região. **Método:** Estudo quantitativo, exploratório e descritivo. Os dados foram coletados por um questionário online contendo caracterização de amostra e Índice da Função Sexual Feminina (FSFI). **Resultados:** Das 54 mulheres que participaram do estudo, 31 (57,40%) foram diagnosticadas com disfunção sexual. **Conclusão:** A disfunção sexual é uma realidade na vida das mulheres, tendo a dor como principal causa do distúrbio.

ABSTRACT

Background: Sexuality is part of human health, reflecting on people's well-being and quality of life. Female Sexual Dysfunction (FSD) is associated with difficulty in maintaining sexual responses, altering painful, sexual, substitutive perceptions and orgasm. Due to its subjectivity, it needs evaluative instruments that address multiple issues. This is possible through self-assessment tests and can be done online, promoting the guarantee of a reliable, valid and wide collection. **Aims:** To describe the prevalence of female sexual dysfunction in sexually active women in the city of Guarapuava/PR and region. **Method:** Quantitative, exploratory and descriptive study. Data were collected through an online test containing sample characterization and the Female Sexual Function Index (FSFI). **Results:** Of the 54 women who participated in the study, 31 (57.40%) were diagnosed with sexual dysfunction. **Conclusion:** Sexual dysfunction is a reality in women's lives, with pain as the main cause of the disorder.

¹Docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Uniguairacá. alanatamisa@gmail.com
²Discente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Uniguairacá

INTRODUÇÃO

A função sexual é um componente essencial para a saúde humana, abrangendo um de seus cinco aspectos fundamentais. Além de fazer parte do bem-estar, ela está ligada diretamente com relações interpessoais¹. Desse modo, ao indicar como alguém avalia a si mesmo diante do seu desenvolvimento sexual, a sexualidade repercute na qualidade de vida das pessoas². Sua funcionalidade é multifatorial, determinada pela fisiologia do corpo, características pessoais e experiências de vida prévias³.

Já a resposta sexual é um processo amplo e complexo, impulsionado pelo desejo, excitação e estímulos sexuais. Tudo isso é possível através de fatores fisiológicos e psicológicos, gerando respostas corporais. Por esse motivo, contexto e estímulos específicos são necessários para gerar reações sexuais funcionais, podendo alterar dependendo da idade, tipo e tempo de relacionamento⁴. Para as mulheres, além de particularidades físicas, sua aptidão sexual está diretamente ligada ao seu estado emocional⁵.

A Disfunção Sexual Feminina (DSF), reconhecida pelas alterações no desejo sexual, excitação, sensação de dor, satisfação pessoal e com o parceiro, lubrificação e orgasmo⁶, está associada com a dificuldade na manutenção dessas respostas sexuais, refletindo sobre a percepção dolorosa, excitação e lubrificação, na capacidade de obter o orgasmo ou em fatores diversos, com ligação, ou não⁷. A persistente dificuldade, atraso, ou até mesmo ausência do orgasmo após uma estimulação sexual, juntamente com a incapacidade de manter uma excitação habitual, o classifica como segundo maior problema sexual feminino, ficando atrás apenas da diminuição do desejo, ocasionando insatisfação e sofrimento inquietantes⁸.

Entretanto, a dor é tida como uma das questões sexuais mais incômodas para as mulheres⁹. No geral, as mudanças da condição de saúde global podem promover uma disfunção sexual¹⁰, estando fortemente ligada à saúde mental¹¹. Em razão de sua subjetividade, o diagnóstico se torna de difícil consenso, necessitando de instrumentos de avaliação que compreendam a multidimensionalidade das

questões envolvidas com essa função. Isso é possível através de questionários de auto avaliação, aptos a analisar domínios diretos e indiretos, tornando possível a quantificação e qualificação de condições que implicam na sexualidade, onde as próprias pacientes reflitam sobre suas experiências¹². O Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) é um instrumento auto avaliativo já validado e eficiente para pontuar alterações em todas as fases da resposta sexual. Por meio de seis domínios, suas perguntas de cunho íntimo podem ser respondidas com privacidade. Essa abordagem pode ser feita de forma online e gratuita. Isso torna possível a obtenção de uma coleta válida, ampla e ainda assim confiável, diminuindo recursos e poupando tempo do examinador e de suas participantes¹², como o caso do presente estudo. Diante do exposto, fica lúcido a necessidade de evidenciar os permeios do diagnóstico da DSF, indicando aos profissionais da saúde a necessidade de um atendimento e diagnóstico holísticos na área, procurando compreender em qual fase da resposta sexual as alterações acontecem mais, a fim de esclarecer quais fatores acarretam a disfunção. Este estudo tem como objetivo apurar a prevalência de disfunção sexual em mulheres sexualmente ativas na região de Guarapuava, Paraná, através de uma pesquisa investigativa, clínica e experimental.

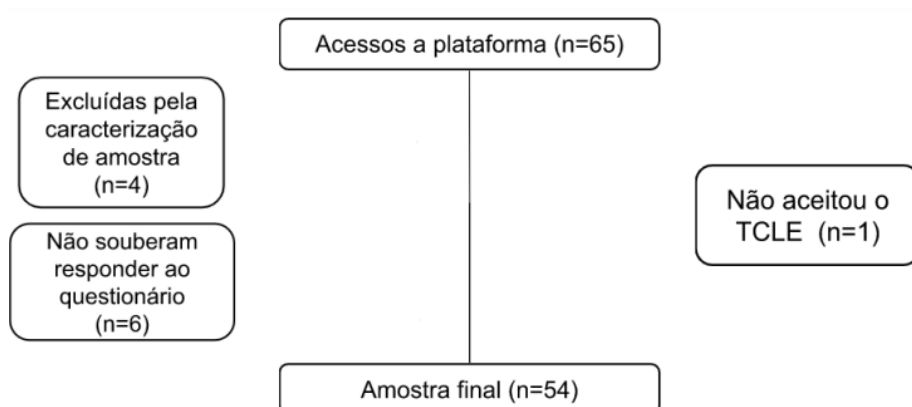
MÉTODO

Este é um estudo transversal de natureza quantitativa e de cunho exploratório, aprovado pelo Comitê de ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava/PR, sob o parecer nº 5.337.692 realizado através da plataforma virtual *Google Forms*. A amostra foi composta por voluntárias que se encaixaram nos seguintes critérios de inclusão: mulheres sexualmente ativas, maiores de 18 anos, convidadas a participar da pesquisa através de uma palestra informativa sobre saúde íntima e sexualidade, que aconteceu no dia 12 de maio de 2022, no Centro Universitário Uniguairacá, ou que tenham acessado o link por divulgações nas redes sociais.

Após receber acesso ao questionário, cada participante foi encaminhada à primeira etapa da plataforma para aceitar, ou não, o termo livre e esclarecido – TCLE. Aquelas que selecionaram “não

aceito” foram enviadas à sessão de agradecimento e o questionário foi encerrado. Após o consentimento do TCLE, as participantes foram direcionadas para a página do questionário de caracterização da amostra, composta por perguntas dos critérios de inclusão e exclusão previamente elencados. As que se encaixaram em algum critério de exclusão receberam uma mensagem de agradecimento e o questionário foi encerrado automaticamente. Para as participantes aptas a continuar, a próxima fase era composta pelo instrumento específico da pesquisa, o Índice de Função Sexual Feminina (FSFI)¹³. O FSFI é um dos principais instrumentos utilizados mundialmente para avaliar a função sexual feminina. No formato de autoanálise, ele é considerado um ótimo recurso para o diagnóstico de disfunções mesmo no formato online¹⁵. Composto por uma escala multidimensional contendo 20 itens, respondidos numa escala tipo Likert de cinco ou seis pontos, esse instrumento permite avaliar as dimensões essenciais do funcionamento sexual feminino por seis domínios: interesse/desejo sexual, excitação sexual subjetiva, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual e dor sexual, nas últimas quatro semanas. A partir dos resultados do FSFI, além de um índice total de funcionamento sexual, podem também ser obtidos índices específicos para cada uma das suas dimensões. O índice total de funcionamento sexual resulta do somatório das várias dimensões específicas, constituído por 19 perguntas de escala breve, específica e multidimensional, com uma pontuação total que pode variar de 2 a 36 pontos, onde os valores ≤ 26 sugerem disfunção sexual. Ou seja, quanto mais elevados os resultados obtidos, melhores serão os índices de funcionamento sexual¹⁶.

Figura 1: fluxograma com os fatores de inclusão e exclusão da amostra.



Ao final do questionário, as participantes responderam se elas teriam interesse em receber informações sobre os temas abordados na pesquisa e sobre os possíveis tratamentos para as disfunções sexuais, deixando o seu número de telefone opcionalmente para que as pesquisadoras entrassem em contato. Por fim, elas foram agradecidas pela colaboração no estudo. Os dados foram tabulados e analisados através do software *Microsoft Excel for Mac* e apresentados na sequência. Análise estatística foi efetuado com auxílio do software estatístico *SPSS 24 for Mac*. Para testar a normalidade ou não da amostra foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, com índice de significância de 5% ($p \geq 0,05$) para as variáveis idade, peso, altura e IMC, demonstrando amostras pareadas, com isso foi realizado o teste de correlação de Pearson entre os domínios do FSFI.

RESULTADOS

Participaram do estudo 54 mulheres, com idade média de $24,8 \pm 7$ anos, peso de $66,3 \pm 1$ kg, estatura média de $163,3 \pm 5$ cm e IMC médio de $24,8 \pm 5\%$. Grande maioria casada (44,5%) e sem filhos (64,8%). A idade média da primeira relação sexual foi de 16 anos, em relação a orientação sexual, 74% se diz heterossexual, 20,5% bissexual e apenas 5,5% homossexual.

Quanto à disfunção sexual, 57% da amostra apresentou escores compatíveis com o problema. Quando analisadas as médias dos domínios isoladas, o domínio que apresentou menor pontuação foi o domínio dor, seguido de desejo e orgasmo, excitação e lubrificação, apontando que a disfunção que prevalece entre esse grupo, é a dolorosa (gráfico 1).

Gráfico 1: escores médios para os domínios específicos do FSFI. A dor genital foi o domínio mais afetado.



As variáveis apresentadas na correlação de Pearson, mostram significância de relação entre excitação e desejo, com valores próximos a 1, afirmando forte correlação entre eles, ou seja, a medida em que o desejo aumenta, a excitação também aumenta e vice-versa. Já os valores de dor quando correlacionados ao desejo e a excitação, são negativos, apontando uma inversão, quanto maior for a dor, menor será o desejo e excitação (tabela 1).

	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor
Desejo	1					
Excitação	0,349*	1				
Lubrificação	0,033	0,71	1			
Orgasmo	0,094	0,231	0,031	1		
Satisfação	0,014	0,125	0,098	-0,023	1	
Dor	-0,159	-0,113	0,003	0,019	0,133	1

Tabela 1: cruzamento dos domínios do FSFI. * A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

DISCUSSÃO

A disfunção sexual feminina (DSF) é realidade na vida de muitas mulheres. Em nosso estudo 57% das participantes foram identificadas com a disfunção, tendo idade média de 24 anos. Suas maiores alterações foram nos domínios de dor, seguido de desejo e orgasmo, excitação e lubrificação.

Ao observar, nota-se que os valores de dor são inversamente proporcionais ao desejo e a excitação. Quanto maior for a dor, menor será o desejo e excitação, o que não acontece quando correlacionamos o desejo e a excitação, que se modificam proporcionalmente. Apesar de não existir evidência que algum modelo do ciclo da resposta sexual defina satisfatoriamente questões sobre a resposta sexual feminina, essa correlação tem relevância ao ser analisada através do modelo do ciclo da resposta sexual não linear de Basson¹⁵, que atende melhor às mulheres com DS, uma vez que, ao se basear no desejo, excitação, orgasmo e resolução, explica o que as mudanças corporais e cerebrais fazem durante todo o ato sexual. Esse modelo considera a relevância da satisfação emocional, física e íntima com a parceria durante o sexo¹⁶. Geralmente, as perturbações sexuais estão acompanhadas de inquietação contínua, nesse caso, os domínios se alteram em conjunto e uma fase alterada

prejudica a outra¹⁷.

No Brasil, ao analisar uma amostra igualmente jovem, a dor também apareceu com maior frequência nas mulheres com disfunção sexual conforme apontou o FSFI, tendo 97,7% das participantes comprometidas, bem como o orgasmo, a lubrificação e a excitação, cujo foram as etapas mais prejudicadas, apontando que a falta de desejo e o orgasmo afetam igualmente a função sexual feminina¹⁸, corroborando com os resultados desse trabalho, pois 33% tiveram alteração na dor, 9,2% no desejo e 18% orgasmo.

Estudos com metodologias similares ao presente estudo validam os resultados mostrados anteriormente, como aponta uma revisão sistemática do ano de 2018. Após a análise de 22 estudos que utilizaram o Índice de Função Sexual Feminina (FSFI), sendo destes 10 avaliando o escore total do instrumento e 4 o escore para dor, entre os anos de 2006 a 2017, os problemas sexuais apareceram em dois terços da amostra. Ao todo, 95,5% da população analisada referiu dor¹⁹.

No estudo de Negri et al. (2022)²⁰, apesar de não existir diferença significativa entre o score de dois grupos avaliados com o FSFI, adolescentes pontuaram valores indicativos de problemas com o orgasmo, enquanto jovens adultas apresentaram perturbação no desejo. Ao final, a DS esteve presente em 39,7% (N = 79) da amostra, entre 128 adolescentes e 71 jovens adultas. Além disso, 1 em cada 5 participantes obtiveram baixa pontuação para o desejo, sem convergência entre os grupos. Dados que não foram avaliados na amostra atual uma vez que, nela, há apenas 6 mulheres com mais de 35 anos de idade, em contraponto a 49 participantes mais jovens, abaixo dos 35 anos.

Segundo esses achados, a condição sexual entre adolescentes e jovens adultas se assemelha. Para as mais jovens, uma primeira experiência sexual negativa está fortemente ligada com a deterioração da qualidade de vida, gerando insegurança, ansiedade e medo. A pressão social envolta das questões sexuais, mitos, crenças, baixa autoestima e culpa estão fortemente ligadas ao seu transtorno mais referido: a falta de desejo e a percepção da satisfação²⁰. Em uma pesquisa feita com 244 universitárias jovens de Florianópolis/SC, a disfunção sexual foi de 25% na amostra total. Nesse

caso, o orgasmo, a excitação e a lubrificação foram os domínios mais afetados nas jovens com DS, de incidência superior a 88% cada. A dor apareceu como a quarta maior alteração presente, novamente seguida do desejo. Interessantemente, no grupo de mulheres não diagnosticadas com DS, 90,1% delas apresentaram ao menos um domínio acometido, sendo que a percepção dolorosa foi o segundo mais presente, ficando atrás apenas da lubrificação²¹.

Para analisar precisamente a etiologia dessas disfunções, é preciso observar o método avaliativo dos trabalhos nesse campo. A subjetividade dos achados em diferentes pesquisas se explica por fatores como a divergência de métodos avaliativos e o tipo da amostra, que não seguem um padrão. Ademais, as influências culturais e socioeconômicas de cada região podem repercutir expressivamente sobre a sexualidade feminina, e 40% a 50% desses diagnósticos não tem relação direta com a idade²². Mesmo com as diferenças nas populações avaliadas, fica evidente que os distúrbios sexuais atingem as mulheres em qualquer faixa etária diante de uma vida sexual ativa, repercutindo negativamente sobre seu bem-estar pessoal. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a educação sexual integral promove a proteção à saúde íntima e a uma melhor tomada de decisões sobre a sexualidade e relacionamentos²³.

Esse trabalho pode e deve ser feito também pelos profissionais da Fisioterapia, levando educação e saúde às suas pacientes. Diante do diagnóstico de dor, a Fisioterapia Pélvica deve então realizar um tratamento amplo com as pacientes que aborde desde educação íntima e consciência corporal, até a fisiopatologia de sua condição. Imprescindivelmente, técnicas manuais para relaxamento e alongamento da musculatura devem ser realizadas, juntamente com a dessensibilização da região. Essas técnicas associadas a eletromiografia de superfície como biofeedback e o uso de dilatares vaginais estão associadas a melhora do quadro de dor. É importante frisar que a conscientização do que é uma relação sexual saudável e como controlar a penetração diante da dor durante também é importante para a melhora desse sintoma²⁴.

O maior impasse dessa pesquisa se relacionou com a dificuldade das participantes,

posteriormente excluídas da amostra, ao responder as perguntas corretamente.

É preciso entender que, no formato online, as mulheres interpretaram o instrumento conforme seu entendimento, muitas vezes leigo sobre o assunto. Sem poder tirar dúvidas em relação as questões abordadas, as participantes podem ter se confundido com o que se pede, mesmo tentando responder da maneira mais sincera possível. Isso pode gerar dificuldade na autoavaliação para preencher as questões com coerência, ou até mesmo, promover constrangimento mediante o tema da pesquisa.

Ao analisar os resultados dessa e outras pesquisas, é possível concluir que o desejo, a excitação, o orgasmo e a alteração da percepção de dor são os domínios em alteração mais diagnosticados. Além disso, a dor e o desejo geralmente se associam. Mesmo com estudos publicados mostrando uma incidência alta de diagnóstico, superior a 30%, as taxas podem ser muito maiores, uma vez que ainda existe um tabu ligado ao tema. Explicando, aqui, a dificuldade para esclarecer a etiologia da DSF. Questões como fatores biológicos e elementos psicossociais estão associados a multifatorialidade desse problema²⁵.

CONCLUSÃO

No presente estudo, de 54 participantes, 31 apresentam disfunção sexual, tendo a dor como principal causa do distúrbio, seguida de alteração de orgasmo e desejo, e lubrificação. Esses resultados indicam uma possível correlação entre as etapas da resposta sexual, explicando que a disfunção não se resume a defasagem de apenas uma das fases do ciclo da resposta sexual.

Ainda, é importante ressaltar que, apesar de apenas 23 participantes não apresentarem alteração o suficiente para uma pontuação referente a DS, essas mulheres podem ter algum domínio alterado, indicando risco para problemas futuros. A justificativa para a variação de resultados em cada domínio quando avaliados individualmente, ocorre pela diversidade e subjetividade do diagnóstico,

bem como dos critérios estudados.

Em conclusão, a disfunção sexual feminina é uma condição de saúde multifatorial que afeta muitas mulheres, tornando-se um problema, visto que as impossibilita de ter uma relação sexual completa ou satisfatória. Sua ocorrência está ligada a fatores isolados ou não, e pode acontecer em qualquer fase da vida sexual ativa.

REFERÊNCIAS

1. Vettorazzi J, Marques F, Hentschel H, Lopes Ramos JG, Martins-Costa SH, Badalotti M, et al. Sexuality and the Postpartum period: a literature review. Rev HCPA Rev HCPA [Internet]. 2012;3232(44):473–9.
2. Ribeiro B, Magalhães AT, Mota I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva - Prevalência e fatores associados. Rev Port Clínica Geral. 2013;29(1):16–24. DOI: 10.32385/rpmgf.v29i1.11044.
3. Cerejo AC. Disfunção sexual feminina: Prevalência e factores relacionados. Rev Port Med Geral e Fam. 2006;22(6):8–11. DOI: 10.32385/rpmgf.v22i6.10303.
4. Basson R. Human sexual response [Internet]. 1st ed. Vol. 130, Handbook of Clinical Neurology. Elsevier B.V.; 2015. 11–18 p. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-444-63247-0.00002-X>.
5. Levin RJ, Both S, Georgiadis J, Kukkonen T, Park K, Yang CC. The Physiology of Female Sexual Function and the Pathophysiology of Female Sexual Dysfunction (Committee 13A). J Sex Med [Internet]. 2016;13(5):733–59. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.172>.
6. Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: Perceptions and facts. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2014;25(1):5–14. DOI: 10.1007/s00192-013-2118-7.
7. Piassarolli VP, Hardy E, de Andrade NF, de Oliveira Ferreira N, Osis MJD. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. Rev Bras Ginecol e Obstet. 2010;32(5):234–40. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032010000500006>
8. Burri A V., Cherkas LM, Spector TD. Emotional intelligence and its association with orgasmic frequency in women. J Sex Med. 2009;6(7):1930–7.
9. De Lima Holanda JB, Vieira Abuchaim EDS, Coca KP, Freitas De Vilhena Abrão AC. Sexual dysfunction and associated factors reported in the postpartum period. ACTA Paul Enferm. 2014;27(6):573–8. DOI: 10.1590/1982-0194201400093.
10. Lara LA da S, Silva ACJ de SR e, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. Rev Bras Ginecol e Obs. 2008;30(6):312–21.
11. Mitchell KR, Ploubidis GB, Datta J, Wellings K. The Natsal-SF: A validated measure of sexual function for use in community surveys. Eur J Epidemiol. 2012;27(6):409–18.

12. Paula A, Pessoa R, Correia V, Malisnki F, Latorre GFS. Desenvolvimento de uma versão online e gratuita do Female Sexual Function Index - FSFI. Rev Bras Fisioter Pelvica. 2021;13-8
13. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther. 2000;26(2):191-205.
14. Crisp CC, Fellner AN, Pauls RN. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) for web-based administration. Int Urogynecol J. 2015;26(2):219-22. DOI: 10.1007/s00192-014-2461-3
15. Basson R. The Female Sexual Response: A Different Model The Female Sexual Response : A Different Model. J Sex Marital Ther. 2000;26(1):51-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/009262300278641>.
16. Khajehei M, Doherty M, Tilley PJM. An update on sexual function and dysfunction in women. Arch Womens Ment Health. 2015;18(3):423-33. DOI: 10.1007/s00737-015- 0535-y
17. Giraldi A, Kristensen E, Sand M. Endorsement of Models Describing Sexual Response of Men and Women with a Sexual Partner: An Online Survey in a Population Sample of Danish Adults Ages 20-65 Years. J Sex Med. 2015;12(1):116-28. DOI: 10.1111/jsm.12720.
18. Marques Cerentini T, La Rosa VL, Goulart C da L, 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 Relatsh Ther [Internet]. 2020;0(0):1- 12.
19. Koops TU, Briken P. Prevalence of Female Sexual Function Difficulties and Sexual Pain Assessed by the Female Sexual Function Index: A Systematic Review. J Sex Med 2018;15(11):1591-9.
20. Negri M, de Souza E, Torloni MR, Ribeiro MC, Júnior EA, Falbo Guazzelli CA. Sexual function in Brazilian female adolescents and young adults: a cross-sectional study. Rev Assoc Med Bras. 2022;68(9):1210-5. DOI: 10.1590/1806-9282.20220232.
21. Latorre GFS, Bilck PA, Pelegrini A, Santos JM, Sperandio FF. Disfunção sexual em jovens universitárias: prevalência e fatores associados. Fisioter Bras 2016;17(5):442-9.
22. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Incidence and 12 of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. J Sex Med [Internet]. 2016;13(2):144-52.
23. Organização Mundial da Saúde. Sexual and Reproductive Health and Research, 8 de Julho, 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/multi-media/details/comprehensivesexuality-education-empowers-young-people-to-take-informed-decisions-about-theirsexuality-and-relationships-in-a-way-that-protects-their-health>>.
24. Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. Int Urogynecol J. 2018;29(5):631-8. 25.
25. Weinberger JM, Houman J, Caron AT, Anger J. Female Sexual Dysfunction: A Systematic Review of Outcomes Across Various Treatment Modalities. Sex Med Rev [Internet]. 2019;7(2):223-50. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.12.004>.

Prevalência de incontinência urinária em mulheres consideradas 'saúdáveis' em Guarapuava, PR



Caroline Monteiro Pasqualin¹, Alana Tâmis Leonel²

RESUMO

Submissão: 25/03/2023

Aceite: 01/04/2023

Publicação: 10/04/2023

Panorama: O assoalho pélvico tem função de sustentação de vísceras pélvicas, função sexual, continência urinária e fecal, na gestação e parto, possibilita sustentação e a passagem do feto. A falha desta musculatura pode ocasionar a incontinência urinária, que é definida como qualquer perda involuntária de urina, podendo gerar desconforto social ou higiênico ao paciente. **Objetivo:** Investigar a prevalência de incontinência urinária em mulheres com mais de 18 anos, análise do grau de autoconhecimento íntimo e a interferência da I.U na qualidade de vida. **Método:** Estudo transversal de cunho investigativo. Utilizados um questionário sociodemográfico e o PRAFAB pelo Google Forms, através de link postado nas redes sociais. **Resultados:** Participaram 62 mulheres com idade média de 24,8 anos, 77,4% apresentaram algum nível de perda urinária. **Conclusão:** A incontinência urinária foi prevalente em mulheres jovens, não havendo relação da severidade da I.U com a via de parto, porém são diversos os fatores que podem estar ligados a essa disfunção.

ABSTRACT

Background: The pelvic floor has the function of supporting the pelvic viscera, sexual function, urinary and fecal continence, during pregnancy and childbirth, it allows the support and passage of the fetus. The failure of this musculature can cause urinary incontinence, which is defined as any involuntary loss of urine, which may generate social or hygienic discomfort for the patient. **Aims:** To investigate the prevalence of urinary incontinence in women over 18 years old, analysis of the degree of intimate self-knowledge and the interference of UI in quality of life. **Method:** Cross-sectional study of an investigative nature. A sociodemographic and PRAFAB questionnaire was used by Google Forms, through a link posted on social networks. **Results:** 62 women with an average age of 24.8 years participated, 77.4% had some level of urinary loss. **Conclusion:** Urinary incontinence was prevalent in young women, with no relationship between the severity of UI and the mode of delivery, but there are several factors that may be linked to this dysfunction.

¹Discente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Uniguairacá. carolinewiniarski@hotmail.com
²Docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Uniguairacá. alana.leonel@uniguairaca.edu.br

INTRODUÇÃO

O corpo da mulher passa por diversas transformações ao longo da vida, por ciclos e momentos que ocorrem alterações físicas, psicológicas e hormonais. São muitas fases e todas elas influenciam na saúde, por isso crescentemente a saúde da mulher vem sendo globalizada¹, mas atualmente ainda há muito receio em falar sobre saúde íntima, principalmente quando se trata de assoalho pélvico, visto que grande parte das pessoas não tem conhecimento do mesmo².

Na parte inferior da pelve localiza-se o assoalho pélvico, que é formado por músculos, ligamentos e fâscias, formando uma rede de sustentação para vísceras pélvicas. Importante estrutura para o complexo de saúde³. Sendo responsável também pela função sexual, controle de esfíncter, uretra e reto, conservação da pressão vaginal⁴, bem como na gestação e parto, proporcionando sustentação e permitindo a passagem do feto⁵. Ele é constituído pelos músculos bulbocavernoso, isquiocavernoso, coccígeo, transverso do períneo e levantadores do ânus (pubovisceral, pubococcígeo e ileococcígeo). Em todos os momentos pode-se exercitar o MAP, pois uma musculatura perineal fraca, pode desencadear disfunções sexuais, flacidez vaginal, prolapso genital e a incontinência urinária¹. Dentro do contexto de saúde, o aspecto de continência urinária está envolvida com esse grupo muscular⁶.

A capacidade da bexiga armazenar a urina é chamada continência urinária. Para que isso ocorra é necessário que a musculatura do MAP esteja unida ao centro neurológico, que envolve o sistema nervoso central ao sistema nervoso periférico autônomo e somático, assegurando o ato da micção de maneira voluntária⁷, caso essas estruturas não desempenhem suas funções em conjunto e equilibradas, ou até mesmo falha em alguma delas, pode-se ocasionar a perda urinária, dessa forma envolvendo a etapa de armazenamento, assim como a etapa de esvaziamento⁸.

A incontinência urinária é definida por qualquer tipo de perda involuntária de urina, levando a desconforto social ou higiênico para o paciente. É categorizada em três tipos básicos: a incontinência urinária de esforço (IUE) acontece quando o esfíncter urinário está enfraquecido e não trabalha

apropriadamente, a perda de urina acontece durante tosse, espirro, atividade física, esforço ou que gerem aumento da pressão intra-abdominal; incontinência urinária de urgência (IUU) é decorrente da hiperatividade do músculo detrusor, ocorre vontade súbita e imediata de urinar e incontinência urinária mista (IUM), quando associa-se IUE E IUU, onde a perda de urina tem ligação com urgência e esforços⁹.

Nos dias de hoje, profissionais da área pélvica estão cada vez mais interessados pelo estudo da incontinência urinária feminina, assim como o efeito de vários elementos e ocorrências associadas a doença. Além disso tem-se pesquisado muito em relação a qualidade de vida dessas mulheres, visto que a incontinência pode afetar negativamente, interferindo na saúde física, mental e social¹⁰.

Considerado um dos melhores instrumentos para avaliação da incontinência urinária atualmente, o *Protection, Amount, Frequency, Adjustment, Body Image* (PRAFAB), consta com dois domínios, onde aborda a impactação sobre a imagem corporal e no que se refere as participações nas atividades, bem como designa a severidade da incontinência¹¹.

De acordo com o exposto acima, o objetivo deste trabalho foi verificar a prevalência da incontinência urinária em mulheres com mais de 18 anos, avaliando seu grau de autoconhecimento íntimo e a influência que a IU pode gerar na sua qualidade de vida.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, de cunho investigativo, aprovado pelo Comitê de ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava-PR, sob o parecer 5.337.692, efetivado por meio da plataforma virtual Google Forms.

Foram incluídas mulheres com mais de 18 anos, da cidade de Guarapuava-Pr e região, que participaram da palestra sobre saúde íntima feminina, bem como mulheres que acessaram o link do questionário, que foi divulgado através das redes sociais. Não era obrigatório participar da palestra,

por essa razão mulheres que não compareceram também puderam participar da pesquisa. Foram excluídas mulheres que estavam gestantes ou em fase de menopausa e que acessaram aos questionários, mas não aceitaram respondê-los.

As mulheres foram convidadas a participar do evento informativo sobre saúde íntima feminina, através das redes sociais e convite direto. Na palestra foi abordado os seguintes temas: 1. Anatomia básica do assoalho pélvico; 2. Cuidados íntimos de higiene e saúde; 3. Função sexual feminina e possíveis disfunções; 4. Incontinência urinária feminina; 5. Possíveis tratamentos para as disfunções e como encontrar redes de serviço que prestem atendimento. Durante o evento foi disponibilizado um Qr Code de acesso ao questionário, bem como divulgado através das redes sociais o link de acesso, o qual ficou disponível por 30 dias. Ao acessarem, a primeira etapa foi o aceite do termo livre e esclarecido - TCLE, aquelas que marcaram “não aceito” receberam uma mensagem de agradecimento e o questionário foi encerrado. Em seguida ao consentimento do TCLE, as participantes eram encaminhadas para o questionário de caracterização da amostra, composto por questões referentes a dados antropométricos e biossociais. Na ultima etapa estava o questionário específico da pesquisa, o PRAFAB.

O PRAFAB (*Protection, Amount, Frequency, Adjustment, Body Image*), tem como função quantificar a I.U e seus impactos sociais e emocionais, através de cinco domínios: proteção, frequência, quantidade, adaptações e autoimagem. A pontuação de cada um dos domínios varia entre 1 e 4 e o score total entre 5 e 20, a incontinência é classificada como leve (4 a 6 pontos), moderada (7 a 10 pontos) e severa (11 a 20 pontos). Instrumento amplo e rápido de responder, por conter apenas 5 perguntas. É constituído pelas consecutivas disposições: Proteção (uso de protetores/absorventes), Volume da perda urinária, Frequência, Participação ou Adaptação as AVD's (que possam ter sido alteradas pelos sintomas da I.U) e Imagem Corporal/Autoimagem¹².

O estudo foi realizado através da plataforma online Google Forms, pois pesquisas realizadas através de formulários online, permitem uma propagação mais rápida, maior abrangência, facilitação

do ordenamento e análise dos dados que serão coletados. Essa ferramenta também permite que os dados sejam visualizados em tempo real, proporcionando ao pesquisador presenciar o desenvolvimento da pesquisa sempre que quiser¹³.

Durante toda a palestra, foram tomados os devidos cuidados para combate a propagação da Covid-19, tais como, uso obrigatório de máscaras, álcool 70% na entrada do auditório, para higienização das mãos, bem como organização dos lugares para não haver aglomerações.

Os dados foram analisados através do software estatístico SPSS 24 for Mac. Para testar a normalidade ou não da amostra foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, com índice de significância de 5% ($p < 0,05$) para as variáveis idade, peso, altura e IMC, demonstrando amostras não pareadas, com isso foi realizado o teste de correlação de Spearman entre os dados de graus de severidade do PRAFAB, idade e número de partos normais e vaginais.

RESULTADOS

Das 62 participantes, 27,4% eram solteiras, 33,8% estavam namorando e 38,7% casadas, em relação ao grau de escolaridade a maior parte delas (51,6%) estavam cursando o ensino superior, 14,5% têm ensino médio completo, 29% têm o ensino superior completo e apenas 4,8% tem mestrado ou doutorado. Participaram do estudo 62 mulheres, com idade média de 24 anos, os dados antropométricos estão apresentados na tabela 1.

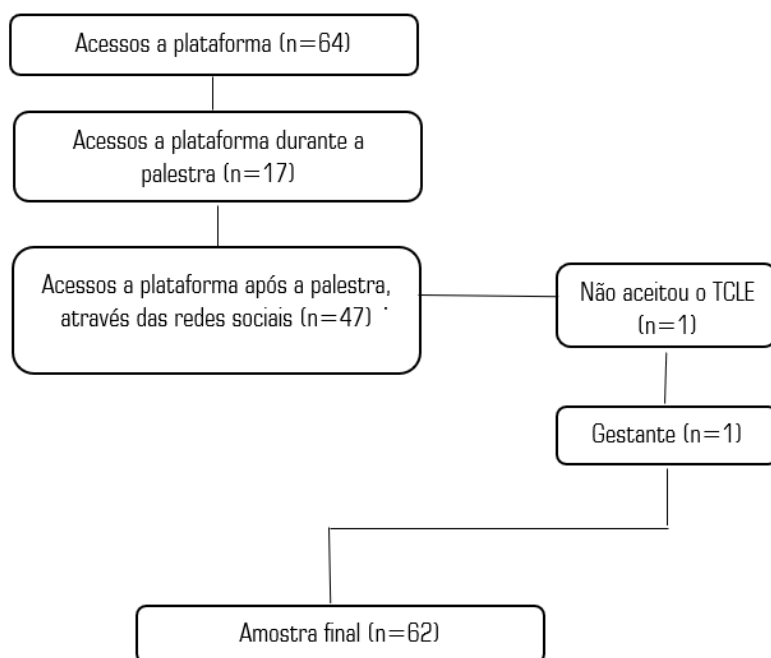
Tabela 1: Dados antropométricos da amostra (média $\pm$ desvio padrão), apresentados em anos (idade), quilogramas (peso), centímetros (estatura) e kg/cm² (IMC).

	Idade	Peso	Estatura	IMC
Amostra (n=62)	24,8 $\pm$ 7,3	65,6 $\pm$ 13,7	163,3 $\pm$ 5,4	25,2 $\pm$ 5,5

O estudo foi composto por mulheres com mais de 18 anos, que participaram da palestra de saúde pélvica e autoconhecimento, onde receberam um *QR code* de acesso ao questionário PRAFAB,

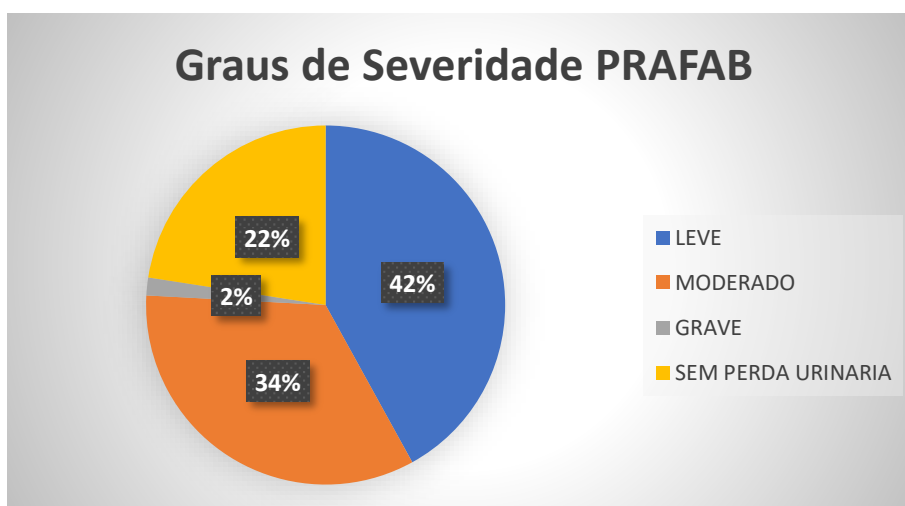
para quantificar a Incontinência Urinária e seus impactos sociais e emocionais. Bem como mulheres que acessaram o questionário através das redes sociais, o mesmo ficou disponível por 30 dias.

Figura 1: fluxograma dos critérios de elegibilidade para o estudo e montagem da amostra.



Quando analisados os dados finais da pesquisa, que são em relação a presença ou não de incontinência urinária, 77,4% das participantes apresentaram algum nível de perda urinária, a classificação por severidade dos escapes urinários está apresentada no gráfico 1.

Gráfico 1: graus de severidade da IU de acordo com o PRAFAB.



A correlação de Spearman foi realizada por existirem dados ordinais, não paramétricos e mostrou que não existiu correlação entre as variáveis analisadas, pois para todas a significância foi $> 0,05$, indicando que não há relação entre o grau de severidade da incontinência urinária avaliada através do PRAFAB, com a idade e via de parto normal ou cesáreo, das participantes.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo indicaram que a incontinência urinária (IU) se mostrou presente em mulheres jovens, com idade média de 24 anos, onde 77,4% demonstraram ter perda urinária.

A idade é vista como fator causal para a IU, sendo amplificado após a menopausa, em razão a assuntos hormonais, como a diminuição do estrogênio sérico, ocasionando um atrofiamento da musculatura uretral, favorecendo o aumento da I.U¹⁴, mas os resultados desse estudo demonstraram acometimento da I.U em mulheres jovens, concordante a Patrizzi et al. (2014)¹⁵ onde ressaltou, que a perda involuntária de urina não é exclusiva de mulheres idosas, visto que existe também uma porcentagem de mulheres jovens que são acometidas. Retratou também que mulheres que praticavam exercícios físicos de alto impacto, com destaque nas que realizavam musculação, em razão a pressão intra-abdominal aumentada, tiveram incontinência urinária desencadeada, pois gera uma sobrecarga para o assoalho pélvico e conseqüentemente a fadiga dessa musculatura. Continuando esse raciocínio, Braz (2017)¹⁶ acrescenta a importância da realização de exercícios de fortalecimento do MAP, no decorrer das atividades físicas, pois melhora a função dessa musculatura, contribuindo para uma contração ativa e consciente, gerando recursos benéficos de sustentação e melhora da resistência uretral.

Segundo Ferreira et al. (2022)¹⁷, a incontinência urinária mesmo manifestando maior predomínio com o aumento da idade, é uma índole que não faz parte do envelhecimento fisiológico, pois mulheres de todas as faixas etárias podem vivenciar a I.U, até mesmo as jovens nulíparas.

Evidenciou que infecções do trato urinário em mulheres jovens, são importantes precedentes ligados a incidência da I.U. Essas infecções podem ocorrer principalmente no público feminino, pela proximidade da uretra e do ânus, menor comprimento da uretra, fatores genéticos e comportamentais como a periodicidade de relações sexuais e o método contraceptivo de utilização.

Nas últimas décadas a preponderância da obesidade, tem crescido continuamente. Sua definição é por um índice de massa corporal (IMC), que é uma medida usada para calcular o peso ideal de cada pessoa. Pode ser inclusa como fator de risco para a incontinência urinária¹⁸. Há indicativos de que a obesidade expande a incidência de IUE e em contrapartida a IUU tem associação com aumentos na síndrome metabólica. Esse aumento de peso pode acirrar ou acarretar desordens do assoalho pélvico, ao expandir pressão sobre nervos e ligamentos, movendo ao alongamento demasiado¹⁹. Esses achados vêm de encontro com a pesquisa, pois a média do IMC relatou que as participantes estão na classificação sobrepeso. Hernandez et al. (2013)²⁰ descobriu em seu estudo que o IMC elevado e o acúmulo de peso no pós parto, expande o risco de incontinência urinária.

Zizzi et al. (2017)²¹ descreve a gravidez com um momento na vida das mulheres, onde ocorrem mudanças tanto físicas como psicológicas, culturais e sociais. Nesse período sucedem alterações hormonais, como o aumento do estrogênio e progesterona. No MAP acontece um ônus muscular, através do parto e do ganho excessivo de peso, ocasionando distensão que acompanham a mucosa vaginal, porém a fáscia é rígida, podendo rasgar-se.

Esse estudo não mostrou relação entre o grau de severidade da incontinência urinária, com a via de parto (normal ou cesariana) e corrobora com achados de Mendes et al. (2016)²² onde elencou em seu estudo, que a preferência da mulher pela cesariana muitas vezes está adjunta a quesitos que diz respeito a prevenção das disfunções do assoalho pélvico. O parto vaginal é enxergado como um elemento que desenvolve a fraqueza da musculatura do MAP. O fortalecimento dessa musculatura tanto na gestação quanto após o parto, é benéfico e melhora os sintomas da incontinência urinária e da função sexual. Relatou também que na sua pesquisa não houve influência do tipo de parto sobre a

força muscular do assoalho pélvico e que poucas participantes alegaram fazer exercícios de fortalecimento pélvico no decorrer da gestação e após o parto.

Valeton e Amaral (2011)²³ também contribuiu com sua pesquisa, onde relatou que a pressão vaginal pós parto diminuiu tanto após parto vaginal quanto cesáreo.

Das 120 mulheres participantes do estudo de Bortoletto et al. (2021)²⁴ com média de idade 28 anos, metade apresentou incontinência urinária. Os sintomas foram leves e não houve diferença na severidade dos sintomas em relação a via de parto (vaginal/cesárea eletiva/cesárea após trabalho de parto).

Silva et al. (2017)²⁵ expôs que grande parte das mulheres não sabem da existência do assoalho pélvico, bem como não compreendem a importância do fortalecimento dessa musculatura. Dantas et al. (2020)²⁶ elencou que por essa falta de conhecimento, nenhuma das participantes do seu estudo, procuraram serviços de saúde, a maioria supõe ser um problema muito sucinto, para procurar um médico ou algum outro profissional da saúde em busca de tratamento.

Na pesquisa de Neels et al. (2016)²⁷ participaram 212 mulheres, com idade média de 21 anos, mostrando a carência de conhecimento de jovens nulíparas e que a informação sobre o que é o MAP e suas disfunções são de grande importância para as mulheres, principalmente antes de engravidar e dar à luz.

Um desalinhamento pélvico em anteversão e lordose lombar salientada, resultam em uma tensão e estiramento perineal, ocasionando a arruição da funcionalidade do local, essas oscilações pélvicas podem sim gerar a redução da força do períneo, sendo capaz de causar a I.U²⁸. Santana (2021)²⁹ expressa que as modificações na tensão dos músculos, ligamentos e fáscias, além das mudanças do suprimento nervoso do assoalho pélvico, seria uma causa importante de I.U, constipação intestinal e dificuldade na micção.

Disfunções do MAP podem ser desencadeadas por funções musculares inadequadas e incoordenadas, assim como um relaxamento inapropriado³⁰. Faleiro et al. (2021)³¹ explica que alguns

hábitos alimentares podem ter efeito irritativo sobre a musculatura lisa do detrusor, como o consumo de cafeína, chás, álcool e bebidas gaseificadas.

A qualidade de vida (Q.V) e a autoestima são afetadas negativamente pela perda de urina, fazendo com que mulheres tenham sentimento de ansiedade e constrangimento, assim como, limitações em suas atividades sociais³². No entanto, este estudo mostrou através do Prafab, pequena interferência da I.U na Q.V das participantes. Isso justifica-se pela perda urinária ser eventual e em pequenas quantidades, como também pela idade das participantes (adultas jovens), supostamente se os resultados tivessem apresentado scores mais elevados, possivelmente o impacto seria maior. O que vem de encontro com achados de Azevedo (2013)³³ onde relata que nem todas as participantes de sua pesquisa relataram influência da I.U em sua qualidade de vida, algumas disseram usar táticas para evitar a perda, como redução da ingestão hídrica.

Diferentes autores, como Oliveira et al. (2014)³⁴ e Henkes et al. (2015)³⁵ também coletaram adaptações realizadas pelas mulheres para as impertinentes perdas urinárias, sendo elas: uso de perfumes fortes, suspensão de remédios que estimulam a diurese, uso de vestimentas escuras, uso de protetores/absorventes, assim como sempre fazer a procura imediata de um banheiro mais próximo. Acreditando ser algo normal e que de forma natural iram obter a melhora. Muitas só procuram ajuda em casos que o acometimento está grave e extremo.

A utilização de questionários validados e a realização da pesquisa através do meio online é um ponto positivo neste estudo, visto que muitas mulheres não procuram serviços de saúde, quando seus sintomas são leves, mas com as pesquisas nas plataformas digitais temos maior abrangência. Em contrapartida, como limitação, temos que os resultados foram baseados em autorrelatos de sintomas de I.U, podendo não ser 100% exato.

A fisioterapia atua na reintegração perineal do assoalho pélvico, objetivando melhorar a força de contração das fibras musculares, proporcionar reparação abdominal e reajuste lombo-pélvico por meio de exercícios, técnicas e aparelhos, como: cinesioterapia, cones vaginais, eletroestimulação, biofeedback, técnicas comportamentais e exercícios perineais³⁶.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo permitiram concluir, que a predominância de incontinência urinária, se fez presente em mulheres jovens e não houve relação de severidade da I.U quando comparado a via de parto. No entanto são vários os fatores que podem estar ligados a esse problema.

O público em estudo está no pico da juventude, por essa razão, enfatiza a necessidade de falar mais a respeito da fisioterapia pélvica, como meio de tratamento para essa disfunção, bem como abordar sobre educação em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Nagamine BP, Dantas RS, Silva KCC da. A importância do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico na saúde da mulher. Rev Research, Society and Development, v. 10, n. 2, p. 1-12, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12894>
2. Burti JS, Marino S, Cruz JPS, Spink. Efeitos de exercícios para assoalho pélvico em mulheres idosas de diferentes níveis socioeconômicos. Rev Saúde e Pesquisa, v. 12, n. 1, p. 39-49, 2019. DOI: 10.17765/2176-9206.2019v12n1p39-49
3. Souza BRF, Evangelista MMR, Brandao AMC, Monteiro MGCT, Hazime FA, Dias SFL. Avaliação de mulheres com incontinência urinária de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Rev Brasileira de Fisioterapia Pélvica, v. 2, n. 1, p. 14-26, 2021. Disponível em: [https://perineo.net/rbfp/1\(2\)/1\(2\)14-26.pdf](https://perineo.net/rbfp/1(2)/1(2)14-26.pdf)
4. Stein SR, Pavan FV, Nunes EFC, Latorre GFS. Entendimento da fisioterapia pélvica como opção de tratamento para as disfunções do assoalho pélvico por profissionais de saúde da rede pública. Rev de Ciências Médicas, v. 27, n. 2, p. 65, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v27n2a4242>
5. Hul, Eliete. et al. Disfunções urinárias e sexuais em universitárias de instituição privada do sul brasileiro. Rev Brasileira de Fisioterapia Pélvica, v. 2, n. 1, p. 94-104, 2021. Disponível em: [https://perineo.net/rbfp/1\(2\)/1\(2\)94-104.pdf](https://perineo.net/rbfp/1(2)/1(2)94-104.pdf)
6. Borges JBR, Guarisi T, Camargo ACM de, Gollop TR, Machado RB, Borges PCG. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. Rev Einstein, v. 8, n. 2, p. 192–196, 2010. DOI: 10.1590/s1679-45082010ao1543
7. Becker GT, Nicaretta RJ, Zorzi TCL, Piccini AM. Percepção sobre a importância urinária e a fisioterapia pélvica de usuárias de Unidades Básicas de Saúde do Oeste de Santa Catarina. Rev Brasileira de Fisioterapia Pélvica, v. 1, n. 2, p. 36-45, 2021. Disponível em: [https://perineo.net/rbfp/1\(2\)/1\(2\)36-45.pdf](https://perineo.net/rbfp/1(2)/1(2)36-45.pdf)
8. Martins JTC, Silva VR da. Dialogando sobre incontinência urinária feminina, qualidade de vida e políticas públicas de saúde para a mulher brasileira. Rev Serviço Social e Saúde, v. 16, n. 2, p.

- 257, 2018. DOI: <https://doi.org/10.20396/sss.v16i2.8651466>
9. Irwin GM. Urinary Incontinence. Rev Elsevier, v. 46, n. 2, p. 233-242, 2019. DOI: 10.1016/j.pop.2019.02.004
10. Ptak M, Brodowska A, Ciecwiez S, Rotter I. Quality of Life in Women with Stage 1 Stress Urinary Incontinence after Application of Conservative Treatment—A Randomized Trial. Rev Int. J. Environ. Res. and Public Health, v. 14, p. 577, 2017. DOI:10.3390/ijerph14060577
11. Hendriks EJM, Bernards ATM, Bie RA de, Vet HCW de. The minimal Important Change of the PRAFAB Questionnaire in Women With Stress Urinary Incontinence: Results From a Prospective Cohort Study. Rev Wiley InterScience, v. 32, p. 379–387, 2008. DOI: 10.1002/nau.20554
12. Ayala A, Nunes EFC, Latorre GFS. Adaptação Transcultural e validação para o português brasileiro do questionário PRAFAE – Potection, Amout, Frequency, Adjustment, Body Image. Rev Brasileira de Fisioterapia Pélvica, v. 1, n. 2, p. 27-35, 2021. Disponível em: [https://perineo.net/rbfp/1\(2\)/1\(2\)27-35.pdf](https://perineo.net/rbfp/1(2)/1(2)27-35.pdf)
13. Andres FC, Andres SC, Moreschi C, Rodrigues SO, Ferst MS. A utilização da plataforma Google Forms em pesquisa acadêmica: relato de experiência. Rev Research, Society and Development, v. 9, n. 9, p. 1–7, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7174>
14. Cândido FJLF. Incontinência Urinária Em Mulheres: Breve Revisão De Fisiopatologia, Avaliação e Tratamento. Rev Visão Acadêmica, v. 18, n. 3, p. 67–80, 2017. DOI: 10.5380/acd.v18i3.54506
15. Patrizzi LJ, Viana DA, Silva LMA, Pegorari MS. Incontinência urinária em mulheres jovens praticantes de exercício físico. Rev Brasileira de Ciência e Movimento, v. 22, n. 3, p. 105–110, 2014. DOI: 10.18511/0103-1716/rbcm.v22n3p105-110
16. Braz KR. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária que praticam o método pilates. 2017. Disponível em: https://www.mendeley.com/catalogue/43d1ecc8-5dc9-33aa-b389-137260da42f0/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B6f2a3d6c-a845-4cb3-b9a0-3d1b50f322ed%7D
17. Ferreira EEL, Filho JCS, Valença MP, Santos ICRV. Incontinência urinária em mulheres jovens e nulíparas: fatores associados e prevalência. Rev Estima, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy, v. 20, p. 1–8, 2022. DOI: https://doi.org/10.30886/estima.v20.1168_PT
18. Legendre G, Fritel X, Capmas P, Pourcelot AG, Fernandez H. Incontinence urinaire et obésité. Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction, v. 41, n. 4, p. 318–323, 2012. DOI:10.1016/j.jgyn.2012.02.007
19. Nygaard CC, Schreiner L, Morsch TP, Saadi RP, Figueiredo MF, Padoin AV. Urinary incontinence and quality of life in female patients with obesity. Rev Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, v. 40, n. 9, p. 534–539, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1670626>
20. Hernandez RRV, Aranda ER, Aznar CT. Urinary incontinence and weight changes during pregnancy and post partum: A pending challenge. Midwifery, v. 29, n. 12, p. 123–129, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.004>
21. Zizzi PT, Trevisan KF, Leister N, Cruz CS, Riesco MLG. Women's pelvic floor muscle strength

and urinary and anal incontinence after childbirth: A cross-sectional study. Rev da Escola de Enfermagem, v. 51, p. 1–8, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2015039203214>

22. Mendes EPB, Oliveira SMJB de, Caroci AS, Francisco AA, Oliveira SG, Silva RL. Pelvic floor muscle strength in primiparous women according to the delivery type: Cross-sectional study. Rev Latino-Americana de Enfermagem, v. 24, p. 9, 2016. DOI:10.1590/1518-8345.0926.2758 www.eerp.usp.br/rlae
23. Valetton CT, Amaral VF do. Evaluation of urinary incontinence in pregnancy and postpartum in Curitiba Mothers Program: A prospective study. International Urogynecology Journal, v. 22, n. 7, p. 813–818, 2011. DOI: 10.1007/s00192-011-1365-8
24. Bortoletto JC, Juliato CRT, Brito LGO, Araujo CC de. Fatores associados à incontinência urinária em mulheres pós-parto. Rev Femina, v. 49, n. 5, p. 300–308, 2021. Disponível em: https://www.mendeley.com/catalogue/69ee6be8-2a88-337e-a285-2d282e07ebbd/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B7fcfb515-1923-40b2-86f4-591120eb2eea%7D
25. Silva SCS da, Junior GCR, Almeida CCD, Gouveia SSD, Gouveia GPM. Análise eletromiográfica e da qualidade de vida na incontinência urinária. Fisioterapia Brasil, v. 18, n. 5, p. 608-615, 2017. DOI: 10.33233/fb.v18i5.1558
26. Dantas MA, Dias C, Nascimento EGC do. Frequência da incontinência urinária em mulheres na idade produtiva. Rev de Enfermagem e Atenção à Saúde, v. 9, n. 2, p. 16–27, 2020. DOI: 10.18554/reas.v9i2.3521
27. Neels H, Wyndaele JJ, Tjalma WAA, Wachter S de, Windaele M, Vermandel A. Knowledge of the pelvic floor in nulliparous women. Journal of Physical Therapy Science, v. 28, n. 5, p. 1524–1533, 2016. Disponível em: https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpts/28/5/28_jpts-2015-1002/_pdf
28. Wallac PCA, Mejia DPM, Coutinho EMS. Relação da alteração biomecânica pélvica com a incontinência urinária de esforço feminina. p. 1–11, 2022. Disponível em: https://www.mendeley.com/catalogue/024c77f2-5b1d-3e38-9ebf-07646f0a8279/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B4ef73da8-a96c-4795-bf41-c084f2ea7b86%7D
29. Santana KROS. Atuação fisioterapêutica nas disfunções do assoalho pélvico decorrentes da episiotomia em adolescentes primíparas. p. 1-76, 2021. Disponível em: https://www.mendeley.com/catalogue/86dd53f2-a752-3bfc-97bf-4a0da529bfa6/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B4c1d50c2-89b5-4d14-8030-6d464831c061%7D
30. Almeida MBA de. et al. Disfunções de assoalho pélvico em atletas. Femina, v. 39, n. 8, p. 395–402, 2011. Disponível em: https://www.mendeley.com/catalogue/666e5094-0bda-3b71-a845-b7049effd550/?utm_source=desktop
31. Faleiro DJA, Menezes EC, Mazo GZ. Associação entre os hábitos alimentares e a incontinência urinária de idosas praticantes de atividade física. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, v. 26, n. 1, p. 299-311, 2021.
32. Lee IS, Choi ES. Pelvic floor muscle exercise by biofeedback and electrical stimulation to

reinforce the pelvic floor muscle after normal delivery. Journal of Korean Academy of Nursing, v. 36, n. 8, p. 1374–1380, 2006. DOI: 10.4040/jkan.2006.36.8.1374

33. Azevedo RMF. Eficácia do treino dos músculos do pavimento pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço em jovens atletas: um estudo clínico randomizado controlado. p. 78, 2013. Disponível em: <https://www.mendeley.com/catalogue/42e43b08-fde2-38b4-aeeb-ca060a3ce27d/>
34. Oliveira GSM, Botaro MAAB, Botaro CA, Rocha CAQC. Análise da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas frequentadoras de um grupo de convivência social em Muriaé-Mg. Revista Pesquisa em Fisioterapia, v. 4, n. 1, p. 7-15, 2014. DOI: 10.17267/2238-2704rpf.v4i1.379
35. Henkes DF, Fiori A, Carvalho JAM, Tavares CO, Frare JC. Incontinência urinária: o impacto na vida de mulheres acometidas e o significado do tratamento fisioterapêutico. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, v. 36, n. 2, p. 45-56, 2015. Disponível em: https://www.mendeley.com/catalogue/a32e6950-ac4a-3e40-97dc-a474ab0db761/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B5766dbbe-6213-4cb9-8d8e-e28fc934a88b%7D
36. Guerra TE, Rossato C, Nunes EFC, Latorre GFS. Atuação da fisioterapia no tratamento de incontinência urinária de esforço. Femina, v. 42, n. 6, p. 251–54, 2014. Disponível em: https://www.mendeley.com/catalogue/2451087c-9b04-34ab-8fb7-a751e7e017cd/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B4945e00c-86d8-447f-b371-7fa993ab252e%7D

Correlação entre a autopercepção da atividade dos músculos do assoalho pélvico e eletromiografia em mulheres



Ana Paula Zubreski¹, Alana Tâmis Leonel²

RESUMO

Submissão: 25/03/2023

Aceite: 01/04/2023

Publicação: 10/04/2023

Panorama: Na pelve encontramos os músculos do assoalho pélvico (MAP), e estes são responsáveis pela sustentação dos órgãos pélvicos, função sexual e manutenção da continência. A falta de consciência dessa musculatura pode levar a uma contração incorreta e a falha do relaxamento resultando em possíveis disfunções. **Objetivo:** Correlacionar a autopercepção feminina dos movimentos da MAP com dados eletromiográficos. **Método:** Estudo transversal investigativo. Durante a palestra as mulheres responderam se sabiam contrair e relaxar seu MAP, e optavam por participar ou não da avaliação física através da eletromiografia. Durante a EMG foi necessário contrair e relaxar o assoalho pélvico. **Resultados:** De todas as participantes 66.7% afirmaram saber e 50% afirmaram saber relaxar, porém a EMG apontou que 75% não obtiveram contração eficaz e 83.3% não souberam relaxar corretamente. **Conclusão:** a falta da autopercepção feminina da atividade da MAP é fato, tendo em vista que as participantes acreditavam saber contrair e relaxar, porém a EMG mostrou o contrário.

ABSTRACT

Background: In the pelvis we find the pelvic floor muscles (PFM), and these are responsible for supporting the pelvic organs, sexual function and maintenance of continence. Lack of awareness of this musculature can lead to incorrect contraction and relaxation failure resulting in possible dysfunctions. **Aims:** To correlate female self-perception of PFM movements with electromyographic data. **Method:** cross-sectional study. During the lecture, the women answered whether they knew how to contract and relax their PFM, and whether or not they chose to participate in the physical assessment through electromyography. During the EMG it was necessary to contract and relax the pelvic floor. **Results:** Of all the participants, 66.7% said they knew how to relax and 50% said they knew how to relax, but the EMG showed that 75% did not obtain an effective contraction and 83.3% did not know how to relax properly. **Conclusion:** the lack of female self-perception of PFM activity is a fact, given that the participants believed they knew how to contract and relax, but the EMG showed the opposite.

¹Discente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Uniguairacá. anapaulazubreski95@gmail.com
²Docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Uniguairacá. alana.leonel@uniguairaca.edu.br

INTRODUÇÃO

A pelve é composta pelos ossos ílio, ísquio, púbis, sacro e cóccix e nela se encontram os músculos do assoalho pélvico (MAP), sendo que estes agem como suporte das vísceras, resiste ao aumento da pressão intra-abdominal e tem grande importância na ação esfinteriana¹.

Os MAP são subdivididos em superficiais e profundos e atuam em conjunto para possibilitar a sustentação dos órgãos pélvicos, a função sexual e a manutenção da continência urinária e fecal. É capaz de realizar contrações lentas e rápidas, voluntárias e involuntárias. O assoalho pélvico é formado pelo conjunto de partes moles que fecham a pelve e suportam as vísceras em posição vertical²⁻³.

Muitas mulheres não conseguem distinguir uma contração correta do assoalho pélvico e/ou não sabem utilizar a contração em momentos corretos. Uma contração incorreta pode levar a contração inadequada de outros músculos como glúteo ou abdominal. O uso incorreto da musculatura pode dificultar ainda mais a compreensão da função dos MAP⁴.

A propriocepção pode estar relacionada com a dificuldade em conseguir a contração isolada dos MAP que se dá por uma realização de elevação e fechamento dos orifícios uretral, vaginal e anal sem ativar simultaneamente a musculatura adjacente⁵.

A falta de relaxamento muscular ou a atividade muscular aumentada pode evoluir para uma síndrome de dor pélvica. Ocorre que quando não se tem o conhecimento de como contrair voluntariamente os MAP, as mulheres não conseguem discernir se houve contração, não contraem corretamente ou ainda não utilizam a contração durante ações que provocam tensão no assoalho pélvico⁶⁻⁴.

A autopercepção da atividade (contração e relaxamento) do assoalho pélvico não é de fácil aprendizagem para a maioria das mulheres. Na falta de consciência da ação dos MAP existe a consequência da incapacidade da contração ou relaxamento adequados. A ausência do hábito de explorar o próprio corpo em virtude dos “tabus” pode ocasionar fraqueza e a dessensibilização em decorrência da inatividade muscular⁷.

É fundamental possuir consciência e saber usar essa musculatura de maneira certa, pois assim como qualquer outro músculo do corpo humano é preciso manter sua função e deixá-lo ativo durante toda a vida⁸.

Buscando novas maneiras de avaliar a função muscular dos MAP temos a eletromiografia (EMG), ela monitora a atividade elétrica gerada pela despolarização das fibras musculares, sendo considerada como uma medida da função muscular. Pode ser realizada por meio de agulha, que capta a atividade elétrica de poucas unidades motoras; ou por meio de eletrodos de superfície, que mensura a atividade elétrica de várias unidades motoras⁹⁻¹⁰.

Assim o objetivo do presente estudo foi investigar a autopercepção feminina sobre a atividade do próprio assoalho pélvico, conferindo a veracidade desta autopercepção por meio de avaliação eletromiográfica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, de cunho investigativo, aprovado pelo Comitê de ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava-PR, sob o parecer 5.337.692, efetivado por meio da plataforma virtual Google Forms.

Foram incluídas mulheres com mais de 18 anos, da cidade de Guarapuava-PR e região, que participaram de uma palestra sobre saúde íntima feminina e que aceitaram participar do estudo, comparecendo ao dia da avaliação eletromiográfica do assoalho pélvico. Foram excluídas as mulheres que estavam gestantes ou em fase de menopausa, que não aceitaram responder ao questionário ou que não compareceram ao dia agendado para a realização do teste, conforme fluxograma abaixo:

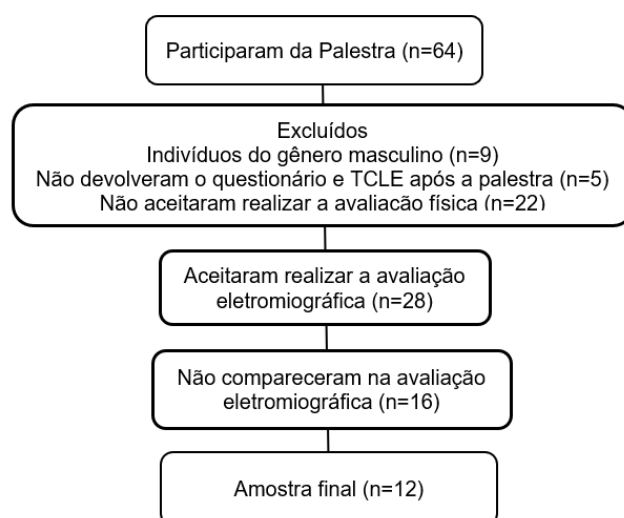


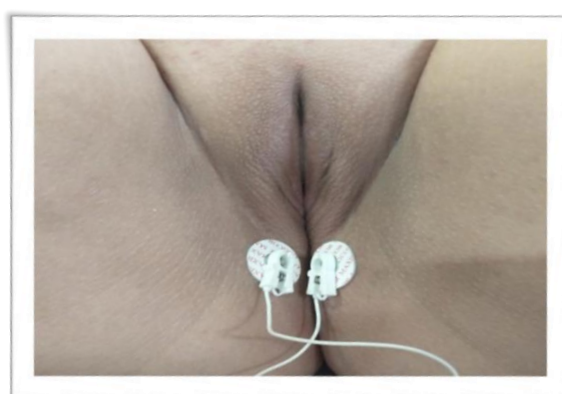
Figura 1: fluxograma do processo de seleção e amostragem.

As participantes que aceitaram realizar o exame físico, foram orientadas sobre o procedimento e agendadas para a coleta. Elas foram recepcionadas na Policlínica Guairacá e a sala utilizada para a

coleta foi preparada com lençol descartável na maca a qual era desinfetada com álcool 70% antes que a nova participante chegasse, também foi cedido um lençol para que a participante se cobrisse caso achasse necessário. Após isso elas foram instruídas a deitar em decúbito dorsal em com as pernas apoiadas e afastadas e os joelhos fletidos de maneira que se sentissem o mais confortável possível. O aparelho utilizado foi o eletromiógrafo New Miotool, da marca Miotec, os eletrodos de superfície eram os de eletrocardiograma infantil descartáveis.

Foram utilizados três eletrodos por participante, dois colados no períneo e um em uma proeminência óssea, neste caso foi colado na patela, para neutralizar possíveis interferências, conforme a figura 2¹¹.

Figura 2: Posicionamento dos eletrodos de superfície para a coleta da EMG



Um teste visual foi realizado antes do início da coleta o qual foi solicitado uma contração seguida de um relaxamento para que a mesma conseguisse visualizar como ocorreria durante a coleta. O primeiro passo foi a coleta da CVM (contração máxima voluntária). A CVM é realizada solicitando-se uma contração rápida, responsáveis pela potência muscular, por esse motivo solicita-se mais de uma repetição e registra a maior delas pois a primeira é considerada como um aprendizado⁹.

O protocolo da eletromiografia foi o seguinte: relaxamento de 25 segundos, contração de 5 segundos, relaxamento de 10 segundos, contração de 5 segundos, relaxamento de 10 segundos, contração de 15 segundos, relaxamento de 10 segundos, contração de 15 segundos e por fim relaxamento de 10 segundos. Durante toda a coleta a participante acompanhou pela tela do computador e na contração era orientada a contrair como ela achava ser o correto.

Os dados coletados através da eletromiografia ficaram salvos no software Miotec e posteriormente foram tabelados no software Microsoft Excel, para então serem analisados através de média das contrações voluntárias máximas (CVM) e de relaxamento (<25% da CVM) e comparadas com as respostas anteriores das participantes, sobre saber ou não contrair e relaxar os músculos do assoalho pélvico.

RESULTADOS

Participaram do estudo 12 mulheres, com idade média de 25 anos, os dados antropométricos estão apresentados na tabela 1. As participantes foram acolhidas para a pesquisa por meio de uma palestra aberta a toda a população com o tema Saúde Pélvica e Autoconhecimento, onde antes do início da mesma as mulheres foram convidadas a responder um questionário de caracterização de amostra e posteriormente se sabiam ou não contrair e relaxar o assoalho pélvico, ao final do questionário elas optavam por participar ou não da avaliação física eletromiográfica. A palestra foi ministrada e ao final as mulheres foram orientadas a devolver o questionário, o TCLE e o desejo de participar da avaliação física, caso se sentissem à vontade.

TABELA 1 - Dados antropométricos da amostra (média $\pm$ desvio padrão)

	Idade	Peso	Estatura	IMC
Amostra (n=12)	25,8 $\pm$ 10,0	71 $\pm$ 17,8	164 $\pm$ 0,04	26,01 $\pm$ 6,26

Dados estão apresentados em anos (idade), quilogramas (peso), centímetros (estatura) e kg/cm² (IMC).

Das 12 participantes 42% estavam solteiras, 33% namorando e 25% casadas, 83% destas mulheres já haviam tido relação sexual com média de idade da primeira relação de 16 anos e 17% nunca tiveram relação sexual, quando observado o nível de escolaridade notamos que 8.3% possuem mestrado, 83.3% estão cursando o ensino superior, 8.3% com o ensino fundamental incompleto.

Quando questionadas sobre a capacidade de contrair o assoalho pélvico, 66,7% afirmaram saber realizar a contração e 50% afirmaram saber relaxar o assoalho pélvico (gráficos 1 e 2), porém quando essa informação foi analisada através da eletromiografia, pode-se observar que 75% das mulheres não tiveram contrações efetivas com a mesma média de intensidade e que 83,3% delas não souberam relaxar o assoalho pélvico (tabela 2).

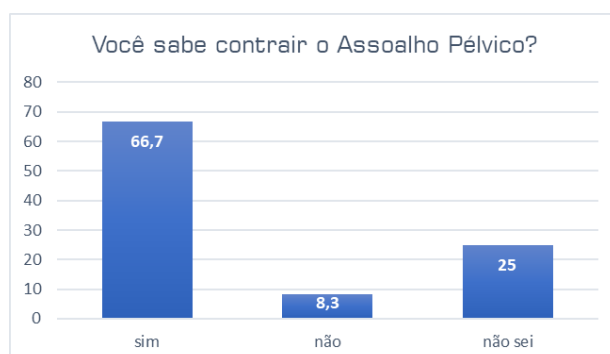


Gráfico 1: autopercepção relatada da contração



Gráfico 2: autopercepção relatada do relaxamento

TABELA 2: Eletromiografia da contração muscular do assoalho pélvico

Paciente	Sabe contrair?	CVM	MEDIA	≈CVM
P1	Sim	31,59	14,42	Não
P2	Sim	14,38	14,6	Sim*
P3	Não	25,25	19,61	Sim*
P4	Sim	18,77	8,15	Não
P5	Não	21,52	17,59	Não
P6	Sim	55,53	40,88	Não
P7	Sim	19,26	25,75	Não
P8	Sim	22,08	17,79	Não
P9	Sim	18,87	13,7	Não
P10	Não	43,36	35,73	Não
P11	Não	12,12	18,08	Não
P12	Sim	13,84	12,07	Sim*

Coluna 2: respostas das participantes. Coluna 3: CVM (contração máxima voluntária) realizada por elas antes do teste iniciar. Coluna 4: médias de quatro contrações solicitadas durante o teste. Coluna 5: se as médias de contração se aproximaram ou não da CVM.

Foram consideradas com capacidade de contração eficiente apenas as mulheres cuja CVM se aproximou da média eletromiográfica durante os testes de contração. Dentro desta metodologia pudemos considerar que apenas três mulheres (*) de fato souberam realizar a contração efetiva dos músculos do assoalho pélvico.

TABELA 3: Eletromiografia do relaxamento muscular

Paciente	Sabe relaxar?	25% CVM	MEDIA	< 25%
P1	sim	7,89	8	Sim*
P2	sim	3,59	12,44	Não
P3	não sei	6,31	13,63	Não
P4	não sei	4,69	4,42	Sim*
P5	não sei	5,38	20,24	Não
P6	não sei	13,88	38,63	Não
P7	sim	4,81	24	Não
P8	sim	5,52	12,1	Não
P9	sim	4,71	9,06	Não
P10	não	10,84	35,26	Não
P11	não sei	3,03	16,11	Não
P12	sim	3,46	9,68	Não

Coluna 2: respostas das participantes. Coluna 3: valor calculado de 25% da CVM (contração máxima voluntária) realizada antes do teste iniciar. Coluna 4: médias de cinco relaxamentos que foram solicitadas durante o teste. Coluna 5: se as médias de relaxamento se aproximaram ou não dos 25% da CVM.

Na tabela 3 estão descritos os dados eletromiográficos do relaxamento do assoalho pélvico.

Foram consideradas capazes de relaxar efetivamente a MAP apenas as mulheres cuja média eletromiográfica de cinco relaxamento se aproximou de 25% da CVM. Dentro desta metodologia pudemos afirmar que apenas duas participantes (*) de fato souberam realizar o relaxamento eficiente do assoalho pélvico após a contração.

DISCUSSÃO

Podemos observar que as mulheres, independentemente da idade, não sabem contrair nem relaxar os músculos do assoalho pélvico de forma eficaz quando lhes é solicitado uma série de contrações e relaxamentos simples. A incoordenação da MAP pode levar a disfunções dentre as quais se destacam a incontinência urinária, incontinência fecal, prolapsos genitais e disfunções sexuais¹².

Verifica-se a falta de conhecimento sobre o assoalho pélvico, pois muitas não sabem o que é, onde fica localizado e qual a sua função. A falta de informação sobre o que é e como funciona o MAP pode levar a uma hipotrofia e fraqueza. É essencial que se conheça, e que a contração seja feita de forma eficaz. A conscientização pode ser realizada através de imagens, vídeos, auto palpação e utilização de espelho para a visualização¹³⁻¹⁴.

Em mulheres é mais comum o enfraquecimento da musculatura principalmente por conta de partos vaginais, pois ocorre exaustão da musculatura o que gera distensão do hiato do levantador do anus. Quando há fraqueza muscular, pode ocorrer a descida anormal de órgãos pélvicos pelo canal vaginal¹⁵⁻¹⁶. A saúde do MAP é essencial para manter o funcionamento da vagina, uretra e órgãos da pelve, no entanto esses músculos são suscetíveis a atrofia e enfraquecimento podendo comprometer as funções desempenhadas¹⁷.

Estudos já realizados revelam que 30 a 50% das mulheres não sabem contrair os músculos perineais quando solicitado, provando que existe a desinformação sobre a própria anatomia. A educação e treinamento de propriocepção do assoalho pélvico permitem o ganho de consciência dos músculos e força⁸.

São descritos na literatura a impercepção (falha na propriocepção), hipoatividade (fraqueza), hiperatividade (incapacidade de relaxar), incoordenação (dificuldade de contrair e relaxar) e desprogramação (falha na pré-contração)¹⁸. Segundo o *Pelvic Floor Clinical Assessment Group of the International Continence Society* (ICS), os músculos hiperativos são os que não relaxam ou ainda os

que contraem no momento em que é necessário relaxar. A hiperatividade é definida quando um ou mais músculos do MAP desempenha sua função além do necessário ou ainda é ativado quando o relaxamento é necessário. O assoalho pélvico hiperativo está relacionado ao tônus alto, porém esta não está ligada apenas a um componente ativo/neurogênico, mas também a um componente passivo/mecânico referente às propriedades viscoelásticas dos tecidos conjuntivos e musculares¹⁹.

As disfunções do assoalho pélvico hiperativo incluem disfunção urinária, disfunção fecal, disfunção sexual e dor. Sabendo da função de contração e relaxamento dessa musculatura pode ocorrer o travamento na posição de contração – conhecido tecnicamente como contratura. Os tecidos conectivos que são responsáveis pela propriocepção podem se degenerar e os sinais proprioceptivos gerando a dor miofascial. Essa dor pode ser classificada em dores musculares (tipo 1) ou conectivas (tipo 2)²⁰⁻²¹.

O fortalecimento e a reeducação do assoalho pélvico têm como objetivo melhorar a força de contração, melhorar a sensibilidade, aumentar o fluxo sanguíneo e prevenir disfunções. O fortalecimento é indicado para todas as idades e tem como objetivo o ganho de força, melhora da mobilidade, favorece o relaxamento muscular ajudando na consciência corporal. A cinesioterapia tem o objetivo de restaurar a força e função muscular do assoalho pélvico e promover a conscientização corporal²²⁻²³.

O treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) é um dos pilares para o tratamento comportamental, sendo definido como exercícios para melhorar a força muscular, potência, resistência e relaxamento. O TMAP são exercícios que envolvem a compreensão da ativação dos músculos do assoalho pélvico, sendo que a eficácia depende da adesão dos pacientes²⁴.

A manipulação manual, eletroestimulação, biofeedback e dilatadores vaginais podem ajudar no isolamento dos músculos do assoalho pélvico melhorando a contração desses músculos. O treinamento da contração do assoalho pélvico auxilia no fechamento uretral e aumenta o recrutamento das fibras musculares em atividades de contração rápida e lenta¹⁴⁻²⁵.

Do ponto de vista cultural, é fundamental ressaltar que, ainda, a educação feminina é diferente da educação masculina, pois esta é mais liberal para os meninos. As meninas são educadas com ênfase em “esconder” seus genitais. Aceita-se com mais facilidade que homens sentem com “as pernas abertas”, já as mulheres devem cruzar as pernas ao sentar. Isso somado a outros itens da cultura

pode ser um gerador de hiperatividade do assoalho pélvico. Nesse contexto podemos nos questionar se a educação atual teria algum papel sociocultural que ocasiona a hiperatividade do assoalho pélvico e a falha no relaxamento desta musculatura²⁶.

CONCLUSÃO

Apesar da amostra pequena, mostramos que a falta de conhecimento feminino sobre a atividade do assoalho pélvico, e a incoordenação desta musculatura, são fenômenos observáveis, tendo em vista que a maioria absoluta das participantes acreditava conseguir contrair e relaxar os músculos do assoalho pélvico, porém a EMG mostrou que estas não conseguiram realizar estes movimentos com suficiente eficiência, provavelmente por não conhecerem o funcionamento do seu próprio corpo. São necessárias novas pesquisas com um número maior de participantes para que de fato possamos entender até que grau essa falta de consciência afeta o público feminino.

REFERÊNCIAS

1. Stein SR, Pavan FV, Carneiro-Nunes EF, Latorre GFS. Entendimento da fisioterapia pélvica como opção de tratamento para as disfunções do assoalho pélvico por profissionais de saúde da rede pública. Rev Ciências Médicas. 2019;27(2):65-72 <http://doi.org/10.24220/2318-0897v27n2a4242>.
2. Padilha JF, Barbosa J, Driusso P, Passos K. Electrostimulation and pelvic floor muscle training: immediate effect after one single session. 2022. <https://doi.org/10.1590/fm.2022.35603>;
3. Rodrigues MP, Silva MDFR Da, Cabral RMC, Filho GADF, Silva RCD Da. Atuação fisioterapêutica frente ao enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico em puérperas. Rev Recifaqui. 2020;3:45–75.
4. Dar G, Saban TS. The Perception of Pelvic Floor Muscle Function amongst Exercising Women Who Are Repeatedly Instructed to Contract Their Pelvic Floor Muscles. Healthc. 2022;10(9). <https://doi.org/10.3390/healthcare10091768>.
5. Díaz-Álvarez L, Lorenzo-Gallego L, Romay-Barrero H, Prieto-Gómez V, Torres-Lacomba M, Navarro-Brazález B. Does the Contractile Capability of Pelvic Floor Muscles Improve with Knowledge Acquisition and Verbal Instructions in Healthy Women? A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(15):1–14 <https://doi.org/10.3390/ijerph19159308>.
6. Aw HC, Ranasinghe W, Tan PHM, O'Connell HE. Overactive pelvic floor muscles (OPFM): Improving diagnostic accuracy with clinical examination and functional studies. Transl Androl Urol. 2017;6(Suppl 2):S64–7. <https://doi.org/10.21037/tau.2017.05.41>.

7. Zanella AK. Avaliação da consciência da musculatura do assoalho pélvico e sua relação com a incontinência urinária em idosas. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2016. <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/6607>
8. Santos MS dos. A influência da fisioterapia no autoconhecimento do assoalho pélvico e sua importância na autonomia feminina durante o trabalho de parto. UniAGES Centro Universitário Bacharelado em Fisioterapia. 2021;1–61. <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/17877>.
9. Resende APM, Nakamura MU, Ferreira EAG, Petricelli CD, Alexandre SM, Zanetti MRD. Eletromiografia de superfície para avaliação dos músculos do assoalho pélvico feminino: revisão de literatura. Fisioter e Pesqui. 2011;18(3):292–7. <https://doi.org/10.1590/S1809-29502011000300016>.
10. Ribeiro AM, Mateus-Vasconcelos ECL, Silva TD da, Brito LG de O, Oliveira HF de. Functional assessment of the pelvic floor muscles by electromyography: is there a normalization in data analysis? A systematic review. Fisioter e Pesqui. 2018;25(1):88–99. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/16559525012018>
11. Veiga PB, Furlanetto MP. Perfil eletromiográfico do assoalho pélvico de bailarinas de dança do ventre. Fisioter Bras 2020;21(6):592–600. <https://doi.org/10.33233/fb.v21i6.4207>.
12. Rietjens P, Magalhães SL, Araújo MA, Jorge LB, Latorre GFS. Importância da propriocepção e consciência muscular no tratamento de disfunções pélvicas. 2016;44(3):46–8.
13. Burti JS, Marino S, Cruz J de P da S, Spink MJP. Efeitos De Exercícios Para Assoalho Pélvico Em Mulheres Idosas De Diferentes Níveis Socioeconômicos. Saúde e Pesqui. 2019;12(1):39. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n1p39-49>.
14. Ribeiro BAA, Santos DC dos, Angelim ESZ, Lima MF, Souza EC de O, Barros M dos S. Efeitos da prática de fisioterapia obstétrica sobre a força dos músculos do assoalho pélvico na gestação : um relato de caso. 2003;
15. Amaral LLM, Nascimento JS, Silva LR, Porto LL, Valadão AF, Pascoal CKP, et al. Abordagem terapêutica em mulheres com Vaginismo: revisão de literatura / Therapeutic approach in women with Vaginism: literature review. Brazilian J Heal Rev. 2022;5(4):12134–46. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n4-015>.
16. Wallace SL, Miller LD, Mishra K. Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. Curr Opin Obstet Gynecol. 2019;31(6):485–93. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000584>
17. Carvalho KB de, Ibiapina FTO, Machado D de CD. Força muscular do assoalho pélvico em mulheres com queixas de disfunção pélvica. Fisioter Bras. 2021;22(3):425–41. <https://doi.org/10.33233/fb.v22i3.4257>
18. Latorre GFS, Rohenkohl SD, Vianna FH, Assis T, Lanz AB, Parise b, 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
19. Padoa A, McLean L, Morin M, Vandyken C. “The Overactive Pelvic Floor (OPF) and Sexual Dysfunction” Part 1: Pathophysiology of OPF and Its Impact on the Sexual Response. Sex Med Rev. 2021;9(1):64–75. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2020.02.002>

20. Faubion SS, Shuster LT, Bharucha AE. Recognition and management of nonrelaxing pelvic floor dysfunction. Mayo Clin Proc. 2012;87(2):187–93.<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2011.09.004>
21. Latorre GFS. Nova classificação etiológica e funcional para as dores genitais femininas, masculinas e infantis. Ver. Bras. De Fisiot Pelvica. 2021; [https://perineo.net/rbfp/1\(2\)/1\(2\)71-82.pdf](https://perineo.net/rbfp/1(2)/1(2)71-82.pdf)
22. Nagamine BP, Dantas R da S, Silva KCC da. A importância do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico na saúde da mulher. Res Soc Dev. 2021;10(2):e56710212894. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12894>
23. Marcondes JC, Rodrigues É, Franco Salerno GR. Consciência perineal, presença de sintomas urinários e satisfação sexual na fibromialgia. Fisioter Bras. 2021;22(3):442–55. <https://doi.org/10.33233/fb.v22i3.4519>
24. Cho ST, Kim KH. Pelvic floor muscle exercise and training for coping with urinary incontinence. J Exerc Rehabil. 2021;17(6):379–87. <https://doi.org/10.12965/jer.2142666.333>
25. Glisoi S, Girelli P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. Rev da Soc Bras Clínica Médica. 2011;9(6):408–13.
26. Latorre GFS, Santos AS, Bonetti AT, De Arruda MLA, Nunes EFC. Relação entre a falha do relaxamento do assoalho pélvico e a constipação em mulheres. R. Bras. e Ci. e Mov 2020;28(1):181-187.

Conhecimentos gerais sobre a saúde do assoalho pélvico em mulheres de Guarapuava, PR



Ana Gabriela Cenci¹, Alana Tâmis Leonel²

RESUMO

Submissão: 25/03/2023

Aceite: 01/04/2023

Publicação: 10/04/2023

Panorama: O assoalho pélvico é composto por músculos, ligamentos, fáscias; tecidos responsáveis por sustentar as vísceras pélvicas, controlar a uretra, esfíncter anal e função sexual, atuando também no parto. É essencial que a mulher tenha autoconhecimento sobre seu corpo para não desenvolver disfunções. **Objetivo:** Analisar o nível de autoconhecimento que a população feminina sobre função, localização e disfunções relacionadas ao assoalho pélvico. **Método:** Estudo transversal quantitativo e qualitativo, realizado por meio de um questionário aplicado durante uma palestra informativa. **Resultados:** Das 50 participantes, a maioria das questões mostraram bom conhecimento, mas o grau de escolaridade esteve relacionado ao nível de conhecimento. **Conclusão:** Mulheres da região possuem bom conhecimento da saúde do assoalho pélvico, porém algumas apresentaram dificuldade na identificação e diferenciação de processos normais e patológicos do corpo. Há necessidade de investimento em atividades educativas, especialmente para os estratos educacionais menos favorecidos.

ABSTRACT

Background: The pelvic floor is composed of muscles, ligaments, fascia; tissues responsible for supporting the pelvic viscera, controlling the urethra, anal sphincter and sexual function, also acting in childbirth. It is essential that the woman has self-knowledge about her body so as not to develop dysfunctions. **Aims:** To analyze the level of self-knowledge that the female population has about function, location and dysfunctions related to the pelvic floor. **Method:** Quantitative and qualitative cross-sectional study, carried out through a questionnaire applied during an informative lecture. **Results:** Of the 50 participants, most of the questions showed good knowledge, but the level of education was related to the level of knowledge. **Conclusion:** Women in the region have good knowledge of pelvic floor health, but some had difficulty identifying and differentiating between normal and pathological processes in the body. There is a need for investment in educational activities, especially for the less favored educational strata.

¹Discente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Uniguairacá. anagabriela.cenci450@gmail.com
²Docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Uniguairacá. alana.leonel@uniguairaca.edu.br

INTRODUÇÃO

Falar sobre saúde íntima feminina atualmente ainda é um tabu, especialmente quando se trata do assoalho pélvico, pois grande parcela da população não o identifica. O conhecimento do próprio corpo ainda é restrito, visto como assunto inapropriado principalmente quando relacionado a mulher, se autoconhecer está associado a diversos fatores como nível educacional, socioeconômico, aspectos religiosos e culturais^{1,2}.

O Assoalho Pélvico (AP) é uma estrutura composta por partes moles que fecham a pelve, onde se encontram músculos, fáscias, tecido conjuntivo, ligamentos e a região óssea constituída pelos ílios, ísquios, púbis, sacro e cóccix. Suas principais funções são sustentar e evitar o deslocamento das vísceras pélvicas, controlar a uretra, o esfíncter anal, a função sexual e possibilitar a passagem do feto durante o parto³⁻⁵.

Os músculos do assoalho pélvico (MAP) estão divididos em dois grupos, o profundo composto por levantadores do ânus, onde em fibra anterior encontra-se o pubovaginal (esfíncter da vagina), na intermédia puborretal e pubococcígeo e em posterior o iliococcígeo, este entrelaçado de fibras sustenta adequadamente as vísceras pélvicas atuando também na ação de esfíncter no reto e vagina. Os músculos superficiais são o transverso superficial do períneo, bulbocavernoso e isquiocavernoso, os quais auxiliam nas funções sexuais do assoalho pélvico^{1,2}.

No decorrer da vida o corpo feminino passa por diversas alterações fisiológicas podendo predispor o aparecimento de disfunções do assoalho pélvico (DAP), sendo as mais comuns a incontinência urinária, incontinência fecal, prolapso de órgãos pélvicos e também a disfunção sexual. A estimativa é que 21,7% das mulheres com mais de 18 anos seja acometida por alguma disfunção do assoalho pélvico, o pico situa-se entre 60 a 69 anos⁶.

As disfunções do assoalho pélvico podem surgir decorrentes de vários fatores, são eles a idade, número de partos, tipo de parto, peso do recém-nascido, cirurgias pélvicas, histerectomia, desordens de colágeno, tosse crônica e obesidade⁶.

Em decorrência da falta de conhecimento sobre o MAP muitas mulheres são acometidas por disfunções e não procuram tratamento por se sentirem constrangidas ou por acreditarem que o fato faz parte do envelhecimento natural, sendo essencial que a mulher tenha conhecimento sobre o MAP e compreenda seu próprio corpo⁷.

Barreiras encontradas para a falta de tratamento das DAP's incluem o constrangimento pessoal, desconhecimento que se tratam de condições médicas e falta de informação que existe tratamento. No Brasil o assunto ainda se apresenta com certa precariedade, não existem programas nacionais onde as mulheres recebam informação específicas sobre disfunções pélvicas e o período de espera para conseguir uma consulta com um especialista geralmente é longo, visto que os profissionais da atenção primária muitas vezes não estão preparados para abordar de forma efetiva este tipo de disfunção^{8,9}.

Aprender sobre a importância do assoalho pélvico e ter uma boa conscientização corporal é extremamente importante, visto que este é o primeiro passo para prevenção e tratamento de disfunções, pois conhecendo o próprio corpo o paciente pode compreender, participar e auxiliar. O conhecimento do MAP possibilita melhor identificação da região solicitada, ganho de percepção, melhora da flexibilidade e fortalecimento^{10,11}.

Muitas mulheres possuem dificuldades em distinguir o músculo do MAP que está sendo pedido, contraindo outra musculatura indevidamente, exemplos comuns são os abdominais, glúteos e adutor da coxa, ressaltando assim a importância da consciência do períneo e MAP¹⁰.

Há relatos que após uma única atividade educativa sobre o mesmo já foi possível identificar melhora do nível de conhecimento e diminuição de disfunções ressaltando assim a importância de ações educativas em saúde as quais possibilitam a população feminina receber informação de qualidade, melhorando seu conhecimento sobre si mesma e seus corpos^{12,11}.

Vista a carência de pesquisas que avaliem o conhecimento da população feminina sobre seu corpo, especialmente em relação ao assoalho pélvico, o presente estudo deseja investigar o nível de conhecimento das mulheres sobre localização, função, disfunções urinárias e sexuais relacionados ao MAP.

MÉTODO

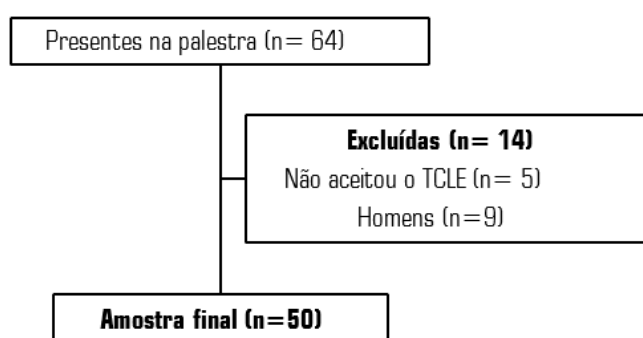
Trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa e qualitativa, onde dois meios de análise foram aplicados, o quantitativo visando enumerar e medir eventos de maneira objetiva e precisa e o qualitativo buscando entender, descrever e interpretar os mesmos. Quando utilizadas de

maneira conjunta possibilitam encontrar maior número de características e fatores que possam estar associados com o assunto estudado^{13,14}.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COMEP) da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava – PR, sob parecer nº 45.337.692 692 realizado durante uma palestra educativa sobre saúde pélvica e autoconhecimento.

A amostra foi composta por participantes que se encaixaram nos critérios de inclusão: mulheres, com idade igual ou superior a 18 anos, que participassem da palestra informativa realizada pelas pesquisadoras e que aceitaram participar do estudo, respondendo o questionário específico para este fim.

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção e amostragem.



As voluntárias foram convidadas, presencialmente e por redes sociais, a participarem de uma palestra informativa sobre Saúde Pélvica e Autoconhecimento Feminino, as participantes não precisavam necessariamente ser estudantes ou estarem cursando cursos da área da fisioterapia ou saúde.

A palestra foi ministrada no dia 11 de maio de 2022, nas dependências da UniGuairacá Centro Universitário. Quando chegaram ao auditório onde a palestra foi realizada receberam o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), todas foram informadas de que eram livres para concordar ou não com o TCLE e que poderiam participar da palestra mesmo não aceitando participar da pesquisa, as participantes receberam também um questionário com questões objetivas e abertas, relacionadas a questões pessoais, como idade, peso, altura, grau de escolaridade, idade que teve a primeira relação sexual e estado civil e questões específicas sobre o conhecimento do assoalho pélvico, sendo estas elaboradas pelas pesquisadoras, a palestra foi ministrada e ao final foi orientado para que as mulheres que se sentissem à vontade devolvessem o questionário respondido juntamente com o TCLE assinado.

O uso do questionário na coleta de dados é extremamente vantajoso, as questões propostas podem ser respondidas pelo participante sem a necessariamente a presença do pesquisador, por meio do questionário pode-se levantar crenças, opiniões, interesses, sentimentos, expectativas, situações vivenciadas, por meio de questões abertas e/ou fechadas. Além disso, a linguagem utilizada maioria das vezes é simples e direta, facilitando o entendimento¹⁵. Os dados que foram extraídos dos questionários foram tabulados em uma planilha de Excel, para que pudessem ser analisados de qualitativa, as informações foram divididas e calculado as porcentagens para cada resposta.

RESULTADOS

Participaram do estudo 50 mulheres, com idade média de 26 anos, os dados antropométricos estão apresentados na tabela 1.

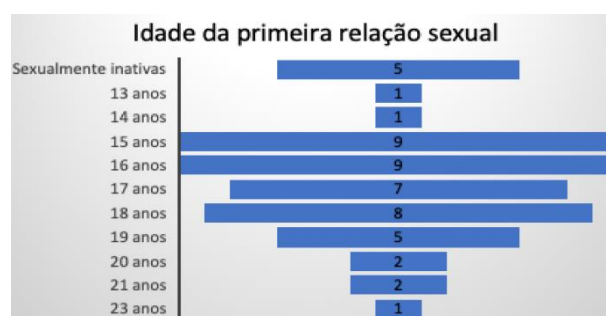
TABELA 1 - Dados antropométricos da amostra (média $\pm$ desvio padrão)

	Idade	Peso	Estatutura	IMC
Amostra (n=50)	26,6 $\pm$ 11,6	64 ,3 $\pm$ 14,3	164,1 $\pm$ 6,3	24 ,1 $\pm$ 5,4

Dados estão apresentados em anos (idade), quilogramas (peso), centímetros (estatura) e kg/cm² (IMC).

Das 50 participantes, 36% estavam solteiras, 32% namorando e 32% casadas, a média de idade para a primeira relação sexual foi de 17 anos, tendo 5 mulheres não ativas sexualmente, conforme mostra o gráfico 1, quando observado o nível de escolaridade, a maioria das mulheres 62% está cursando o ensino superior, 18% possui nível superior completo, 8% ensino médio completo, 4% ensino fundamental, 2% mestrado e 2% doutorado, 4% das participantes não respondeu a essa informação.

Gráfico 1: Idade da primeira relação sexual



As questões subjetivas relacionadas ao assoalho pélvico e autoconhecimento tabela 2.

Tabela 2: Conhecimento sobre saúde do assoalho pélvico

	SIM	NÃO	NÃO SEI	NÃO RESPONDEU
Você já ouviu falar em assoalho pélvico?	86%	14%		
Você já olhou para o seu assoalho pélvico com um espelho?	60%	36%		4%
Exercícios para o assoalho pélvico são bons para a saúde?	94%		6%	
Mulher perder urina de vez em quando é normal?	4%	92%	4%	
Dor durante ou após a relação sexual é normal?	4%	94%	2%	
Você tem ou já teve um orgasmo?	74%	16%	6%	4%
Você sabe contrair o assoalho pélvico?	58%	20%	22%	
Você sabe relaxar o assoalho pélvico?	50%	18%	32%	

As participantes responderam ainda a três questões abertas, em duas delas foi possível unir algumas respostas pela similaridade nas escritas e estão apresentadas nas tabelas 3 e 4.

Tabela 3: conhecimento sobre a localização anatômica do assoalho pélvico

ONDE ESTÁ LOCALIZADO O ASSOALHO PÉLVICO?	
Pelve	52%
Não responderam	32%
Vagina	4%
Lombar	2%
Entre as pernas	2%
Entre a vagina e o ânus	2%
Abaixo da bexiga (interior), vagina, útero	2%
Onde se encontra bexiga e útero	2%
Fazer sustentação dos órgãos (parte baixa dos órgãos)	2%

Tabela 4: conhecimento sobre a função do assoalho pélvico

QUAL A FUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO?	
Sustentação	60%
Proteção / sustentação	8%
Proteção / sustentação / excreção	2%
Segurar	2%
Segurar / proteção	2%
Segurar / sustentação	2%
Segurar / proteção / sustentação	2%
Segurar / proteção / sustentação / excreção	2%
Não sei	16%
Não respondeu	4%

DISCUSSÃO

Na presente pesquisa 86% das participantes relataram já ter ouvido falar sobre assoalho pélvico (AP) e 60% já haviam olhado para seu AP (região íntima) com um espelho.

Freitas¹² e Caagbay et al¹⁶ investigaram o nível de autoconhecimento de mulheres com poucos anos de estudo ou nenhum, encontrando resultados baixos, associando o nível de conhecimento sobre o próprio corpo ao grau de escolaridade das participantes, o que se relaciona com os achados da presente pesquisa onde (62%) das voluntárias estava cursando o ensino superior, resultando em um maior conhecimento do corpo.

O fato de apenas 60% das mulheres já ter olhado para sua região íntima com um espelho está envolto por diversos fatores, capazes de influenciar o conhecimento do corpo e a própria sexualidade. Em um estudo anterior destacasse uma ligação muito forte entre fatores sociais, familiares e religiosos na construção da sexualidade de cada mulher¹⁷.

Em relação aos exercícios para assoalho pélvico, 94% das mulheres disseram que os exercícios são bons para saúde. Exercitar a região pélvica previne a incontinência urinária, disfunção sexual, prolapso genital, auxilia no preparo para o parto, atuando também no tratamento de disfunções relacionadas aos mesmos³.

As mulheres foram questionadas sobre perda urinária, 92% respondeu que não é normal perder urina de vez em quando, uma pequena porcentagem 4%, relacionou a perda urinária como algo normal, no entanto é comum que as mulheres acreditem que perder xixi faz parte do processo do envelhecimento. Alves et al¹⁸ analisou mulheres com 56 anos em média, onde 50% apresentou IUE destas 97% nunca procuram ajuda médica para serem tratadas, acarretando em impactos psicológicos, sexuais, sociais, profissionais e em sua qualidade de vida.

Sobre sentir dor durante ou após a relação sexual ser normal, 94% das participantes responderam que não, evidenciando um bom conhecimento em relação a dor, visto que a presença de dor genital antes, durante e após a relação sexual é considerada disfunção sexual, chamada de dispareunia. Em uma pesquisa realizada com mulheres atendidas na UBS de Campo Grande os resultados encontrados foram diferentes, evidenciando um alto grau de desconhecimento na diferenciação entre os fenômenos fisiológicos e patológicos do climatério, onde muitas mulheres apresentavam dispareunia, e desconheciam que se tratava de uma patologia¹⁹.

Quando foi perguntado as participantes se elas já haviam tido um orgasmo, 74% responderam que sim, o alto percentual está relacionado a média de idade a qual foi 26 anos. Os achados dos estudos de Cabral et al²⁰ e Carvalho²¹ onde as amostras investigadas possuíam em média 50 e 66 anos sucessivamente, confirmam que com a chegada da menopausa e após os 60 anos ocorre uma diminuição na satisfação sexual e frequência de orgasmos na vida da mulher.

Na atual pesquisa procurou-se também investigar se as voluntárias sabiam contrair e relaxar seu assoalho pélvico, apenas 58% respondeu que sabia contrair e 50% relatou saber relaxar. Em estudos anteriores os quais também tinham sua amostra jovem os resultados corroboram com os encontrados, evidenciando que uma porcentagem significativa das mulheres não consegue realizar a contração efetiva do MAP, onde mulheres com menor percepção da musculatura apresentam maior dificuldade para contrair^{22,23}.

O percentual de mulheres que não sabe ou não é capaz relaxar o MAP pode estar relacionado a percepção do próprio corpo e/ou hiperatividade da musculatura. Recentemente foram examinados 350 prontuários, vindos do sistema público e privado de saúde, de diversas regiões do Brasil onde se evidenciou que do total de prontuários analisados, 85% apresentou o assoalho pélvico hiperativo²⁴.

Na atualidade algumas mulheres ainda desconhecem a localização dos músculos do assoalho pélvico, quando questionadas 52% das voluntárias respondeu que o MAP se encontra na pelve, e 32% não respondeu à questão.

Os resultados são similares aos encontrados por Costa²⁵ onde a falta de conhecimento sobre a localização do assoalho pélvico é perceptível em jovens estudantes do curso de fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, onde 98,2% dos participantes já ouviu falar sobre AP, mas 54,9% não soube identificar onde está localizado.

Nota-se que 60% das participantes associou a função do AP a sustentação e 16% não soube responder. Os resultados são bons, quando comparados a um estudo anterior o qual investigou 242 mulheres jovens estudantes do ensino médio de escolas públicas, onde menos de 30% das voluntárias tinha conhecimento sobre anatomia e função do assoalho pélvico²⁶.

Já a terceira pergunta era em relação à sensação do orgasmo, foi solicitado que as participantes descrevessem a sensação de ter um orgasmo, 42% das mulheres não responderam essa pergunta, e outras escreveram frases como “sensação de prazer”, “relaxamento”, “satisfação”,

“contrações da musculatura seguidas de relaxamento”.

O orgasmo é o nível mais alto de excitação sexual, envolve vários sistemas, os quais após estímulos genitais e não-genitais, levam a excitação, a qual promove contrações rítmicas na vagina, especificadamente no terço médio, contrações uterinas e esfinterianas da uretra e reto²⁷.

O número significativo de mulheres que não responderam a questão sobre a sensação de se ter um orgasmo está ligado a fatores como nunca ter realmente sentido um e questões relacionadas a timidez e constrangimento ao precisar falar de sua sexualidade, mais precisamente sobre o ato sexual.

CONCLUSÃO

Através do presente estudo, foi possível concluir que mulheres jovens, as quais tiveram mais oportunidade de estudo, possuem mais conhecimento sobre seu próprio corpo e assoalho pélvico. No entanto, uma pequena parte das participantes apresentou dificuldade na identificação de possíveis disfunções urinárias e sexuais.

Muitas mulheres sentem-se acoadas e constrangidas quando questionadas sobre assuntos que envolvem a sexualidade, porém é fundamental que a mulher conheça seu corpo. Através do autoconhecimento é possível melhorar o autocuidado, autoestima, autonomia, investigar e tratar alterações que venham a surgir.

É extremamente importante que atividades educativas incentivando o maior conhecimento do próprio corpo sejam incorporadas na sociedade, propagando informações de qualidade ao público feminino.

REFERÊNCIAS

1. Silva APS, Silva JS. A importância dos músculos do assoalho pélvico feminino, sob uma visão anatômica. Fisioterapia Brasil [Internet]. 2003;4(3):205–11. <https://doi.org/10.33233/fb.v4i3.3025>
2. Rosenbaum SDG, Sabbag SP. Questionamentos contemporâneos sobre a sexualidade feminina: considerações a respeito dos aspectos culturais, sociais, biológicos e emocionais. International Journal of Health Management Review [Internet]. 2020;6(1).

3. Sousa CB, Sousa VS, Figueredo RC. Disfunções Sexuais Femininas: Recursos fisioterapêuticos na anorgasmia feminina pela fraqueza do Assoalho Pélvico. Multidebates [Internet]. 2020;4(2):176–88.
4. Jesus AS. Influência do Método Pilates no Fortalecimento nos Músculos do Assoalho Pélvico em Mulheres Portadoras de Incontinência Urinária. Unirbedubr [Internet]. 2021
5. Álvarez LD, Gallego LL, Barrero HR, Gómez VP, Lacombe MT, Brazález BN. Does the Contractile Capability of Pelvic Floor Muscles Improve with Knowledge Acquisition and Verbal Instructions in Healthy Women? A Systematic Review. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2022;19(15):9308. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9368630/>
6. Vasconcelos CTM, Neto JAV, Bezerra LRPS, Augusto KL, Karbage SAL, Frota IPR, et al. Disfunções do assoalho pélvico: perfil sociodemográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de uroginecologia. Revista Gestão & Saúde [Internet]. 2017;4(1):1202–16.
7. Fante JF, Silva TD, Vasconcelos ECLM, Ferreira CHJ, Brito LGO. Do Women have Adequate Knowledge about Pelvic Floor Dysfunctions? A Systematic Review. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics [Internet]. 2019;41(08):508–19.
8. Chen CCG, Cox JT, Yuan C, Thomaier L, Dutta S. Knowledge of pelvic floor disorders in women seeking primary care: a cross-sectional study. BMC Family Practice [Internet]. 2019;20(1).
9. Andrade RL, Bo K, Antonio FI, Driusso P, Vasconcelos ECLM, Ramos S, et al. An education program about pelvic floor muscles improved women's knowledge but not pelvic floor muscle function, urinary incontinence or sexual function: a randomised trial. Journal of Physiotherapy [Internet]. 2018;64(2):91–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29574170/>
10. Pinheiro BF, Franco GR, Feitosa SM, Yuaso DR, Castro RA, Girão MJBC. Fisioterapia para consciência perineal: uma comparação entre as cinesioterapias com toque digital e com auxílio do biofeedback. Curitiba: Fisioterapia em Movimento, 2012;25(3):639–48. Available from: <https://www.scielo.br/j/fm/a/hxgVKZPk3FFY6vDrbKZqnFk/?format=pdf&lang=pt>
11. Santos MS. Influência da fisioterapia no autoconhecimento do assoalho pélvico e sua importância na autonomia feminina durante o trabalho de parto [dissertação]. Anima Educação [Internet]. 2021. Available from: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/17877/1/Monografia%20-%20Mariana%20%28FIS%29%20OK.pdf>
12. Freitas LM. Conhecimento de mulheres sobre os músculos do assoalho pélvico e sua relação com a capacidade de contração e sintomas de incontinência urinária: estudo transversal [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2018. Available from: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17152/tde-19072018-105226/ptbr.php>
13. Proetti S. As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: um estudo comparativo e objetivo. Revista Lumen - ISSN: 2447-8717 [Internet]. 2018;2(4). Available from: <http://www.periodicos.unifai.edu.br/index.php/lumen/article/view/60>
14. Souza KR, Kerbauy MTM. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. Educação e Filosofia [Internet]. 2017;31(61):21–44.

15. Assis MC. Metodologia do Trabalho Científico. 2007. Available from: <https://hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/Assis-Metodologia.pdf>
16. Caagbay DM, Black K, Dangal G, Greenow CR. Can a Leaflet with Brief Verbal Instruction Teach Nepali Women How to Correctly Contract Their Pelvic Floor Muscles?. Journal of Nepal Health Research Council [Internet]. 2017;15(2):105–9. Available from: <https://www.nepjol.info/index.php/JNHRC/article/view/18160>
17. Estevam CO, Lima MM. Sexualidade feminina: uma nova perspectiva. Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa [Internet]. 2017;33(65):117–30. Available from: <http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistatestes/article/view/97>
18. Alves SC, Souza JO, Januário PO, Cruz AT. Estudo clínico randomizado no tratamento da incontinência urinária por esforço na pós-menopausa. Revista Saúde e Desenvolvimento, [Internet]. 2020;14(17):115–130. Available from: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1065>
19. Vincensi IF, Gardenal RVC, Câmara JV, Ayres NO, Costa MP. Educação em saúde com mulheres da atenção básica em vivência sexual durante o climatério. Brazilian Journal of Development [Internet]. 2020;6(9):68378–85.
20. Cabral PUL, Canário ACG, Spyrides MHC, Uchôa SAC, Júnior JE, Amaral RLG, et al. Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2012 Jul;34(7):329–34.
21. Carvalho JC. Avaliação da satisfação e função sexual em idosas e fatores associados. [dissertação]. Ufpebr [Internet]. 2020; Available from: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/37981>
22. Zanello SC. Relação entre a autopercepção da habilidade de contração e a função da musculatura do assoalho pélvico de mulheres jovens. [dissertação]. Ufscarbr [Internet]. 2022
23. Alves, PC, Moreira, AJ. Estudo da relação entre a força muscular do assoalho pélvico com os comandos verbais solicitados. Brazilian Journal of Development, 2022;8(6):43299–43310.
24. Latorre GFS, Rohenkohl SD, Vianna FH, Assis T, Lanz AB, Parise B, et al. Quase todos os assoalhos pélvicos são hiperativos: a inversão do mais antigo paradigma da Fisioterapia Pélvica [Internet]. Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica RBFP. 2022;2(2)63-70. Available from: [https://perineo.net/rbfp/2\(2\)63-70.html](https://perineo.net/rbfp/2(2)63-70.html)
25. Costa TSLM. Conhecimento sobre o assoalho pélvico entre alunos do curso de graduação de fisioterapia: um estudo exploratório. [dissertação]. Ufrnbr [Internet]. 2021; Available from: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/35940>
26. Prudencio CB, Nava GTA, Souza BR, Carr AM, Avramidis RE, Barbosa AMP. Knowledge of pelvic floor disorders in young women: a cross-sectional study. Fisioterapia em Movimento [Internet]. 2022
27. Haisch JDF. O orgasmo feminino no universo da sexualidade e seus benefícios à saúde da mulher. Revista da Sexualidade Feminina, 2022;1(1):48–56.

Prevalência e associação entre as disfunções sexual e urinária em mulheres jovens de Guarapuava, PR



Kézia Lais Pereira Zviegicoski Mayer¹, Alana Tâmisia Leonel²

RESUMO

Submissão: 25/03/2023

Aceite: 01/04/2023

Publicação: 10/04/2023

Panorama: Assuntos como função urinária, sexual e saúde íntima feminina ainda são vistos como interditos perante a sociedade atual, por isso quando se fala se assoalho pélvico muitas mulheres não sabem do que se trata, e as disfunções que ocorrem nessa estrutura. Disfunções urinárias e sexuais são prevalentes mas são poucos os estudos em populações jovens. **Objetivo:** Levantar a prevalência de disfunção sexual (DS) e incontinência urinária (IU) em mulheres jovens. **Método:** Estudo transversal investigativo através da plataforma *Google Forms*, utilizando os questionários: FSFI e PRAFAB sob estatística descritiva. **Resultados:** Participaram 54 mulheres, idade média de 24 anos, sexarca média 16 anos sendo que 81 apresentou IU (42,5% leve, 37% moderada e 1,8% grave) e 57% apresentou DS. Quando associadas 46,2% de mulheres apresentaram as duas disfunções (20,3 IU leve e disfunção sexual, 24% IU moderada e disfunção sexual e 1,8% IU grave e disfunção sexual). **Conclusão:** Há presença de disfunções urinária e sexual associadas em mulheres jovens.

ABSTRACT

Background: Issues such as urinary function, sexual function and female intimate health are still seen as forbidden in today's society, so when talking about the pelvic floor, many women do not know what it is, and the dysfunctions that occur in this structure. Urinary and sexual dysfunctions are prevalent, but studies in young populations are scarce. **Aims:** To survey the prevalence of sexual dysfunction (SD) and urinary incontinence (UI) in young women. **Method:** Investigative cross-sectional study through the Google Forms platform, using the questionnaires: FSFI and PRAFAB under descriptive statistics. **Results:** Participants were 54 women, mean age 24 years, average sexarch 16 years, 81 had UI (42.5% mild, 37% moderate and 1.8% severe) and 57% had SD. When combined, 46.2% of women had both disorders (20.3 mild UI and sexual dysfunction, 24% moderate UI and sexual dysfunction, and 1.8% severe UI and sexual dysfunction). **Conclusion:** There are associated urinary and sexual dysfunctions in young women.

¹Discente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Uniguairacá. keziailais50@gmail.com
²Docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Uniguairacá. alana.leonel@uniguairaca.edu.br

INTRODUÇÃO

Na sociedade atual assuntos como função urinária, sexual e saúde íntima feminina ainda são assuntos censurados, quando falamos de assoalho pélvico grande parte das pessoas não sabem do que se trata, ou o que é. O assoalho pélvico constitui-se de músculos, ligamentos e fáscias cuja função é de sustentação dos órgãos pélvicos, como útero, bexiga e reto, como também de sustentação do feto quando a mulher está gestante. Além das funções citadas, o assoalho pélvico é responsável pela função sexual, ereção do clitóris, contrações vaginais durante o orgasmo, controle da uretra, reto e esfínter¹.

O assoalho pélvico caracteriza-se em três divisões: posterior, composto pelo reto; anterior, pela bexiga e uretra; e médio, formando a vagina. Já a sua musculatura se divide em superficial e profunda, segundo NAGAMINE et al. (2021)², a musculatura superficial é composta pelos músculos bulbocavernoso, isquiocavernoso, corpo e transverso do períneo, e esfínter anal externo. A musculatura profunda se apresenta como levantadores do ânus: iliococígeos, puboviscerais e puboretal.

Dentro do contexto de saúde, os aspectos de continência urinária e sexualidade estão envolvidos com o assoalho pélvico. Durante o ciclo da vida da mulher vários fatores podem vir a ocasionar o enfraquecimento desse grupo muscular, dentre eles podemos citar a gravidez, que além do suporte dos órgãos pélvicos fornece o suporte para o bebê², a prática de atividade física também pode acarretar o enfraquecimento dessa musculatura, sendo um fator de risco devido ao aumento da pressão intra-abdominal, outro fator negativo é a obesidade, que devido a adiposidade no corpo pode vir a ocasionar uma pressão crônica intra-abdominal³.

Diante desses fatores e com o enfraquecimento dessa musculatura a mulher pode vir a desenvolver incontinência urinária e disfunção sexual, a atribuição do assoalho pélvico está diretamente relacionada à função urinária. Incontinência urinária compreende-se como qualquer tipo de perda involuntária de urina, podendo se dar por hiperatividade dos músculos do assoalho pélvico ou pela falta do trabalho correto dos esfínteres⁴. Ela pode ser classificada como incontinência urinária de esforço, que é quando a perda de urina acontece durante a atividade física ou em um esforço, de urgência, quando há urgência imediata de urinar, ou mista que ocorre com o esforço associado a uma urgência para urinar⁵.

A disfunção sexual feminina é definida como a incapacidade da mulher participar do ato sexual como esperado⁶. Podendo ser descrita por disfunções no desejo sexual, no estado de excitação e orgasmo, na sensação de dor, satisfação pessoal e com o parceiro, e lubrificação, podendo vir a ocorrer em qualquer fase da vida da mulher⁷. A dor sentida antes, durante ou após a relação sexual, conhecida como dispareunia, é marcada como uma das maiores questões da disfunção sexual nas mulheres, com prevalência variando de 3 a 18% em todo o mundo, podendo atingir de 10 a 28% da população no decorrer da vida⁸.

A incontinência urinária e a disfunção sexual são grandes problemas dentro da saúde pública e privada, visto que atinge muitas mulheres em todo o mundo. Mesmo sendo um assunto “tabu” os estudos quanto a sexualidade feminina vem aumentando, espera-se que tenha um aumento de estudos com o presente assunto, promovendo uma disseminação de conhecimento, maior conscientização das mulheres com os seus parceiros, e também conhecimento e propagação dos recursos disponíveis para tratamento dessas disfunções⁹.

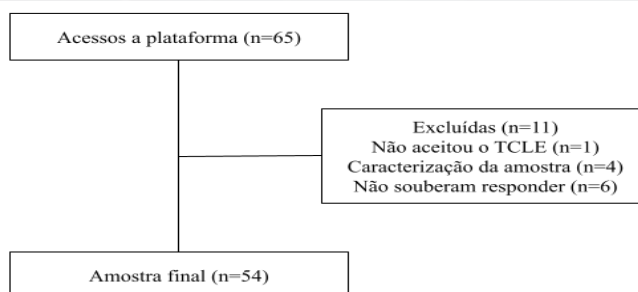
Diante disso, podemos entender que a função urinária e a atividade sexual são partes essenciais na qualidade de vida de uma mulher, portanto este estudo teve por objetivo identificar a prevalência de disfunção sexual e incontinência urinária em mulheres, bem como a associação entre estes dois fatores, orientando-as sobre a importância da manutenção da saúde do assoalho pélvico para sua qualidade de vida.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, de cunho investigativo, aprovado pelo Comitê de ética e pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava-PR, sob o parecer 5.337.692, efetivado por meio da plataforma virtual Google Forms.

Foram incluídas mulheres com mais de 18 anos, da cidade de Guarapuava-Pr e região, que participaram da palestra sobre saúde íntima feminina e autoconhecimento, e que acessaram o link do questionário através de um QR code distribuído na palestra. Foram excluídas mulheres que não possuíam vida sexual ativa, que não souberam responder alguma pergunta do questionário e que participaram da palestra, mas não aceitaram responder aos questionários (figura 1).

Figura 1: fluxograma do processo de amostragem e seleção.



As voluntárias receberam um QR code com acesso ao link dos questionários, a primeira etapa era para aceite do termo de consentimento livre esclarecido - TCLE, para as participantes que não aceitassem o termo de consentimento, o questionário se encerrava com uma mensagem de agradecimento, as que aceitavam, eram direcionadas para o questionário de caracterização da amostra, constituído por perguntas dos critérios de inclusão e exclusão anteriormente listados, novamente aquelas que se encaixavam em algum critério de exclusão recebiam uma mensagem de agradecimento e o questionário se encerrava. Após a página de seleção da amostra, com as integrantes aptas a continuar, a próxima página era formada pelos questionários exclusivos da presente pesquisa, o FSFI (Female Sexual Function Index) e o PRAFAB (Protection, Amount, Frequency, Adjustment, Body image).

O FSFI foi um dos questionários específicos da pesquisa, sendo traduzido e validado para língua portuguesa, além de ser o questionário mais utilizado para estudar disfunções sexuais femininas. Nesse questionário é permitido avaliar a função sexual em 6 domínios, sendo eles: desejo, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor/desconforto, consistindo em 19 questões, com uma escala breve e específica, e que apresenta uma pontuação de valor mínimo de 2 e máximo de 36 pontos, onde os valores $\leq 26,55$ sugerem a disfunção sexual¹⁰.

Já o questionário PRAFAB é composto por cinco domínios: proteção, frequência, quantidade, adaptações e autoimagem, neste questionário o escore de cada domínio varia de 1 a 4, e o escore final podendo diversificar de 5 a 20. Ayala et al. (2021)¹¹ descreve o questionário PRAFAB como o melhor questionário disponível para avaliação da IU, vindo a graduar a gravidade do problema, e tendo dois domínios voltados ao impacto sobre a imagem corporal e sobre as atividades e participação, sendo os domínios mais ampliados da CIF. Além de ser uma ótima ferramenta tanto para a prática clínica quanto para a realização de estudos científicos.

Após as mulheres responderem os dois questionários, a próxima página era composta de uma questão perguntando se nela havia interesse em receber mais informações quanto aos temas

abordados na palestra e se gostariam de marcar uma avaliação eletromiográfica, deixando assim o nome e o contato. Posteriormente, a última página era de agradecimento às mulheres pela participação na pesquisa.

Os dados foram analisados através do software estatístico SPSS 29 *for Mac*. Para testar a normalidade ou não da amostra foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, com índice de significância de 5% ($p \geq 0,05$) para as variáveis idade, peso, altura e IMC, demonstrando amostras pareadas, com isso foi realizado o teste de correlação de Spearman entre as variáveis idade, PRAFAB e FSFI.

RESULTADOS

Participaram do estudo 54 mulheres, com idade média de 24 anos, que tiveram a sexarca com média de 16 anos, 25,9% estavam solteiras, 29,6% namorando e 44,5% casadas, dessas apenas 25,9% já estiveram grávidas, quando questionadas sobre a orientação sexual, 74% se consideram heterossexuais, 3,7% homossexuais e 22,3% bissexuais, quanto à escolaridade, 18,5% possui ensino médio ou técnico completo e 81,5 estava cursando ou já havia completado o ensino superior. Os dados antropométricos estão descritos na tabela 1.

TABELA 1 - Dados antropométricos da amostra (média $\pm$ desvio padrão)

	Idade	Peso	Estatura	IMC
Amostra (n=54)	24,6 $\pm$ 7,4	67,1 $\pm$ 14,9	1,63 $\pm$ 0,05	25,5 $\pm$ 5,5

Dados descritos em anos (idade), quilogramas (peso), centímetros (estatura) e kg/cm² (IMC).

Quando analisados separadamente os resultados dos questionários observamos maiores presenças de disfunções, tanto sexuais quanto urinárias na amostra, 81% das participantes apresentou disfunção urinária (42,5% leve, 37% moderada e 1,8% grave) e 57% apresentou disfunção sexual, os dados estão apresentados nos gráficos 1 e 2 respectivamente.

Ao associar as duas disfunções, sexual e urinária observamos 46,2% de mulheres que apresentam as duas, conforme o gráfico 3, dessas 20,3% com incontinência urinária leve e disfunção sexual, 24% com incontinência urinária moderada e disfunção sexual e 1,8% com incontinência urinária grave e disfunção sexual.

Gráfico 1: Prevalência de incontinência urinária, classificada pelo PRAFAB

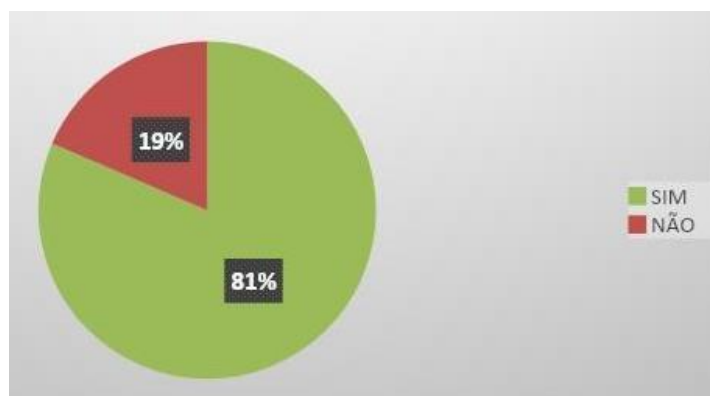


Gráfico 2: Prevalência de disfunção sexual feminina, classificada pelo FSFI

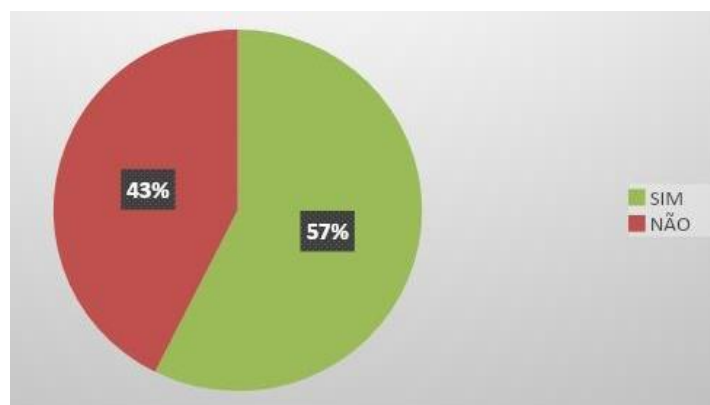
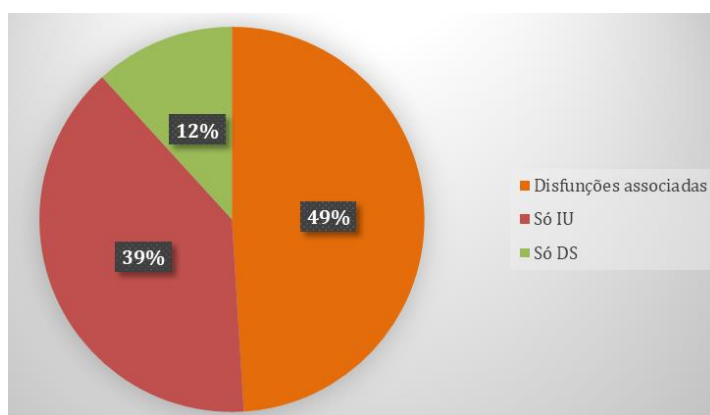


Gráfico 3: Associação de disfunções sexual e urinária



DISCUSSÃO

O presente estudo investigou os índices de incontinência urinária como também de disfunção sexual em mulheres sexualmente ativas com a média de idade de 24 anos, na amostra estudada foi possível observar que 81% das participantes apresentaram disfunção urinária (42,5% leve, 37% moderada e 1,8% grave), 57% das participantes apresentaram disfunção sexual e 49% tiveram a associação das duas.

A idade das mulheres que possuem disfunção urinária é um aspecto rotineiro e muito discutido

na literatura. De modo geral, mulheres com a idade a partir de 40 anos estão mais suscetíveis a possuir essa disfunção¹². Com o avançar da idade, muitas mulheres acreditam que é normal ou rotineiro a perda de urina, ligando essa perda ao envelhecimento, deixando influenciar a qualidade de vida de modo geral, desde o convívio social até ao sexual^{13,14}. O presente estudo mostrou que essa realidade tem mudado e que mulheres mais jovens, como as participantes desta pesquisa, com média de 24 anos, já estão apresentando perdas urinárias.

Um estudo longitudinal realizado na Austrália buscou investigar o tipo de incontinência urinária em um grupo de mulheres com idade entre 22 a 27 anos. Os resultados mostraram que 11% das participantes relataram ter passado por episódios de perda de urina, corroborando então com os resultados deste presente estudo, sendo a mesma faixa etária estudada e utilizando-se de 6 perguntas semelhantes ao questionário PRAFAB¹⁴.

Rodrigues et al. (2020)¹⁵ investigaram a função urinária e muscular do assoalho pélvico através dos questionários PRAFAB e ICIQ-SF, em uma amostra de 30 mulheres, com a média de idade de 42 anos, e sexualmente ativas. Com base no questionário PRAFAB, os resultados mostraram prevalência de 47,05% para incontinência urinária de classificação moderada, ao contrário do presente estudo, que estudou uma média de idade mais nova e obteve como resultado maior prevalência para a incontinência urinária de classificação leve.

Em um estudo realizado com 214 mulheres com média de idade 35 anos tendo o objetivo de investigar a disfunção sexual, foi possível verificar que não existe um resultado estatisticamente significativo que a idade venha influenciar na presença da disfunção sexual, ainda assim nota-se necessidade de serem realizados mais estudos sobre o tema para ter uma resposta concreta e significativa. Neste estudo foi utilizado o questionário Entrevista de Disfunções Sexuais - versão feminina, criado por Sbrocco, Weisberg Barlow em 1992, sendo um questionário divergente ao utilizado no presente estudo, possuindo uma amostra maior e mais velha, mostrando com os dois estudos a presença da disfunção tanto em mulheres mais jovens quanto mais velhas¹⁶.

Latorre et al. (2016)⁶ investigaram a prevalência da disfunção sexual em jovens universitárias que apresentavam uma média de idade entre 18 e 20 anos, concluindo que a disfunção sexual esteve fortemente relacionada com as mulheres mais jovens, apresentando um resultado condizente ao presente estudo, que mulheres com a semelhante faixa de idade apresentaram a disfunção sexual.

No estudo de Cassiano et al. (2013)¹⁷ observou-se que a incontinência urinária reduz a qualidade de vida da mulher, afetando diretamente na atividade sexual da mulher, na confiança e também na autoestima, escreve ainda que ocorre uma diminuição da libido, ausência de orgasmo e também a dispareunia. Por último, cita que a perda de urina durante o coito é um forte motivo para ocorrer a disfunção sexual. No presente estudo obteve-se uma alta prevalência da disfunção urinária como da sexual, podendo se observar que as mulheres que sofrem com a incontinência urinária podem apresentar também a disfunção sexual.

Uma revisão da literatura buscou mensurar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida sexual da mulher e alcançaram como resultado que a incontinência urinária afeta negativamente a sexualidade de uma expressiva parcela das mulheres com IU¹⁸. Já em um estudo realizado com 1292 mulheres foi possível verificar que 380 delas apresentaram perda de urina durante a relação sexual, com predominância maior na classificação leve, apresentando então uma associação das duas disfunções, semelhante ao presente estudo, que mesmo com questionários distintos obteve-se um resultado similar, mostrando a alta prevalência da mulher possuir as duas disfunções¹⁹.

Em um estudo realizado para investigar as restrições causadas pela incontinência urinária na vida da mulher, com uma amostra composta por 164 mulheres com idade entre 25 e 85 anos, foi possível verificar que a incontinência urinária prejudicava a vida sexual de 67 mulheres (40,9%); e destas mulheres 25,6% afirmaram não ter relação sexual por acabar perdendo urina durante o ato, 1,2% relatou ser preciso interromper o ato sexual para urinar e 1,2% interrompia por sentir vontade de urinar durante a relação. Coincidindo com os resultados do presente estudo, onde quase metade da amostra também apresentou a associação das duas disfunções²⁰.

CONCLUSÃO

Através do presente estudo foi possível concluir que as disfunções urinárias e sexuais são comuns também em mulheres jovens e que a presença das duas disfunções é uma realidade que afeta grande parte delas, vindo a atingir com uma alta ocorrência em qualquer faixa etária ou ciclo da vida da mulher. Porém ainda são escassos os estudos atuais que discutam o tema deste estudo, devendo ser realizados mais estudos nesta área, vindo a promover a propagação do assunto, a quebrar tabus

e padrões de preconceito ou desinteresse quanto à saúde e o prazer sexual da mulher.

REFERÊNCIAS

1. Da Silva APS, Da Silva JS. A importância dos músculos do assoalho pélvico feminino, sob uma visão anatômica. Rev Fisioterapia Brasil, v. 4, n. 3, p. 205-211, 2003. DOI: <https://doi.org/10.33233/fb.v4i3.3025>.
2. Nagamine BP, Dantas RS, Silva KCC. A importância do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico na saúde da mulher. Rev Research, Society and Development, v. 10, n 2, p. 1-12, 2021. DOI: <https://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12894>.
3. Virtuoso JF, Mazo GZ, Menezes EC. Incontinência urinária e função muscular perineal em idosas praticantes e não praticantes de atividade física regular. Rev Bras Fisioter, São Carlos, v. 15, n. 4, p. 310-317, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552011005000014>.
4. Lukacz ES, Santiago-Lastra Y, Albo ME, Brubaker L. Urinary Incontinence in Women: A Review. Rev JAMA, v. 318, n. 16, p. 1592-1604. DOI: 10.1001/jama.2017.12137.
5. Saboia DM, Firmiano MLV, Bezerra KC, Neto JAV, Oriá MOB, Vasconcelos CTM. Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. Rev da Escola de Enfermagem da USP, v. 51, p. 1-8. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016032603266>.
6. Latorre GFS, Bilck PA, Pelegrini A, Dos Santos JM, Sperandio FF. Disfunção sexual em jovens universitárias: prevalência e fatores associados. Rev Fisioter Bras, v. 17, n. 5, p. 442-9, 2016. DOI: <https://doi.org/10.33233/fb.v17i5.679>
7. Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. International Urogynecology Journal, v. 25, n. 1, p. 5–14, 2013. DOI:10.1007/s00192-013-2118-7.
8. Muhammad T, Gupta V. Dyspareunia. National Library of Medicine. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562159/>
9. Maia AZ, Picoloto D, Latorre GFS, Seleme MR. Rev Fisioterapia Brasil, v. 14, n. 1, p. 29-31, 2013. Disponível em: <https://www.perineo.net/pub/maia2013.pdf>
10. 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 Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 35, n. 10, p. 469–74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013001000008>.
11. Ayla A, Nunes EFC, Latorre GFS. Adaptação Transcultural e validação para o português brasileiro do questionário PRAFAB - Protection, Amount, Frequency, Adjustment, Body Image. Rev Bras Fisiot

Pélvica, v. 1, n. 2, p. 27-35. Disponível em: [https://perineo.net/rbfp/1\(2\)/1\(2\)27-35.pdf](https://perineo.net/rbfp/1(2)/1(2)27-35.pdf).

12. Almousa S, Loon ABV. The prevalence of urinary incontinence in nulliparous adolescent and middle-aged women and the associated risk factors: A systematic review. *Maturitas*, v. 107, p. 78-83. DOI: 10.1016/j.maturitas.2017.10.003

13. Tamanini JTN, D'Ancona CAL, Botega NJ, Rodrigues Netto Jr N. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev de Saúde Pública*, v. 37, n. 2, p. 203-211, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000200007>

14. Lamerton TJ, Mielke GI, Brown WJ. Urinary incontinence in young women: Risk factors, management strategies, help-seeking behavior, and perceptions about bladder control. *Rev Neurourology and Urodynamics*, v. 39, n. 8, p. 2284-2292, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/nau.24483>

15. Rodrigues HMS, Souza GSB, Nascimento GC, Conceição ABD, Nunes EFC. Avaliação do preparo do assoalho pélvico na assistência pré-natal. *Rev Brasileira de Saúde Funcional*, v. 11, n. 1, p. 61-70, 2020.

16. Ribeiro B, Magalhães AT, Mota I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva - prevalência e fatores associados. *Rev Port Med Geral Fam*, v. 29, n. 1, p. 16-24, 2013. DOI: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v29i1.11044>

17. Cassiano AS, Bezerra S, Moura SK, Schreiner L, Santos TG. Impacto das disfunções do assoalho pélvico na sexualidade feminina. *Biblioteca Virtual em Saúde*, v. 34, n. 5, p. 1-5, 2013.

18. Santin ACW, Jorge LB, Arruda LKA, Seleme MR, Latorre GFS. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida sexual da mulher. *Rev. Femina*, v. 44, n. 4, p. 270-275, 2016.

19. Espuña - Pons M, Puig - Clota M. Incontinencia de orina durante la actividad sexual coital. Síntomas asociados y gravedad de la incontinencia / Coital Urinary Incontinence. Associated symptoms and severity of incontinence. *Biblioteca virtual em saúde*, v. 33, n. 7, p. 801-805, 2009.

20. Lopes MHBM, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev ESc Enferm USP*, v. 40, n. 1, p. 34-41, 2006.

Construto, confiabilidade e reprodutibilidade de uma escala de força do assoalho pélvico baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF



Gustavo F. Sutter Latorre¹ e Lodacir Rodrigo Silva da Rosa²

RESUMO

Panorama: A avaliação funcional dos músculos assoalho pélvico (MAP) é parte fundamental do algoritmo para estabelecimento do diagnóstico cinesiológico-funcional, sem o qual a elegibilidade das técnicas mais apropriadas para o tratamento de disfunções relacionadas ao assoalho pélvico não passa de tentativa-e-erro. Contudo não há consenso na literatura a respeito de escalas de força. **Objetivo:** validar uma escala digital de força para os músculos do assoalho com base na Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF). **Método:** uma escala de pressão digital, baseada nos cinco graus de função/disfunção da CIF, foi construída e validada por um dinamômetro de pressão digital especialmente construído para este fim. Os dados de força manual digital de fechamento dos mm. interósseos dorsais (indicador-médio) de 210 fisioterapeutas pélvicas foram colhidos e estudados. **Resultados:** *Construto:* foi possível construir uma escala de força de 5 graus para a MAP. *Face:* todas as voluntárias entenderam a escala e consideraram de fácil aplicação. *Confiabilidade e Reprodutibilidade:* A força das 210 esteve sempre compreendida entre 0,8 kgf e 1,1 kgf, mostrando alta confiabilidade e reprodutibilidade. **Conclusão:** a nova escala para mensuração e registro da força dos MAP baseada na CIF apresentou alta confiabilidade e reprodutibilidade, podendo ser utilizada para este fim.

ABSTRACT

Background: The functional evaluation of the pelvic floor muscles (PFM) is a fundamental part of the algorithm for establishing the kinesiological-functional diagnosis, without which the eligibility of the most appropriate techniques for the treatment of dysfunctions related to the pelvic floor is nothing more than trial-and-error. However, there is no consensus in the literature regarding strength scales. **Aims:** to validate a digital strength scale for the pelvic floor muscles based on the International Classification of Disability, Functioning and Health (ICF). **Method:** a digital pressure scale, based on the five degrees of function/dysfunction of the ICF, was constructed and validated by a digital pressure dynamometer specially built for this purpose. The digital manual closing force data of dorsalis interosseous muscles (medium and indicator fingers) of 210 pelvic physiotherapists were collected and studied. **Results:** *Construct:* It was possible to construct a 5-degree strength scale for PFM. *Face:* all volunteers understood the scale and considered it easy to apply. *Reliability and Reproducibility:* The force of the 210 was always between 800 kfg and 1000 kgf, showing high reliability and reproducibility. **Conclusion:** the new scale for measuring and recording PFM strength based on the ICF showed high reliability and reproducibility and could be used for this purpose.

Submissão: 04/04/2023

Aceite: 09/04/2023

Publicação: 10/04/2023

¹ Fisioterapeuta pélvica, doutor em Clínica Cirúrgica. Portal perineo.net, Florianópolis, SC. gustavo@perineo.net
² Mestrando em Engenharia e Gestão do Conhecimento (PPGEGC), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

INTRODUÇÃO

A avaliação da função dos músculos do assoalho pélvico (como eles estão contraindo e relaxando), por meio de palpação, é talvez a parte mais importante de todo algoritmo de avaliação em Fisioterapia Pélvica. Conhecer o funcionamento – e qualquer falha funcional – destes músculos pode explicar boa parte, senão a maioria, das disfunções com as quais lidam todos os dias fisioterapeutas pélvicas por todo o mundo^{1,2}.

Dentre os pontos de destaque deste tipo de avaliação estão a capacidade de contração e relaxamento voluntários e involuntários, coordenação destes movimentos e testes funcionais como força, endurance e potência^{1,3}. Todavia, o tema até hoje segue controverso, uma vez que ainda não há um padrão ouro para este tipo de avaliação, especialmente quanto à confiabilidade e validade dos testes³.

Particularmente o parâmetro *força* é, talvez, o mais antigo de todos, cujos primórdios remontam aos estudos pioneiros de Kegel, na primeira metade do século XX, ao afirmar que a incontinência urinária, comum no pós-parto, era causada por uma fraqueza dos músculos do assoalho pélvico (MAP) que poderia ser regredida por exercícios⁴. A partir daí, mais de 25 publicações apontam algum tipo de tentativa de graduar a força que os MAP são capazes de fazer ao redor dos dedos da avaliadora, a partir de uma contração voluntária máxima contra resistência dos dedos, como a escala ICS⁵ (ausente, fraca, normal), a escala Brink⁶ (ausente, fraca, normal e forte) e a escala de Oxford modificada⁷ (de 0 a 5 graus), esta última, praticamente abandonada na Europa mas estranhamente ainda popular no Brasil, conhecida como 'PERFECT'.

Quando falamos em *confiabilidade* estamos nos referindo à consistência com que um método mede algo. Se o mesmo resultado puder ser alcançado repetidas vezes usando os mesmos métodos nas mesmas circunstâncias, a medição é considerada confiável⁸. Neste caso, a preocupação seria saber se avaliando várias vezes o mesmo assoalho pélvico o resultado seria o mesmo. Também conhecida como validade intra-avaliador.

Já a *validade* se refere à precisão com que um método mede o que se pretende medir. Se a validade é alta, isso significa que o método produz resultados que correspondem à realidade⁸. Neste caso, a preocupação seria se as escalas de força da MAP realmente estão medindo esta força.

Ainda mais importante para o tema em questão, a *reprodutibilidade* significa se os mesmos

dados, analisados diferentes vezes pela mesma metodologia, produzem sempre os mesmos resultados⁹. Neste caso, se várias profissionais avaliando a mesma paciente produziram exatamente os mesmos resultados. Também conhecida como validade interavaliadores.

Todas as escalas utilizadas atualmente apresentam falhas tanto na validade quanto na confiabilidade e especialmente na reprodutibilidade³, motivo pelo qual seguem controversas no mundo científico, não permitindo que uma delas seja escolhida como padrão ouro, facilitando o intercâmbio entre a comunicação de clínicos e acadêmicos e unificando as avaliações em nível mundial. Esta observação, por si só justifica o desenvolvimento de novas escalas para mensuração da força do assoalho pélvico, sendo este, por fim, o objetivo do presente estudo.

MÉTODO

Trata-se da primeira metade de um estudo experimental de validação em duas etapas, sendo a presente relativa ao construto e confiabilidade de uma nova escala digital de mensuração da força muscular do assoalho pélvico baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Este tipo de desenho dispensa avaliação ética conforme os incisos I, II e III do artigo 5º da Resolução 512/2016 do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de informações de domínio público. Todos os dados foram tratados de forma anônima, em planilhas eletrônicas sem qualquer identificação das participantes.

Validade de Construto

Foi desenvolvida uma escala de cinco graus de força com base nos cinco qualificadores de função utilizados pela CIF¹⁰:

- xxx.0 NENHUMA deficiência (0-4% de disfunção)
- xxx.1 deficiência LEVE (5-24% de disfunção)
- xxx.2 deficiência MODERADA (25-49% de disfunção)
- xxx.3 deficiência GRAVE (50-94% de disfunção)
- xxx.4 deficiência COMPLETA (95-100% de disfunção)

Para ser aplicada digitalmente (com os dedos), foram escolhidos os músculos interósseos

dorsais dos dedos indicador e médio, responsáveis pela abdução (abertura) destes dedos, ao nível das falanges distais, sendo estas posicionadas exatamente ao nível dos músculos pubovaginal e puboperineal¹¹, logo na entrada do canal vaginal em contato com a face interna do hímen. Os cinco graus funcionais da CIF foram traduzidos para cinco possibilidades de observação quando a fisioterapeuta pélvica abduz estes dois dedos com toda a força possível:

Grau 0 (ausência de disfunção): quando os MAP da paciente conseguem fechar os dois dedos da fisioterapeuta contra resistência máxima;

Grau 1 (disfunção leve): quando os MAP paciente não são capazes de fechar os dedos da fisioterapeuta, mas quase os fecham (fechamento maior do que 50% da abertura de dedos realizada pela fisioterapeuta);

Grau 2 (disfunção moderada): quando os MAP paciente não são capazes de fechar os dedos da fisioterapeuta, apenas começando o movimento de fechamento (fechamento menor do que 50% da abertura de dedos realizada pela fisioterapeuta);

Grau 3 (disfunção severa): quando a fisioterapeuta percebe que os MAP da paciente estão tentando pressionar os dedos, mas são incapazes de movimentá-los; esboço de contração, mas sem movimento algum;

Grau 4 (disfunção completa): quando a fisioterapeuta não percebe nem sequer qualquer esboço de contração; ausência completa de atividade dos MAP.

A validade deste construto foi testada consultando fisioterapeutas pélvicas a respeito da facilidade no entendimento desta escala, onde a partir da explicação acima cada fisioterapeuta, por uma enquete em rede social disponível por 24 horas, onde cada uma deveria responder às seguintes perguntas: “Numa escala de 1 a 10, sendo 1 para nada clara e 10 muito clara, como você graduaria a nova escala de força quanto a ter entendido como ela funciona e a capacidade de fazê-la na prática?” Estatística descritiva foi utilizada para analisar os resultados.

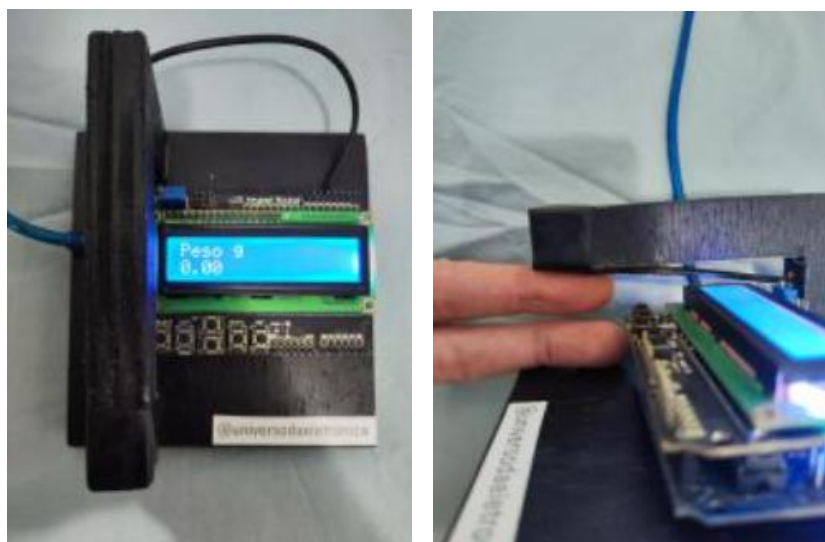
Validade da Confiabilidade e da Reprodutibilidade

As validades de confiabilidade e da reprodutibilidade da escala foram testadas com o auxílio de um dinamômetro de pressão digital especialmente construído para este fim (figura 1). Trata-se de um dispositivo para avaliação da força de abertura dos músculos interósseos dorsais dos dedos indicador e

médio. Este dinamômetro foi construído com a plataforma *Arduino*, um sistema de prototipagem eletrônica de hardware livre, modular e largamente utilizado em eletrônica por viabilizar de forma simples e prática o desenvolvimento de protótipos eletrônicos¹². Para o dinamômetro foi utilizado um microcontrolador Atmel¹³, um sensor de pressão analógico e um display que exibe os resultados.

O sensor de pressão varia o nível elétrico em sua saída conforme aumenta a pressão física em sua superfície, enquanto o microcontrolador recebe a leitura do sensor e efetua o processamento que converte o valor elétrico lido no sensor em formato digital, para ser utilizado na fórmula que converte a pressão para quilogramas ou gramas. Por fim, o microcontrolador envia os resultados da medição para serem exibidos pelo display. Todo o processamento efetuado pelo microcontrolador foi desenvolvido através de código de programação em um sistema que contém bibliotecas da própria plataforma *Arduino*, as quais derivam da linguagem C. Todo o protótipo foi projetado, montado e programado por um dos autores (LRSR).

Figura 1: Dinamômetro de pressão digital construído sob a plataforma *Arduino* para mensuração da força (kgf) exercida pela abdução de interósseos dorsais.



Foram convidadas, por conveniência, 210 fisioterapeutas pélvicas que participavam de cursos livres para medirem a força de abertura dos dedos pelo dinamômetro digital. Para as que aceitaram participar da coleta, que foi totalmente anônima, a voluntária deveria posicionar os dedos indicador e médio da mão dominante no dinamômetro e abduzir (abrir) estes dedos com toda a força. O valor de pressão dos dedos, quando estável, foi registrado em uma planilha eletrônica. Estatística descritiva foi utilizada para descrever os resultados. A confiabilidade foi testada comparando-se as coletas do mesmo indivíduo durante dois dias seguidos, em horários diferentes do dia, por meio do *teste T de Student*. A reprodutibilidade foi testada comparando-se a força individual de todo o grupo, buscando fatores discrepantes.

RESULTADOS

A validação do CONSTRUTO contou com 138 respostas num período de 24 horas. Para 12 delas (8,7%) a clareza esteve no entendimento da escala e seu funcionamento esteve entre 7 e 8 e para todas as outras (91,3%) a clareza esteve entre 9 e 10, demonstrando que o construto escolhido é de fácil entendimento para fisioterapeutas pélvicas de atuação clínica.

A CONFIABILIDADE se mostrou alta, uma vez que não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos graus de força dos mesmos indivíduos durante dois dias consecutivos ($p=0,92$). A maior variação de força de um mesmo indivíduo, de um dia para o outro, foi de 103 gramas-força (0,103 kgf). A média de diferença de força do mesmo indivíduo de um dia para o outro foi de $0,06 \pm 0,02$ kgf, uma variação de cerca de 6% da força média do grupo.

Quanto à REPRODUTIBILIDADE, a força de 100% da amostra (210 fisioterapeutas pélvicas) a força realizada sobre o dinamômetro esteve sempre entre o intervalo de 0,8 kgf a 1,1 kgf (mínima 0,817, máxima 1,1), demonstrando que não há diferença significativa na força interdigital dos músculos interósseos dorsais entre profissionais diferentes, mesmo para um número significativo de fisioterapeutas pélvicas. Se profissionais diferentes apresentam força semelhante nos dedos, isto permite a inferência de que profissionais diferentes avaliando a mesma paciente devem produzir sempre os mesmos resultados com boa confiabilidade. A média de força para o grupo foi de $0,905 \pm 1$ kgf.

DISCUSSÃO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde ou simplesmente CIF (OMS, 2001)¹⁰ é resultado de um hercúleo esforço mundial para construir uma classificação de funções, estruturas, atividades e participações sociais que possa ser utilizada interdisciplinarmente por profissionais de todas as áreas da saúde, graduando condições de saúde (antigamente chamadas 'doenças'), especialmente com base nos impactos destas sobre as atividades de vida diárias das pessoas. Isto vale também para a Fisioterapia Pélvica, onde a CIF também vem sendo utilizada para os mais diversos fins: recentemente foi publicada uma escala para avaliação das disfunções do desejo sexual feminino¹⁴, bem como de uma classificação funcional para as dores genitais¹⁵.

Particularmente, dentro do domínio *função*, a CIF permite codificar e graduar em cinco graus

de funcionalidade (da ausência de disfunção até a disfunção completa) virtualmente todas as funções humanas, como por exemplo a força muscular. De fato, o código b7300 corresponde à FORÇA de músculos isolados e de um grupo muscular¹⁰, cuja disfunção (fraqueza) pode ser graduada em cinco graus, com 0 para a ausência de disfunção e 4 para disfunção completa. Por mais de vinte anos o uso da CIF vem crescendo e se disseminando pelo mundo, corroborando a cada dia a confiabilidade dos dados produzidos por esta classificação construída, promovida e gratuitamente distribuída pela Organização Mundial de Saúde.

Por outro lado, a avaliação da força muscular do assoalho pélvico, item fundamental para a avaliação e evolução das condutas de Fisioterapia Pélvica, segue controverso e polêmico, ao que parece, ainda longe de uma solução definitiva que aponte, finalmente, um padrão áureo que valha tanto para prática clínica quanto para a pesquisa científica em todo o mundo. O presente estudo apresentou um esforço para unir a expertise da CIF com a necessidade uma escala válida, confiável e reprodutível de avaliação da força muscular da MAP.

Durante os mais de 10 anos que esta escala vem sendo utilizada no Brasil ela tem demonstrado evidência clínica suficiente para despertar interesse no estudo de suas características técnicas, desde a validade do construto em si até sua confiabilidade e reprodutibilidade. De acordo com a metodologia eleita pudemos demonstrar que a escala de força da MAP pelos cinco graus funcionais da CIF apresentou alta confiabilidade e reprodutibilidade, de modo a torná-la uma candidata ao posto de modelo padrão para a avaliação da força destes músculos para fisioterapeutas pélvicas. Novos estudos comparando as medidas de força manual aqui descritas com a força produzida pelos músculos do assoalho de mulheres são bem-vindos para discutir a validade da presente escala que, até o momento, mostrou-se confiável para a avaliação da força da MAP e de fácil aplicabilidade, podendo assim facilitar tanto a avaliação inicial quanto as reavaliações subsequentes da evolução do processo terapêutico, de modo simples e rápido, e trazendo ainda mais eficiência para o consultório de nossas fisioterapeutas pélvicas.

CONCLUSÃO

Foi possível desenvolver uma escala de graduação de força dos músculos do assoalho pélvico (MAP) a partir dos cinco graus funcionais da CIF, traduzidos em movimentos que podem ser percebidos pela fisioterapeuta pélvica durante o teste. Esta escala apresentou alta confiabilidade e

reprodutibilidade, bem como validade de construto, podendo ser uma opção para uma possível e tão almejada padronização internacional de avaliação funcional da força da MAP.

REFERÊNCIAS

1. Frawley H, Shelly B, Morin M, et al. An International Continence Society (ICS) report on the terminology for pelvic floor muscle assessment. *Neurourol Urodyn*. 2021 Jun;40(5):1217-1260. doi: 10.1002/nau.24658.
2. Berghmans B, Seleme MR, Bernards ATM. Physiotherapy assessment for female urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2020 May;31(5):917-931.
3. ICS – International Continence Society. Digital palpation of the pelvic floor muscles. Em: <https://www.ics.org/committees/standardisation/terminologydiscussions/digitalpalpationofthepelvicfloormuscles>
4. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol*. 1948 Aug;56(2):238-48. doi: 10.1016/0002-9378(48)90266-x. PMID: 18877152.
5. ICS – International Continence Society. Digital palpation of the pelvic floor muscles. Em: <https://www.ics.org/glossary/sign/digitalpalpationofpelvicfloormusclepfmcontractionpervaginamorperrectumpfmstrength>
6. Brink C, Wells T, Samplselle C, et al. A digital test for pelvic muscle strength in women with urinary incontinence. *Nurs Res*. 1994;43:352–356.
7. Laycock, J & Jerwood, D. (2001). Pelvic floor muscle assessment: the PERFECT scheme. *Physiotherapy*. 87. 631-642. 10.1016/S0031-9406(05)61108-X.
8. Middleton F. Reliability vs. Validity in Research: Difference, Types and Examples. Scribbr. Retrieved April 6, 2023, from <https://www.scribbr.com/methodology/reliability-vs-validity/>.
9. Nikolopoulou, K. (2022, December 02). Reproducibility vs Replicability | Difference & Examples. Scribbr. Retrieved April 6, 2023, from <https://www.scribbr.com/methodology/reproducibility-repeatability-replicability/>
10. World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42407>.
11. Kearney R, Sawhney R, DeLancey JOL. Levator ani anatomy evaluated by origin-insertion pairs. *American College of Obstetrics and Gynecology*, v.104, p.168-73, 2004.
12. Wikipédia, a enciclopédia livre: Arduino. <https://pt.wikipedia.org/wiki/Arduino>
13. Wikipédia, a enciclopédia livre: Atmel-AVR. https://pt.wikipedia.org/wiki/Atmel_AVR
14. 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
15. Latorre GFS. Nova classificação etiológica e funcional para as dores genitais femininas, masculinas e infantis. *Rev Bras Fisiot Pelvica* (2021) 1(2)71-82.

Massagem perineal no período gestacional para prevenção de laceração: Revisão Integrativa



Lília Gabriela Costa Rêgo¹, Maria Glesilene Ponte Peres²

RESUMO

Submissão: 25/03/2023

Aceite: 01/04/2023

Publicação: 10/04/2023

Panorama: O parto vaginal é o mais humanizado e seguro para mulheres, para que esse processo seja menos doloroso e com menos riscos vem sendo aprimorado cada dia mais estudos sobre a técnica da massagem perineal. **Objetivo:** analisar os benefícios da técnica em mulheres puérperas e o como o trabalho do fisioterapeuta pélvico pode auxiliar neste processo. **Método:** Foram selecionados para esta revisão integrativa 21 artigos, pesquisados em sites de confiança científica. No entanto foram excluídos 12 artigos por não apresentarem o conteúdo metodológico para a inclusão. **Resultados:** No total, foram selecionados 9 artigos, todos mostrando de maneira distinta como a massagem perineal pode ser benéfica para a saúde da gestante, a episiotomia é um método invasivo e como o fisioterapeuta pode auxiliar na integridade da musculatura do períneo no pré e pós-parto. **Conclusão:** A massagem perineal não exclui a possibilidade de uma laceração ou dores no parto, porém quando bem instruída por um profissional da área pode diminuir o grau de laceração e prepara a musculatura para o momento do parto fazendo com que a tensão muscular diminua.

ABSTRACT

Background: Vaginal delivery is the most humane and safe way for women, so that this process is less painful and with less risk, more studies on the technique of perineal massage are being improved every day. **Aims:** to analyze the benefits of the technique in puerperal women and how the work of the pelvic physiotherapist can help in this process. **Method:** 21 articles were selected for this integrative review, searched on scientifically reliable sites. However, 12 articles were excluded because they did not present the methodological content for inclusion. **Results:** In total, 9 articles were selected, all showing in a different way how perineal massage can be beneficial to the health of the pregnant woman, episiotomy is an invasive method and how the physiotherapist can help in the integrity of the perineal musculature in the pre and post-childbirth. **Conclusion:** Perineal massage does not exclude the possibility of a laceration or pain during childbirth, but when properly instructed by a professional in the area, it can reduce the degree of laceration and prepares the musculature for the moment of childbirth, causing muscle tension to decrease.

INTRODUÇÃO

A gestação consiste em um processo fisiológico e natural compreendido por uma sequência de adaptações ocorridas no corpo da mulher a partir da fecundação. A preparação do corpo envolve ajustes dos mais variados sistemas, o que pode ser considerado um estado de saúde que envolve mudanças que ocorrem na biomecânica esquelética devido à ação hormonal que provoca modificações estruturais no esqueleto. Neste sentido todos os profissionais de saúde envolvidos no processo na hora do parto devem dar um suporte seguro para a gestante, pois isso está associado a melhores resultados tanto para as mães como para as crianças¹.

Na parte interna da pelve se localiza a musculatura do assoalho pélvico que é formado por fáscias, ligamentos e músculos, e tem como objetivo promover a sustentação dos órgãos internos, principalmente a bexiga, o útero e o reto. Há uma sobrecarga da musculatura do assoalho pélvico (MAP) na gestação, pois, promove a sustentação dos órgãos pélvicos e dos anexos embrionários e o peso do bebê, e com o progresso da gravidez o assoalho pélvico (AP) sofre uma sobrecarga fazendo diminuir a força muscular, devido às alterações biomecânicas, aumento do peso por conta da gestação e hormonais normais da gravidez².

A gestação é um período de inúmeras e intensas mudanças na vida da mulher, não só na estrutura familiar e nas relações interpessoais, mas também em aspectos emocionais, físicos e hormonais. Dessa forma, o fisioterapeuta pode atuar no período gravídico-puerperal, ou seja, desde atendimentos durante a gestação, com o objetivo de preparar a mulher para as alterações corporais e para o parto, passando pelo acompanhamento do trabalho de parto e do parto, até a assistência e as orientações em relação à amamentação e ao uso de técnicas de relaxamento após o parto³.

O trauma no períneo da mulher é frequentemente observado no parto vaginal e pode acontecer de forma espontânea no decurso da expulsão do feto ou devido a uma incisão no períneo. A ocorrência do trauma perineal depende de vários fatores, podem estar relacionados às condições maternas e fetais, ao parto em si e à prática da episiotomia, que pode aumentar a gravidade da laceração ⁴.

Durante muitas realizações de partos normais, ocorre a episiotomia, a episiotomia é uma incisão cirúrgica realizada no períneo da mulher no momento da expulsão que pode ser feita com tesoura ou bisturi e possui modalidades diferentes: perineotomia, médio-lateral e lateral. Este Procedimento pode

fazer com que a mulher tenha prejuízos em sua saúde após o parto, tendo como consequências futuras, incontinência urinária, dores do ato sexual, dores ao urinar, baixa autoestima etc⁵.

Em países desenvolvidos, tem-se avaliado a massagem perineal como técnica de preparação pré-parto, durante o último mês de gravidez, sugerindo-a como um possível método para evitar lacerações mais graves, episiotomias e fazer com a mulher não possua tantas complicações em seu pós-parto evitando com que seja gerado traumas físicos e emocionais. Esta técnica aumenta (massagem perineal) o relaxamento dos músculos, bem-estar com o alívio de dores locais e o fluxo sanguíneo para o períneo, melhorando a circulação e alongando os tecidos. Desta forma, facilita o trabalho de parto e diminui a ocorrência de trauma perineal⁶.

A massagem perineal é efetuada aplicando-se uma pressão na vagina, através de um ou dois dedos, e realizando o movimento em forma de “U”, por um período entre cinco à dez minutos, assim a massagem promove uma redução da resistência muscular, aumentando a flexibilidade perineal e, com isso, haverá uma facilitação da saída do feto, contribuindo assim para a integridade do períneo⁷.

Este estudo tem como objetivo analisar os benefícios da técnica em mulheres puérperas e o como o trabalho do fisioterapeuta pélvico pode auxiliar neste processo.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, de caráter qualitativa, com o levantamento bibliográfico de artigos nos períodos entre setembro e outubro de 2022, buscando pelas palavras chaves: massagem perineal; parto normal; parto humanizado; fisioterapia pélvica; saúde da mulher; obstetrícia; puérperas; parto vaginal; laceração e episiotomia. As fontes utilizadas para pesquisas foram fontes de confiança científica como: Google acadêmico, Scielo, PubMed e LILACS.

Foram selecionados para esta revisão integrativa 21 artigos que abordaram o tema, no entanto foram excluídos 12 artigos por não apresentarem o conteúdo metodológico para a inclusão. Assim, foram analisados 9 artigos que somaram para a confecção deste estudo.

Este estudo utilizou para análise dos artigos a escala de Bardin que é citado como uma referência a este tipo de técnica qualitativa organizacional. Bardin diz que a organização é feita da seguinte maneira: i) história e teoria (perspectiva histórica); ii) parte prática (análises de entrevistas e reuniões, de comunicação de massa, de questões abertas e de testes); iii) métodos de análise (organização,

codificação, categorização, inferência e informatização das análises) e iv) técnicas de análise (análise categorial, de avaliação, de enunciação, proposicional do discurso, de expressão e das relações)⁸.

RESULTADOS

Figura 1: Fluxograma do processo de inclusão e exclusão de artigos.

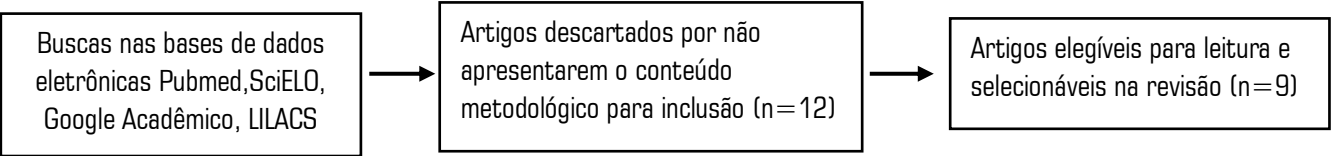


Tabela 1: Características dos estudos incluídos seguindo o título do artigo, base de dados indexada, ano de publicação, metodologia, resultados da pesquisa e nível de evidência.

Título do artigo	Base	Ano	Metodologia	Resultados	Nível de evidência
Massagem perineal como recurso fisioterapêutico para prevenção de laceração no parto vaginal: revisão de literatura.	Google Acadêmico	2022	Foram selecionados 21 artigos, após análise e exclusão incluíram-se apenas 6. Esta Pesquisa de nível ID tiveram como banco de dados: PubMed, PEDro e Scielo.	Os artigos que compõem esta revisão evidenciaram que apesar dos efeitos positivos relatados após a massagem perineal serem benéficas, a intervenção do fisioterapeuta ainda é pouco conhecida e necessita ser mais explorada.	nível ID
Prenatal perineal massage for trauma prevention: pilot randomized clinical.	SCIELO	2022	Estudo de nível IA , tem sua amostra baseada na fórmula de Kelsey para um ensaio clínico randomizado. Participaram do estudo 153 mulheres, sendo 78 do GI (grupo intervenção) e 75 do GC (grupo controle). As mulheres GI realizaram a massagem perineal digital (automassagem) ou receberam do acompanhante de sua escolha. As mulheres GC realizaram os cuidados habituais do pré-natal.	Notou-se eficácia na redução de edemas nos primeiros 10 dias de pós-parto e de incontinência de gases aos 45 dias pós-parto. Entretanto não fez a redução do trauma perineal na população estudada.	nível IA
Lacerações perineais em mulheres primíparas: Intervenção da fisioterapia pélvica na	Google Acadêmico	2021	Pesquisa de nível ID de natureza qualitativa realizado no estado da Bahia no Centro Universitário AGES. 120	O artigo destaca que a abordagem fisioterapêutica precocemente é benéfica para	nível ID

prevenção e
tratamento

estudos foram achados quando
uma primeira seleção foi
realizada.

melhoria da força
muscular do assoalho
pélvico, assim como a
importância da
supervisão com
profissional
especializado somado
a explicação e
orientação da
massagem perineal.

Efeitos da massagem
perineal durante o
trabalho de parto

Google
Acadêmico

2021

Trata-se de um artigo **nível [D]**, a base da pesquisa teve o método PIC1OD. Que se definiu assim, como participantes igual a (P) as parturientes; como intervenção (I) a aplicação de massagem perineal; como resultado (O) os efeitos da aplicação da técnica da massagem no períneo; o desenho do estudo (D) enquadra-se em revisões sistemáticas e em estudos primários da literatura. O terceiro ponto do acrômio (C) Ficou como questão da pesquisa "A perineal durante o trabalho de parto, quais efeitos ela causa?"

O presente artigo propõe que seria importante elaborar mais estudos primários que abordassem a massagem perineal no contexto do trabalho de parto e que tivesse como participantes mulheres múltiparas.

nível [D]

Intervenção
fisioterapêutica no
preparo de
fortalecimento pélvico
para o parto normal.

Google
Acadêmico
s

2021

O presente estudo retrata evidência nível **[D], com característica bibliográfica e** descritiva de abordagem qualitativa. Tendo como base para sua discussão teórica, artigos científicos.

A fisioterapia pélvica tem uma grande importância no tratamento de enfermidades causadas após o parto normal, uma vez que há grande dilatação do aparelho do assoalho pélvico e sua respectiva musculatura.

nível [D]

Terapias no
farmacológicas
aplicadas en el
embarazo y el parto.

LILACS

2021

Trata-se de uma pesquisa nível **[D]** que seguiu os estágios estruturados por **Christmals and Gross** nas fases conceitual, empírica, interpretativa e comunicativa.

O uso das Técnicas Não Farmacológicas (TNF) foi eficiente para reduzir os efeitos negativos do Trabalho de Parto (TP) e parto, como dor, duração do TP, ansiedade, laceração

nível [D]

Fatores relacionados às lesões perineais ocorridas em partos vaginais.	Google Acadêmicos	2020	Este estudo caracterizou-se como nível de evidência ID1 , com abordagem qualitativa. A busca sobre as lesões perineais ocorridas nos partos normais (vaginais).	e frequência de episiotomia. Nas discussões do estudo foi evidenciado como sendo mais frequentes prática de métodos de prevenção de lacerações perineais e redução da episiotomia de rotina, sendo para tanto, utilizado boas práticas de atenção ao parto e tecnologias para alívio da dor.	nível ID1
Abordagem do fisioterapeuta no preparo do assoalho pélvico para o parto natural.	Google Acadêmicos	2019	O presente artigo eficácia nível ID1 , e estudos prospectivos que utilizaram a fisioterapia como abordagem de preparo para o parto vaginal em mulheres gestantes.	Concluiu-se que massagem perineal, como técnica utilizada para auxiliar no parto natural, é tão fácil de executar ao passo que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico apresenta menor queixa de dor e desconforto para as gestantes.	nível ID1
O uso da episiotomia no sistema único de saúde brasileiro: a percepção das parturientes	Google Acadêmicos	2017	Tratou-se de uma pesquisa de eficácia científica nível IC1 . A coleta de dados foi realizada em um Centro Médico Hospitalar de referência, no Paraná. Participaram do estudo 50 parturientes multigestas, selecionadas no acompanhamento pré-parto da Instituição por nova gestação. Foi realizado uma entrevista semiestruturada, contendo sete questões voltadas ao grau de conhecimento e orientação antecipada sobre a episiotomia, suas complicações e cuidados após o procedimento, reação física e emocional e sobre as ações da equipe multiprofissional de saúde frente ao procedimento.	Por meio das análises dos depoimentos observou-se uma notória insatisfação das entrevistadas enquanto pacientes. As falas sugerem que a realização da episiotomia representou uma violação dos direitos sexuais, reprodutivos e emocionais delas.	nível IC1

DISCUSSÃO

Os artigos coletados evidenciam a real importância da massagem perineal em gestantes, pois houve uma redução expressiva na incidência de episiotomia (método invasivo no momento do parto onde é cortada a musculatura vaginal) nas mulheres que se submeteram à técnica de massagem perineal. O número de lacerações também foi reduzido após a iniciativa do método. Para Teixeira et al (2022) ⁹ [D] e Lopes et al (2021) ¹⁰ [D] a massagem perineal vem se mostrando cada vez mais benéfica e eficaz para gestantes que queiram o parto vaginal, pois reduzem quadros algícos e preservam a integridade da musculatura pélvica pós-parto. Para Monguilhott et al (2022) ¹¹ [A], a massagem perineal apesar de não impedir totalmente o trauma perineal pode ser eficaz na incontinência de gases e redutor de edema nos primeiros 10 dias e 45 dias pós-parto respectivamente conforme relato das participantes.

Agora, para Cunha (2021) ¹² [D] e Biana et al (2021) ¹³ [D], a massagem perineal pode ser somada a outros métodos considerados não farmacológicos para auxiliar gestantes no processo contra a dor, podendo associar compressas mornas, respiração profunda, TENS, bola suíça, compressas quentes e outros. Cunha (2021) ¹⁴ [D], enfatiza a importância de começar o método no períneo a partir de 32 a 34 semanas de gestação, fazendo sempre com os dedos em movimento em sentido longitudinal diariamente. Ambos os autores reforçam a notoriedade da gestante preparar a musculatura pélvica antes do parto com orientação de um profissional de obstetrícia (fisioterapeuta e enfermeiros), mostrando a relevância dessas técnicas em clínicas e maternidades.

Silva et al (2021) ¹⁶ [D], Pereira (2020) ¹⁷ [D] e Freitas e Matias (2019) ¹⁸ [D], concordam que o fisioterapeuta possui papel primordial nos cuidados e acompanhamento das gestantes. A preparação do períneo e a atuação de programas fisioterapêuticos relacionados a musculatura pélvica é pouco conhecida pelas gestantes por ser recente seu crescimento e atuação na área da saúde. Para que seja mostrada a eficácia da fisioterapia na preparação do assoalho pélvico e de sua importância os autores destacam que sejam investidos em mais estudos clínicos, ensaios randomizados e pesquisas de campo sobre o tema.

Segundo Garrett et al (2017) ¹⁵ [C], observou-se uma notória insatisfação das entrevistadas enquanto pacientes, ou seja, mulheres que foram submetidas a episiotomia no momento do parto, onde elas sentiram-se com seus direitos violados e com traumas físicos e emocionais, essas experiências podem levar a mulher não querer mais uma próxima gestação pela experiência passada. Sendo assim,

os autores reforçam que é necessário a prática do profissional de saúde acolher a mulher e atendê-la conforme sua necessidade, e mostrando que possui outros métodos para facilitação do processo de parto de maneira menos invasiva e mais fisiológica. Nesse caso, a importância da utilização de técnicas não farmacológicas como a massagem perineal e exercícios para um parto mais ativo e rápido.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a massagem perineal mostrou benefícios para o assoalho pélvico de mulheres gestantes trazendo bem-estar e qualidade de vida para mulheres que tiveram parto normal. As pesquisas mostram que a massagem no períneo apesar de não impedir o trauma perineal ela mostrou benefícios para a diminuição dos edemas nos primeiros dias do pós-parto, a massagem perineal, mostrou-se efetiva na recuperação mais rápida e menos algica.

Foi evidenciado através das pesquisas que a massagem perineal pode ser considerada uma terapia não farmacológica, que é possível utilizar em conjunto com TENS, bola suíça, técnicas de respiração e banhos quentes por possuir efeitos imediatos, estas técnicas podem ser aplicadas em maternidades, clínicas obstétricas e hospitais.

Em suma, os estudos mostraram que o profissional fisioterapeuta tem um importante papel na área da saúde da mulher, pois exerce o papel de auxiliar no fortalecimento pélvico, exercícios perineais e melhorando a qualidade de vida das gestantes. Entretanto, sua participação ainda é pequena, necessitam mais profissionais na área obstétrica e mais pesquisas randomizadas, pesquisas de campo e ensaios clínicos para melhor evidência do método massagem perineal.

REFERÊNCIAS

1. Pereira I, Freitas D, De R, Matias O. Abordagem fisioterapêutica no preparo do assoalho pélvico para o parto natural [Trabalho de conclusão de curso on the Internet]. Brasília: Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos; 2020 [cited 2023 Feb 21]. 27 s. Available from: <https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/37>
2. Nagamine BP, Dantas R da S, Silva KCC da. The importance of strengthening the pelvic floor muscles in women's health. RSD [Internet]. 2021Feb.28 [cited 2023Feb.21];10(2):e56710212894. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12894>
3. Braz MM, Ribas CZ, Macedo JB, editors. Fisioterapia na atenção ao parto [Internet]. Santa

- Maria, Rio Grande do Sul: Editora da pró-reitoria de extensão (UFSM); 2019 [cited 2023 Feb 21]. ISBN: 978-85-67104-42-3. Available from:
https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/346/2019/12/Cartilha_FisioAten%C3%A7%C3%A3oaoParto.pdf
4. Bomfim VVB da S, Treptow LM, Martins FJ, Pereira DDA, Rodrigues R de J, Costa ACM de SF da, Silva HNB, Oliveira RMD de, Bentes RM, Souza LTL de. Strategies to minimize perineal trauma during natural childbirth. RSD [Internet]. 2022Aug.25 [cited 2023Feb.21];11(11):e362111133559. Available from:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33559>
5. São Bento PA de S, Santos R da S. Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. Esc Anna Nery [Internet]. 2006Dec;10(Esc. Anna Nery, 2006 10(3)). Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000300027>
6. Alves PGJM. Métodos de preparo dos músculos do assoalho pélvico para o parto [Tese de doutorado on the Internet]. São Carlos, São Paulo: Universidade Federal de São Carlos; 2017 [cited 2023 Feb 21]. Available from: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/9533>
7. Cabral AL. Efeitos de métodos de preparação perineal isolados versus combinados sobre a distensibilidade perineal e força muscular: Ensaio clínico randomizado controlado [Dissertação on the Internet]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2019 [cited 2023 Feb 21]. Available from: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/24836>
8. Santos FM dos. Análise de conteúdo: a visão de laurence bardin. reveduc [Internet]. 29º de maio de 2012 [citado 2º de fevereiro de 2023];6(1):383-7. Disponível em:
<https://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/291>
9. Teixeira DM de J, Marques VES, Andrade DS, Santos FC, Paulo LR. Perineal massage as a physical therapeutic resource for the prevention of laceration in vaginal birth: literature review. RSD [Internet]. 2022Jul.10 [cited 2023Feb.21];11(9):e30911931791. Available from:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31791>
10. Lopes MF, Coutinho EC, Santos MJ, Ferreira M, Dias H. Efeitos da massagem perineal durante o trabalho de parto. International journal of developmental and educational psychology INFAD revista de psicología [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 21]; DOI 10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2132. Available from: <http://hdl.handle.net/10662/13898>
11. Monguilhott JJ da C, Brüggemann OM, Velho MB, Knobel R, Costa R. Massagem perineal pré-natal para prevenção do trauma: piloto de ensaio clínico randomizado. Acta paul enferm [Internet]. 2022;35(Acta paul. enferm., 2022 35). Available from:
<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022A00381345>
12. Cunha RS. Lacerações perineais em mulheres primíparas: Intervenção da fisioterapia pélvica na prevenção e tratamento [Monografia on the Internet]. [place unknown]: Centro Universitário UniAGE; 2021 [cited 2023 Feb 21]. Available from:
<https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/18046>
13. Biana CB, Cecagno D, Porto AR, Cecagno S, Marques V de A, Soares MC. Non-pharmacological therapies applied in pregnancy and labor: an integrative review. Rev esc enferm USP [Internet]. 2021;55(Rev. esc. enferm. USP, 2021 55). Available from:
<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019019703681>

14. Cunha RS. Lacerações perineais em mulheres primíparas: Intervenção da fisioterapia pélvica na prevenção e tratamento [Monografia on the Internet]. [place unknown]: Centro Universitário UniAGE; 2021 [cited 2023 Feb 21]. Available from: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/18046>
15. Garrett CA, Oselame GB, Neves EB. O uso da episiotomia no Sistema Único de Saúde Brasileiro: : A percepção das parturientes. Revista Saúde e Pesquisa [Internet]. 2017 [cited 2023 Feb 21]; DOI <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2016v9n3p453-459>. Available from: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5560>
16. Silva JR da, Silva EC da, Silva KCC da. Physiotherapeutic intervention in preparing pelvic strengthening for a normal birth. RSD [Internet]. 2021Aug.29 [cited 2023Feb.21];10(11):e220101119562. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19562>
17. Pereira AMM, Dantas SL da C, Paiva A de MG, Torres JDM, Assunção N de C, Oliveira RG de, Araújo LJR, Costa N da. Fatores relacionados às lesões perineais ocorridas em partos vaginais / Factors related to perineal lesions in vaginal deliveries. Braz. J. Develop. [Internet]. 2020 Aug. 24 [cited 2023 Feb. 21];6(8):60869-82. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/15432>
18. Pereira I, Freitas D, De R, Matias O. Abordagem fisioterapêutica no preparo do assoalho pélvico para o parto natural [Trabalho de conclusão de curso on the Internet]. Brasília: Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos; 2020 [cited 2023 Feb 21]. 27 s. Available from: <https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/37>

Fisioterapia pélvica na reabilitação das disfunções do assoalho pélvico de mulheres submetidas à redesignação sexual: revisão integrativa



Eduarda Machado Canterle¹, Ma. Caroline Helena Lazzarotto de Lima²

RESUMO

Panorama: A transexualidade é uma incongruência de gênero, ou seja, há uma divergência entre o sexo do nascimento e a identificação do indivíduo, onde em alguns casos pode-se necessitar de cirurgias a fim de proporcionar adequação sexual para a qual a cirurgia pode ajudar. Contudo, aponta-se que tais procedimentos cirúrgicos podem vir a acarretar em complicações pós-operatórias impactando de forma negativa no assoalho pélvico. **Objetivo:** revisar os efeitos da fisioterapia pélvica sobre as disfunções do assoalho pélvico no pós-operatório de redesignação sexual. **Método:** Revisão integrativa das bases de PubMed EMBASE, LILACS, Scielo, Cochrane Library e PEDro utilizando os termos “sexual reassignment surgery”, “physiotherapy”, “transgender woman”, “vaginoplasty”. **Resultados:** Encontrados 50 artigos, 3 incluídos. A fisioterapia pélvica possui impacto significativo em quadros como estenose, fraqueza muscular, fibroses intravaginais, incoordenação do AP, dor e funcionalidade. **Conclusão:** apesar da escassez de estudos, o treinamento da musculatura do assoalho pélvico apresentou benefícios na função de pacientes submetidas à vaginoplastia. Pacientes tratadas desde o pré-operatório possuem uma tendência à obterem resultados mais eficazes.

ABSTRACT

Background: Transsexuality is a gender incongruity, that is, there is a divergence between the gender at birth and the individual's identification, where in some cases surgeries may be required in order to provide sexual adequacy for which surgery can help. However, it is pointed out that such surgical procedures may lead to postoperative complications, negatively impacting the pelvic floor. **Aims:** to review the effects of pelvic physiotherapy on pelvic floor dysfunctions in the sexual reassignment postoperative period. Method: Integrative review of PubMed databases EMBASE, LILACS, Scielo, Cochrane Library and PEDro using the terms “sexual reassignment surgery”, “physiotherapy”, “transgender woman”, “vaginoplasty”. **Results:** Found 50 articles, 3 included. Pelvic physiotherapy has a significant impact on conditions such as stenosis, muscle weakness, intravaginal fibrosis, AP incoordination, pain and functionality. **Conclusion:** despite the scarcity of studies, pelvic floor muscle training showed benefits in the function of patients undergoing vaginoplasty. Patients treated from the preoperative period have a tendency to obtain more effective results.

Submissão: 20/12/2022

Aceite: 10/03/2023

Publicação: 10/04/2023

INTRODUÇÃO

A transexualidade conceitua-se como uma incongruência de gênero onde existe uma divergência entre o sexo designado ao nascimento e a identificação do indivíduo com seu próprio sexo, onde por vezes pode vir a necessitar de intervenções para adequações e assim proporcionar conforto anatômico e aumento na qualidade de vida consequentemente¹⁻⁴.

De acordo com estudos, de 2007 até 2015 a população transgênero nos Estados Unidos era em média de uma para cada 390 pessoas, obtendo ainda evidências de aumento nesse percentual na última década. Já em Estocolmo, na Suécia, verificou-se que 2,8% da população adulta possuía divergência com seu sexo biológico. Na Holanda os sujeitos que apresentaram essa condição foram separados por gênero, onde 1,1% representavam a população masculina e 0,8% a população feminina. No Brasil, em uma abordagem realizada em 2018, essa representação era de 0,69%, determinando então que cerca de 1.090.200 brasileiros se identificavam com um gênero não pertencente ao seu de nascimento⁵.

Desta forma, por se tratar de uma divergência entre sexo biológico e a identidade com a qual o sujeito se identifica, podem ser necessários procedimentos para que sejam efetuadas mudanças corporais e assim promover compatibilidade entre essas questões que resultam na incongruência desses indivíduos. Tais intervenções podem incluir a hormonioterapia, cirurgias da face, cirurgias para redução da cartilagem da tireoide e alteração vocal, também podem ser realizados procedimentos para aumento das mamas e por fim, cirurgias para construção da neovulvovagina, cuja porcentagem correspondeu à 48% dos atendimentos realizados à população trans, aumentando de 23 em 2015 para 34 em 2016^{1,6-8}.

Cirurgias de construção da neovulvovagina têm impacto direto no assoalho pélvico de mulheres que se submeteram à intervenção, resultando em complicações pós-operatórias importantes. Em um estudo voltado à vaginoplastia por inversão peniana, os achados mais presentes foram tecidos de granulação, cicatrizes intravaginais, dor prolongada, necrose, hematomas com sangramentos em excesso e infecções do trato urinário⁹. Já em outra abordagem, especificamente realizada para a cirurgia de vaginoplastia intestinal, as complicações incluem celulite necrosante, necrose do enxerto, formação de fístula retoneovaginal, estenose do introito e prolapso de mucosa¹⁰.

Tendo em vista tais complicações, a fisioterapia pélvica se apresenta como um contribuinte

para o tratamento das mesmas, apesar da escassez de abordagens na literatura explicando métodos de treinamento do assoalho pélvico e como isso tem impacto nas mulheres trans¹¹. Apesar dessa precariedade de estudos encontrada em relação à essa população específica, aponta-se que exercícios para o assoalho pélvico melhoram o fluxo sanguíneo do mesmo, facilitando o reparo tecidual e gerando condições para respostas perineais durante as atividades sexuais, bem como o aumento da flexibilidade do tecido paravaginal, diminuição da tensão e aumento da força muscular, fatores estes que podem prevenir ou tratar complicações encontradas no pós-operatório da cirurgia de redesignação sexual, como por exemplo a estenose vaginal, aderências cicatriciais, redução de sensibilidade e comprometimento de toda a função da musculatura do MAP¹².

Na intervenção no pós-operatório o fisioterapeuta tem como objetivo auxiliar durante a dilatação examinando e reduzindo os músculos que estão hiperativos no assoalho pélvico, identificando e corrigindo disfunções do períneo a fim de reduzir dificuldades quanto a dilatação neovaginal, diminuir a dor, proporcionar melhor adesão e diminuir taxas de estenose vaginal e introital. Visando esses propósitos, o programa para o tratamento engloba estratégias de relaxamento da respiração abdominal profunda, posicionamentos em rotação neutra do quadril associados com flexão da mesma articulação para proporcionar alongamento externo da musculatura. Também podem ser utilizados eletromiografia e biofeedback para conscientização de contrações do assoalho e consequentemente coordenação da função muscular, além de técnicas para dessensibilização a fim de reduzir dores musculares¹¹. Ainda se tratando da atuação fisioterapêutica, a intervenção aborda pontos-gatilhos intravaginais, técnicas de massagem, exercícios de relaxamento e fortalecimento do assoalho pélvico, biofeedback e dilatadores no intuito de melhorar flexibilidade tecidual, reduzir tensões e dores, melhorar força muscular, proporcionar aumento do fluxo sanguíneo para a região e diminuir quadros de estenoses e atrofia vaginal¹³.

Diante do exposto acima, a escolha do presente projeto baseou-se na escassez de estudos referentes ao tema na literatura, visando um maior fornecimento de informações acerca de cuidados relacionados à saúde de mulheres transgêneros que realizaram vaginoplastia, no intuito de proporcionar conhecimento e maior preparo aos profissionais da saúde para intervir e gerar consequentemente o aumento na qualidade de vida da população referida. Deste modo, o objetivo do presente estudo é analisar os efeitos da fisioterapia pélvica na reabilitação das disfunções do assoalho pélvico que ocorrem no pós-operatório de mulheres submetidas à cirurgia de redesignação sexual.

MÉTODO

Trata de uma revisão integrativa onde não foram limitados tipos de estudos por conta do projeto abordar um assunto extremamente atual, dessa forma, foram incluídos todos os tipos de estudos encontrados na literatura, publicados entre os anos de 2012 à 2022, em inglês e português, que realizaram o procedimento de técnicas da fisioterapia pélvica no tratamento das disfunções presentes no pós-operatório de vaginoplastia. Foram excluídos estudos relacionados à cirurgias e complicações em homens transgêneros, artigos que não se fizeram disponíveis na íntegra, estudos que envolveram cirurgias não genitais e publicados em um período anterior à 2012.

A pergunta de pesquisa foi desenvolvida através do PICOS, um sistema cujo conceito fornece a população, intervenção, comparação, desfechos e o estudo abordado. A população da pesquisa envolveu mulheres transgêneros, a intervenção foi a respeito da fisioterapia pélvica, não haverá comparações, o desfecho diz respeito aos efeitos da fisioterapia pélvica na reabilitação do assoalho pélvico de mulheres que realizaram a cirurgia de redesignação sexual e o estudo não foi limitado. Posteriormente, a pesquisa foi realizada utilizando filtros determinados a partir dos critérios de busca.

A pesquisa foi realizada a partir da análise de artigos bases de dados PubMed EMBASE, LILACS, Scientific Eletronic Library (Scielo), Cochrane Library e PEDro utilizando os termos “sexual reassignment surgery”, “physiotherapy”, “transgender woman”, “vaginoplasty”, “cirurgia de redesignação sexual”, “fisioterapia”, “mulher transgênero”, “vaginoplastia” com o operador booleano AND.

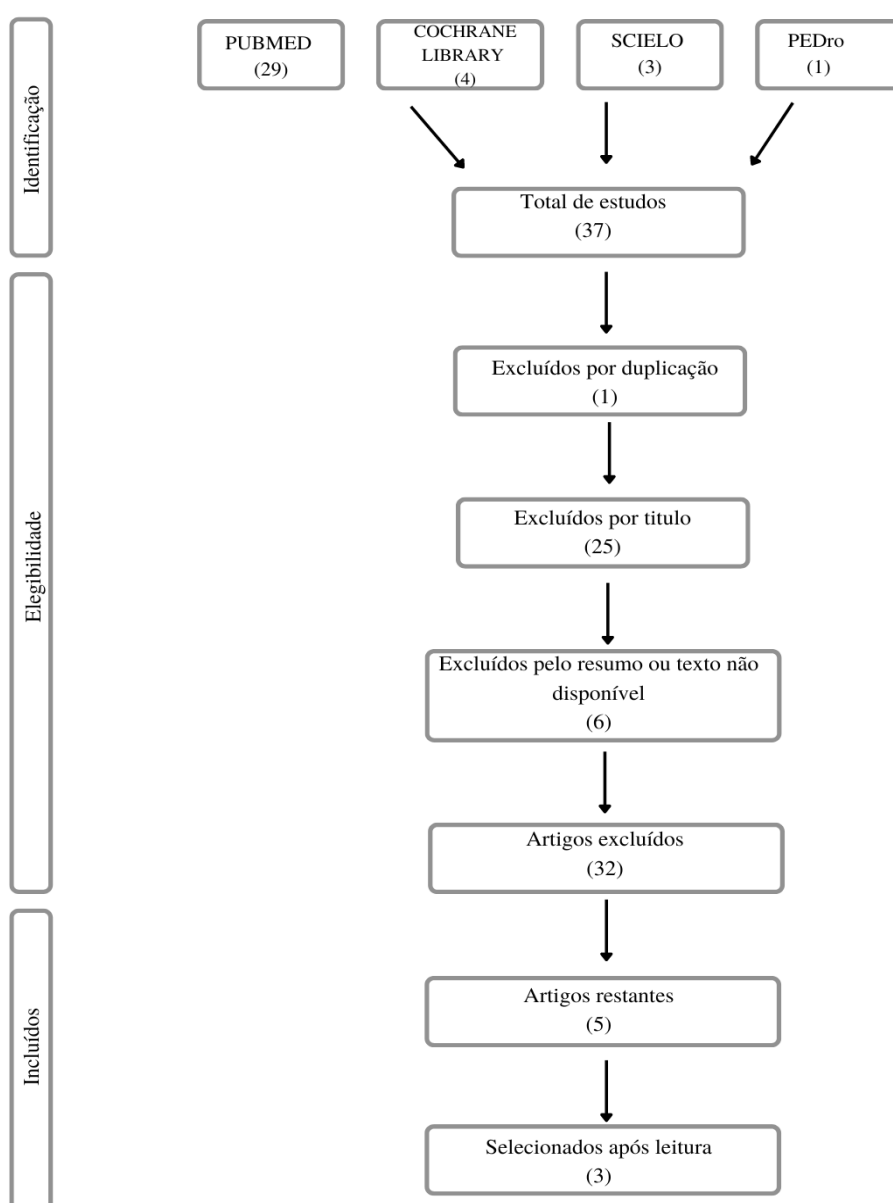
Após os achados nas bases de dados referidas, a escolha dos estudos foi feita primeiramente através da leitura do título e resumo, seguida pela análise dos textos completos, levando em conta os critérios de elegibilidade com o propósito de esclarecer a pergunta de pesquisa e posteriormente os resultados obtidos que corresponderem aos critérios de inclusão serão expostos através de uma tabela.

Os dados tabelados contem informações quanto ao nome do autor, o título do estudo, o ano de publicação e o desfecho do tratamento fisioterapêutico, seguidos por uma discussão acerca dos elementos expostos na Tabela.

RESULTADOS

Com base na questão de pesquisa e de acordo com os critérios elegibilidade, foram encontrados um total de 37 estudos, sendo os seguinte: Pubmed 29 estudos e 03 (três) selecionados, Cochrane 04 e nenhum selecionado, Scielo 03 e nenhum selecionado, PeDro 01 e nenhum selecionado. O fluxograma abaixo (Figura 1) demonstra como foi realizada a seleção dos artigos.

Figura 1: Fluxograma da inclusão e exclusão de estudos.



Sendo assim, nessa revisão foram analisados três artigos publicados nos periódicos: Neurourology and Urodynamics, Obstetrics & Gynecology e Annals of Plastic Surgery. A Tabela 1 apresenta os artigos selecionados para compor a revisão, o objetivo de cada estudo, o delineamento do estudo, o tipo da amostra, a intervenção aplicada e seus respectivos resultados.

TABELA 1. Estudos selecionados para a revisão.

Título	Autor Ano	Objetivos	Tipo	Amostra	Intervenção	Resultados Conclusão
Avaliação da força e atividade elétrica dos músculos do assoalho pélvico de pacientes transgêneros femininos submetidos à cirurgia de afirmação de gênero: uma série de casos.	HAZIN <i>et al</i> , 2021.	Avaliar a força e a atividade elétrica dos músculos do assoalho pélvico (MAPs) de indivíduos transgêneros masculinos-femininos submetidos à cirurgia de afirmação de gênero (GAS).	Série de casos.	15 mulheres transgêneros com idade média de 30,6 anos agendadas para GAS.	Avaliação clínica dos MAP seguido de palpação digital (método PERFECT) e eletromiografia no pré-operatório, 15 e 30 dias após a GAS, responderam ao International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence e orientações de exercícios domiciliares do AP duas vezes ao dia.	Houve declínio na força mediana e na duração da contração muscular sustentada (PERFECT), na atividade elétrica muscular (RMSmédia e RMSmax) entre o pré-GAS e 15 dias após o GAS ($p < 0,05$). No entanto, houve aumento desses parâmetros entre 15 e 30 dias após a GAS ($p < 0,05$). Além disso, seis pacientes apresentaram IU pré-GAS, que continuou após a cirurgia, com piora dos sintomas de urgência e melhora da noctúria e vazamento pós-miccional.
Implementação de um programa de fisioterapia do assoalho pélvico para mulheres transgênero submetidas à vaginoplastia de afirmação de gênero.	JIANG <i>et al</i> , 2019.	Descrever a incidência de disfunção do assoalho pélvico em mulheres transgênero submetidas à vaginoplastia de afirmação de gênero e os resultados em um	Estudo retrospectivo.	72 mulheres transgêneros submetidas à vaginoplastia.	Avaliação clínica dos MAP, alongamentos da área perineal, exercícios do assoalho pélvico, dessensibilização e dilatadores vaginais.	Houve taxas significativamente mais baixas de disfunção do assoalho pélvico no pós-operatório para aqueles pacientes que realizaram TP do assoalho pélvico tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório em comparação com apenas no pós-

		programa de fisioterapia do assoalho pélvico.			operatório. Dilatação bem sucedida em 3 meses em todos os pacientes foi de 89%.	
Avaliação da anatomia do assoalho pélvico para vaginoplastia de homem para mulher e o papel da fisioterapia nos resultados funcionais e relatados pelo paciente.	MANRIQUE <i>et al</i> , 2019.	Avaliar a incidência de disfunção do assoalho pélvico nesta população e o papel da fisioterapia no seu tratamento.	Ensaio clínico não-randomizado.	40 pacientes agendadas para vaginoplastia com idade média de 40,7 (19–72) anos e índice de massa corporal de 27,1 kg/m ² (22–39 kg/m ²) foram incluídos.	Índice de Desconforto Urinário, Índice de Desconforto Anal Colorretal, Inventário de Desconforto do Assoalho Pélvico, Inventário de Sofrimento por Prolapso de Órgãos Pélvicos, educação do paciente, terapia manual, exercícios terapêuticos e educação neuromuscular.	A fisioterapia pélvica reduziu a gravidade dos sintomas e seus impactos na qualidade de vida de acordo com uma redução significativa nos sintomas no PFDI-20 observada acompanhamento 6 meses após a cirurgia, melhorando sintomas associados à disfunções anorretais (CRAD-8) e sintomas que envolvem desconforto urinário (UDI-6). A terapia pós-operatória também resultou na redução do PFIQ-7 e no impacto geral de disfunção do assoalho pélvico.

DISCUSSÃO

Inicialmente, o objetivo do presente trabalho foi verificar qual a influência da fisioterapia pélvica sobre as disfunções do assoalho pélvico de mulheres que realizaram a cirurgia para readequação de sexo. Nesse sentido foi observada uma melhora no quadro clínico dessa população, sendo a intervenção fisioterapêutica benéfica na função do assoalho pélvico em pacientes no pós-operatório de redesignação sexual.

Por se tratar de um PO com presença de alterações de tecidos para aspectos fibróticos gerando cicatrizes intravaginais, disúria, prolapsos, incontinência urinária, necrose, importante percentual de estenoses por consequência do encurtamento da uretra e quadro algico prolongado, a qualidade de vida dessas mulheres é significativamente afetada⁹⁻¹⁴. Já de acordo com Manrique et al

(2018)¹⁵, os achados relacionados às complicações no pós-operatório envolveram, em sua maioria, incontinência urinária de urgência, quadro algico em região pélvica e parede abdominal inferior, constipação, edema e hesitação relacionada à função urinária. Tendo isso em vista, o fisioterapeuta por sua vez, através de intervenções que objetivam o treinamento da musculatura do assoalho pélvico dentre outras condutas, contribui para otimização do quadro. (JIANG et al, 2019)¹¹.

O estudo de Brouwer et al (2021)¹⁶ publicado em The Journal of Sexual Medicine, relata que apesar da ênfase dada à cirurgia em si, a necessidade de cuidados após a realização da mesma se demonstra de certa forma desconhecida, e por conta disso, sua abordagem teve como objetivo avaliar tais necessidades num contexto multidisciplinar. Se concluiu que a implementação de cuidados posteriores mais mencionada foi assistência (adicional) na recuperação cirúrgica (47%), seguida de consultas com profissional de saúde relacionado às questões psicológicas (36%) e fisioterapia para o assoalho pélvico (20%). Apesar de ser um estudo onde os autores reconhecem possível viés, a fisioterapia já é introduzida como um dos principais componentes para os cuidados no PO de reconstrução genital.

De acordo com Schardein e Nikolavsky (2022)¹⁷, a terapia hormonal e os fatores socioeconômicos podem contribuir para uma maior incidência de disfunção do assoalho pélvico em pacientes submetidas à vaginoplastia. Especificamente, um assoalho pélvico anormal pode estar relacionado à prática denominada popularmente como “tucking”, de esconder o pênis e escroto antes da vaginoplastia, evitar banheiros públicos, medicamentos com antiandrogênicos e estrogênios, bem como a alta incidência de abuso sexual nessa população. A má cicatrização após a cirurgia também pode levar à dor pélvica persistente, que pode causar problemas tanto na dilatação quanto na atividade sexual. Nesse sentido, a fisioterapia é capaz de fornecer educação ao paciente, terapia manual, exercícios terapêuticos e educação neuromuscular. A educação inclui informações sobre a função e anatomia do assoalho pélvico, bem como conselhos práticos sobre o funcionamento sexual.

Schardein e Nikolavsky (2022)¹⁷ ressaltam ainda que, o encaminhamento para um fisioterapeuta do assoalho pélvico deve ser considerado para pacientes antes da cirurgia reconstrutiva genital para reduzir potencialmente o risco de disfunção sexual no pós-operatório. A avaliação pré-operatória é importante para identificar a disfunção do assoalho pélvico já existente antes da vaginoplastia. Os terapeutas podem ensinar aos pacientes o posicionamento corporal adequado para facilitar o relaxamento da musculatura pélvica, incentivando a posição supina com a

inclinação pélvica anterior, permitindo a flexão sacral e a extensão do cóccix e aumentando a distância entre o cóccix e o arco púbico para ajudar a compensar o estreitamento. Também podem fornecer informações sobre exercícios respiratórios com contração coordenada do assoalho pélvico, bem como alongamentos lombopélvicos e do quadril que podem facilitar o alongamento dos músculos ao redor da cintura pélvica para auxiliar na obtenção das posições necessárias para dilatação pós-operatória e penetração neovaginal. E conclui em seu estudo que, pacientes que iniciaram o tratamento fisioterapêutico no pré-operatório evoluíram de forma significativa no pós-operatório quando comparado com pacientes que iniciaram a intervenção somente após o procedimento cirúrgico. No estudo de Jiang et al (2019)¹¹, também é citado que a incidência de disfunção dos músculos do assoalho pélvico detectada na consulta pós-operatória foi significativamente menor nos 43 pacientes que realizaram a terapia no pré-operatório do assoalho pélvico, em comparação com os sete cuja primeira consulta foi somente após a cirurgia, apontando para uma possível afirmação de que a fisioterapia, quando implementada já no pré-operatório pode reduzir as taxas de complicações ou até mesmo otimizar o ganho de função no pós-operatório.

O estudo de Hazin et al (2021)¹⁸, realizou a intervenção com 15 mulheres transgêneros com idade média de 30,6 anos agendadas para GAS. Durante o pré-operatório as participantes foram orientadas sobre o procedimento cirúrgico, a anatomia do MAP e sua importância, bem como o conhecimento do MAP. Quando os pacientes desconheciam a contração dos MAP, os fisioterapeutas realizavam a palpação digital na região para aumentar a consciência corporal, aumentando assim a percepção das contrações. Quinze dias após a GAS, os pacientes foram orientados a realizar exercícios de MAP em casa. De acordo com o esquema PERFECT, os indivíduos se exercitavam nas seguintes posições: supino e decúbito lateral, sentado em uma cadeira e em pé. Em seguida, eles foram solicitados a realizar uma série de exercícios em cada posição, duas vezes ao dia, todos os dias. Para recrutar fibras fásicas durante o treinamento muscular, os sujeitos foram solicitados a realizar o mesmo número de contrações rápidas em cada posição, conforme alcançado no PERFECT. As pacientes foram orientadas sobre como usar o dilatador vaginal para manter o intróito neovaginal e as dimensões do canal durante a cirurgia. O dilatador vaginal, com 10,2 cm de comprimento e 3,2 cm de largura, foi usado todos os dias nos primeiros 3 meses após a cirurgia. Ao final do primeiro mês, constatou-se melhora na força dos MAP quando comparado ao 15º dia, onde teve foi relatado piora. A musculatura retornou aos valores do pré-operatório, porém 6 participantes continuavam a

apresentar quadro de incontinência urinária de urgência.

Em se tratando de incontinência urinária, a fisioterapia através do TMAP é considerada como tratamento de primeira linha nessa condição. Em uma abordagem sobre o treinamento muscular do assoalho pélvico realizada por Bo (2020)¹⁹, é relatado que na população geral, o TMAP reduziu os episódios de IU entre mulheres cisgênero que possuíam qualquer tipo de incontinência urinária. Em testes do absorvente curto, foi possível constatar que as intervenções fisioterapêuticas reduziram a quantidade de urina perdida por estas mulheres, melhorando consequentemente a qualidade de vida das mesmas.

A cerca do estudo realizado por Hazin et al (2021)¹⁸, é importante apontar a questão de que a fisioterapia após 15 dias de cirurgia foi realizada somente sob orientações domiciliares, não se teve um centro de atendimento em contato direto com os pacientes com números de sessões estipulados de forma que pudesse ser presenciado a realização dos exercícios, tempo de duração, intensidade, qualidade das séries e repetições e evolução em cada sessão, o que acaba trazendo um viés grande para a abordagem.

Já na análise de Manrique et al (2019)¹⁵, onde se teve como público 40 pacientes agendadas para vaginoplastia, as mulheres foram atendidas em uma clínica multidisciplinar por um fisioterapeuta já na fase pré-operatória e receberam tratamento durante seis meses. A intervenção baseou-se em componentes relacionados à educação do paciente, terapia manual, exercícios terapêuticos e educação neuromuscular, fazendo uma abordagem sobre os espasmos musculares compensatórios, tensões musculares e pontos gatilhos, coordenação da caixa lombopélvica, estabilização lombar, fortalecimento do quadril, exercícios respiratórios, mas sobretudo, reeducação neuromuscular para conscientização de contração e relaxamento do MAP, auxiliados por feedback visual, tátil e auditivo com base na atividade muscular solicitada, permitindo que os pacientes melhorassem o controle neuromotor, a consciência dos músculos do assoalho pélvico e a ativação lombopélvica adequada, tornando os pacientes mais capazes de aderir ao programa domiciliar orientado com melhor compreensão. Como conclusão, teve evidências de que a fisioterapia pélvica reduziu a gravidade dos sintomas e seus impactos na qualidade de vida das mulheres que realizaram o tratamento.

Em uma abordagem realizada em mulheres cisgênero com dispareunia, Ghaderi et al (2019)²⁰, afirmam que pontos gatilhos e dolorosos são relatados como uma das fontes musculoesqueléticas da dispareunia e assim, a fisioterapia do assoalho pélvico, incluindo técnicas manuais, pode desempenhar

um papel importante no tratamento de tais complicações. As técnicas manuais aumentam a consciência da mulher sobre seu MAP, podem liberar pontos gatilhos e dolorosos, normalizar a hiperatividade, aumentando ainda a força dos MAP. Esses objetivos são relatados como sendo alcançados através de exercícios de MAP, técnicas de liberação miofascial, massagens intravaginais profundas e modalidades eletroterapêuticas.

Jiang et al (2019)¹¹ comenta em seu estudo que o tratamento foi realizado por um fisioterapeuta especialista na área pélvica, o qual atendeu 72 mulheres que se submeteram à vaginoplastia, tendo como componentes no processo de intervenção o uso de dilatadores, alongamentos da área perineal, exercícios do assoalho pélvico, dessensibilização e dilatadores vaginais, no intuito de intervir nos casos de estenose, quadro algico, má coordenação e fraqueza muscular. Determinando que houve taxas significativamente mais baixas de disfunção do assoalho pélvico no pós-operatório para aqueles pacientes que realizaram o programa de terapia do assoalho pélvico tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório em comparação com apenas no pós-operatório, sendo que a dilatação bem sucedida em 3 meses em todos os pacientes foi de 89%.

Dilatadores vaginais possuem comprovação de seu papel na prevenção e melhora em casos de estenose em pacientes que possuem câncer ginecológicos submetidas à radioterapia. Damast et al (2019)²¹ traz em sua análise publicada no Practical Radition Oncology, que os mesmos possuem como objetivo nas fases iniciais a prevenção de formação de aderências precoces entre as paredes da mucosa. No que refere aos objetivos secundários, têm ação de neutralizar os efeitos tardios na submucosa, incluindo elastose e fibrose circunferencial do canal vaginal, alongando o tecido vaginal e promovendo o crescimento de células epiteliais.

Portanto, o treinamento da musculatura do assoalho pélvico apresentou benefícios na função de pacientes submetidas à vaginoplastia através da melhora do quadro de estenose, otimização da consciência corporal e força muscular, sendo que pacientes submetidos à intervenções desde o pré-operatório possuem uma tendência à obterem resultados mais eficazes. Nesse sentido, faz-se importante o desenvolvimento de ensaios clínicos controlados e randomizados acerca da atuação da fisioterapia nessa condição devido ao número restrito de estudos que abordam esse assunto, com a finalidade de encontrar mais evidências sobre a influência da fisioterapia em casos de cirurgias de redesignação sexual, tendo em vista que as complicações recorrentes acometem também mulheres cisgênero, em condições diferentes, mas com disfunções semelhantes. É importante trazer à tona

que a fisioterapia, independente da identidade de gênero dos pacientes, possui sua ação em disfunções do AP. É válido quebrar tabus que acompanham essa população para que os atendimentos sejam ofertados para os mesmos, que de certa forma, são excluídos. É preciso incluí-los para que possam ter qualidade de vida tal qual mulheres cis possuem, afinal, são mulheres. Mulheres que possuem seus problemas de saúde, possuem disfunções do AP, problemas estes já estudados há muitos anos, porém com foco somente no padrão binário imposto pela sociedade. É necessário que existam abordagens, mesmo que tardias, pois isso já deveria ser um ponto observado desde muito antes, para que se exista o mínimo de conhecimento de modo que os serviços de saúde consigam atender de forma digna essa população.

CONCLUSÃO

Através do presente estudo de revisão foi possível tomar conhecimento dos benefícios que a fisioterapia pélvica pode proporcionar na função do MAP em pacientes que realizaram cirurgia de redesignação sexual, através da melhora de quadros de estenose, otimização da consciência corporal e força muscular, influenciando diretamente em sistema urinário, anorretal, sexual e consequentemente na qualidade de vida dos mesmos. Algumas restrições encontradas durante a construção desse trabalho estão relacionadas com a escassez de abordagens envolvendo a fisioterapia nesse campo específico, apesar de se tratar de questões de saúde pública, tornando-se necessário mais estudos objetivando a identificação de possíveis tratamentos e gerar comprovações científicas especificamente nessa condição.

REFERÊNCIAS

1. CIASCA Saulo Vito; HERCOWITZ, Andrea; JUNIOR, Ademir Lopes. Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar. 1 ed. São Paulo, 2021. 460 p.
2. ROSELLI, C. E. Neurobiology of gender identity and sexual orientation. 2012. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29211317/> > . Acesso: 25 mar. de 2021.
3. POLDERMAN, Tinca J. C. et al. The Biological Contributions to Gender Identity and Gender Diversity: Bringing Data to the Table. 2018. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29460079/> > . Acesso: 25 mar. de 2021.
4. KORPAISARN, Sira; SAFER, Joshua D. Etiology of Gender Identity. 2019. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31027542/> > . Acesso: 25 mar. de 2021.

5. SPIZZIRRI, Giancarlo. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. 2021. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33500432/> > . Acesso: 07 abril de 2021.
6. LENNIE, Yasmin; LEARENG, Keitebe; EVERED, Lis. Perioperative considerations for transgender women undergoing routine surgery: a narrative review. 2020. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32171545/> > . Acesso: 08 abril de 2021.
7. PLEMONS, Eric D. Description of sex difference as prescription for sex change: on the origins of facial feminization surgery. 2012. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25362828/> > . Acesso: 08 abril de 2021.
8. BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2017/01jan30_VisibilidadeTrans.htm > . Acesso: 26 mar. 2021.
9. MASSIE, Jonathan P. et al. Predictors of Patient Satisfaction and Postoperative Complications in Penile Inversion Vaginoplasty. 2018. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29794711/> > . Acesso: 10 maio de 2021.
10. SLUIS, Wouter B Van Der et al. Laparoscopic Intestinal Vaginoplasty in Transgender Women: An Update on Surgical Indications, Operative Technique, Perioperative Care, and Short- and Long-Term Postoperative Issues. 2019. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31582027/> > . Acesso: 15 maio de 2021.
11. JIANG, Da David et al. Implementation of a Pelvic Floor Physical Therapy Program for Transgender Women Undergoing Gender-Affirming Vaginoplasty. 2019. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30969210/> > . Acesso: 25 mar. de 2021.
12. CASTRO, Paulina Araya et al. Vaginal Dilator and Pelvic Floor Exercises for Vaginal Stenosis, Sexual Health and Quality of Life among Cervical Cancer Patients Treated with Radiation: Clinical Report. 2020. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32364016/> > . Acesso: 17 set de 2022.
13. HUFFMAN, Laura B et al. Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: A comprehensive review and clinical guide. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26556768/>. Acesso: 02 julho de 2021.
14. MORAIS, Andréia Vanessa Carneiro; CORTES, Helena Moraes. Cirurgia de redesignação sexual: implicações para o cuidado. 2020. Disponível em: < <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/16773> > . Acesso: 26 mar. de 2021.
15. MANRIQUE, Oscar 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. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30422842/> . Acesso: 05 out de 2022.
16. BROWER, Iris J de et al. Aftercare Needs Following Gender-Affirming Surgeries: Findings From the ENIGI Multicenter European Follow-Up Study. 2021. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34548264/> > . Acesso: 03 out de 2022.
17. SCHARDEIN, Jessica N; NIKOLAVSKY, Dmitriy. Sexual Functioning of Transgender Females Post-Vaginoplasty: Evaluation, Outcomes and Treatment Strategies for Sexual Dysfunction.

2022. Disponível: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34219008/>> . Acesso: 05 out de 2022.

18. HAZIN, Marina et al. Assessment of the strength and electrical activity of the pelvic floor muscles of male-to-female transgender patients submitted to gender-affirming surgery: A case series. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34146445/> . Acesso: 05 out de 2022.
19. BO, Kari. Physiotherapy management of urinary incontinence in females. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32709588/>. Acesso: 04 nov de 2022.
20. GHADERI, Fariba et al. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6834927/> . Acesso: 02 nov de 2022.
21. DAMAST, Shari et al. Literature Review of Vaginal Stenosis and Dilator Use in Radiation Oncology. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7944435/> . Acesso: 02 nov de 2022.

RBFP

perineo.net/rbpf

