

Disfunção sexual feminina no puerpério: o papel da fisioterapia pélvica



Paula Renata Conceição de Oliveira Dias¹, Gustavo F. Sutter Latorre²

Submissão: 20/06/2021

Aceite: 01/07/2021

Publicação: 18/08/2021

RESUMO

Panorama: A disfunção sexual feminina no puerpério é condição prevalente, onde parte do problema são falhas funcionais, abrindo espaço para uma possível intervenção por fisioterapia pélvica. **Objetivo:** Levantar e discutir a eficácia dos recursos fisioterapêuticos na recuperação da função sexual da puérpera. **Método:** Realizada uma revisão bibliográfica no período de 2006 a 2015, através dos bancos de dados: Google Acadêmico, Scielo e Lilacs. Incluídos estudos em língua portuguesa, randomizados e controlados, e ensaios clínicos que avaliaram a atuação da fisioterapia no tratamento das disfunções sexuais femininas dentro e fora do puerpério. Foram excluídos os artigos relacionados às disfunções sexuais femininas relacionadas a outras condições de saúde da mulher. **Resultados:** Obteve-se 14 artigos inclusos conforme critérios de elegibilidade para análise. **Conclusão:** A fisioterapia pélvica tem papel relevante no tratamento e possível solução dos problemas sexuais femininos relacionados ao puerpério, se mostrando uma opção de boa eficácia, baixo custo e de fácil aceitação pela mulher.

ABSTRACT

Background: Female sexual dysfunction in the puerperium is a prevalent condition, where part of the problem is functional failure, making room for a possible intervention through pelvic physiotherapy. **Aims:** Raise and discuss the effectiveness of physical therapy resources in the recovery of sexual function in postpartum women. **Method:** A literature review was carried out from 2006 to 2015, using the following databases: Academic Google, Scielo and Lilacs. Randomized and controlled studies in Portuguese were included, as well as clinical trials that evaluated the role of physical therapy in the treatment of female sexual dysfunctions in and out of the puerperium. Articles related to female sexual dysfunctions related to other women's health conditions were excluded. **Results:** 14 articles were included according to eligibility criteria for analysis. **Conclusion:** Pelvic physiotherapy plays an important role in the treatment and possible solution of female sexual problems related to the puerperium, proving to be an option with good efficacy, low cost and easy acceptance by women.

¹ Fisioterapeuta Pélvica, Doutora em Fisioterapia, Aracaju, SE, Brasil
² Fisioterapeuta Pélvico, Mestre em Fisioterapia, Portal Perineo.net, Florianópolis, SC – gustavo@perineo.net

INTRODUÇÃO

O período do puerpério, compreendido entre a expulsão da placenta até o retorno dos órgãos femininos ao estado pré-gravídico. É uma fase delicada na vida da mulher, quando se consideram as várias alterações que podem impactar, particularmente, o retorno às atividades sexuais. Além das alterações físicas, tanto mecânicas quanto fisiológicas, a mulher passa por modificações psíquicas e sociais que irão influenciar diretamente na qualidade de seus relacionamentos e seu autoconhecimento, modificando desta forma a sua visão acerca da própria sexualidade¹, o que pode causar disfunções sexuais femininas (DSF).

As DSF são definidas como inibição ou bloqueio de qualquer uma das fases do ciclo de resposta sexual, geralmente classificadas como distúrbios do desejo, distúrbio da excitação, da lubrificação, do orgasmo, da satisfação e dor sexual², resultantes de alterações no estado biológico, psicológico, social e cultural que culminam no bloqueio das respostas sexuais³.

O comprometimento da função sexual no pós-parto é comum, por exemplo, a dispareunia tem alta prevalência compromete a qualidade de vida, o que indica a necessidade de uma maior investigação e aconselhamento extensivo de mulheres grávidas, especialmente mulheres primíparas, sobre sexualidade após o parto⁴.

A visão que a mulher tem sobre si mesmo e sobre a própria sexualidade podem ser influenciadas pelo novo papel assumido por ela na estrutura familiar, de forma que a percepção que tem sobre seu corpo e as mudanças percebidas durante o processo gravidez/pós-parto, modificam sua capacidade de sedução do parceiro, mesmo que apenas na visão da mulher, o que pode impactar negativamente na saúde sexual do casal. A falta de compreensão das alterações físicas e hormonais que ocorrem no período pós-parto podem ser fator importante na gênese destas situações e, mesmo ante a efemeridade destes fatores, o conhecimento restrito pode implicar em dificuldades crônicas no relacionamento conjugal⁵.

Observando a importância dessa temática e considerando que um puerpério saudável deve abranger o retorno físico saudável dos órgãos, atenção voltada para o recém-nascido, mas também apresentação dos fatores impactantes deste período como fatores hormonais, mecânicos e mesmo da estética íntima, capazes de sensibilizar a psique da puérpera. E entendendo que a fisioterapia pélvica como a ciência aplicada responsável pelo tratamento das disfunções físicas de cunho cinesiológico-funcional do corpo humano, o presente estudo objetivou descrever as principais

alterações físicas do puerpério e sua interferência na função sexual feminina, e discutir o papel da fisioterapia pélvica no tratamento das DSF.

MÉTOD

Trata-se de uma revisão sistemática, a partir de buscas eletrônicas nas bases de dados Pubmed, Scielo, LILACS, Pedro e Google Scholar, mediadas pelas palavras-chave disfunção sexual feminina, disfunção sexual, puerpério, parto e pós-parto, suas associações e respectivas variantes em inglês. Foram incluídos estudos que versaram sobre os efeitos da gestação e o parto sobre a função sexual feminina em geral, sobre as disfunções sexuais relacionadas ao puerpério ou seus fatores de risco, e/ou sobre a fisioterapia específica para o período puerperal. Foram excluídos artigos duplicados nas bases, ensaios em cobaias ou estudos com homens. Os artigos resultantes foram lidos na íntegra e organizados em tabelas por autor, ano, amostra, objetivos, resultados, conclusão e sugestões. Para a discussão os resultados foram organizados em duas categorias: Disfunção Sexual Feminina no Puerpério, e Recursos Fisioterapêuticos Específicos para Puerpério. A primeira categoria foi ainda dividida etiologicamente em quatro categorias de fatores de risco.

RESULTADOS

As buscas retornaram um total de 1041 estudos primários, sendo 824 via Google Acadêmico, dos quais apenas 10 estiveram adequados aos critérios de inclusão. As plataformas PubMed, Scielo, LILACS e PEDro retornaram 247 artigos, grande parte repetida entre as bases, sendo que após as exclusões apenas quatro estudos foram mantidos. Foram incluídos artigos que relacionavam as DSF com o puerpério, os estudos que elencavam a fisioterapia como forma de tratamento para as DSF dentro e fora do puerpério, e ainda, os trabalhos que descreveram a sexualidade feminina durante o período do puerpério. Foram excluídos os artigos que trataram de homens, de disfunção sexual exclusivamente na gravidez, e também, os estudos que descreveram outras modalidades de tratamento para as DSF que não a fisioterapia. Ao total obteve-se 14 artigos inclusos para a leitura na íntegra. Os detalhes dos estudos incluídos foram tabulados e estão disponíveis no quadro 1.

Quadro 1: Artigos sobre fisioterapia na recuperação da puérpera e seu retorno à vida sexual

| AUTOR/ANO | OBJETIVO | METODOLOGIA | RESULTADOS | CONCLUSÃO |
|-----------------------------|---|--|--|---|
| Alves et al. ¹ | Conhecer os fatores relacionados com a alteração da sexualidade feminina nos quinze meses após o parto, e analisar os níveis de interesse e resposta sexual feminina durante o período pós-parto. | - Aplicação do questionário MFSQ - n= 202 puérperas. - Variáveis analisadas: interesse sexual, satisfação, lubrificação vaginal, orgasmo, parceiro sexual, idade, tipo de parto, episiotomia, amamentação, contracepção, práticas e comportamentos relacionados com o fato de o bebê dormir no quarto do casal, reinício da atividade laboral, tempo de licença paternidade, alterações que a gravidez provocaram no corpo, fadiga, percepção do parceiro. | - A maioria das puérperas se encontrava entre 10 e 12 meses de pós-parto - A maioria era casada (71,0%). - Maioria de parto vaginal (67,3%), com episiotomia (62,9%) com episiotomia. - Tempo de amamentação: 4-6 meses (21,3%). - Tempo de início da atividade sexual: 6-8 semanas (45,5%). - Média do score do MFSQ 91,44, informando score positivo de integração da função sexual feminina. | Não há diferenças significativas nos níveis de interesse e de resposta sexual. O interesse e a resposta sexual feminina pós-parto, são influenciados tanto pela percepção que a mulher tem do parceiro sexual, aspectos de natureza psicológica, relacionados com a percepção que a mulher têm das alterações que a gravidez e o parto provocam no corpo. |
| Assis et al. ⁶ | Verificar a percepção de puérperas sobre mudanças na região perineal e na vida sexual após parto vaginal e programa de exercícios para os MAP. | - n = 23 GI = 11 GC = 12 - Atendimento individual duas vezes por semana, por oito semanas consecutivas, com duração de 40 minutos/sessão. - Protocolo de tratamento: exercícios resistidos para os MAP, com voluntárias máximas e mantidas dos MAP, seguidas de contrações rápidas. | - GI e GC relataram "percepção de tônus vaginal diminuído". - Ao final do programa de exercícios, GI relatou "percepção de aumento do tônus vaginal e maior controle sobre os MAP" - GC relatou "sensação de que a vagina voltou ao estado pré-gravídico". | Os resultados mostraram efeitos positivos do programa de exercícios, como a percepção de aumento do tônus vaginal e de maior controle sobre os MAP. |
| Beleza et. al. ⁷ | Mensurar e caracterizar a dor perineal em primíparas após parto normal com episiotomia; e verificar as atividades limitadas por este sintoma. | - n = 50 puerperas - M.A = - MPQ e a EN. - Também foram questionadas sobre quais atividades estavam limitadas: sentar, andar, urinar, higiene íntima, evacuação, micção e alimentação. | - Idade média = 22,7 anos, - Caracterização da dor: latejante (29-58%), que repuxa (32-64%), que esquenta (24-48%), ardida (23-46%), dolorida (26-52%), chata (24-48%), incômoda (27-54%), que prende (23-46%) e que deixa tenso (25-50%), referiram presença de dor ao repouso 26 (52%). - 100% da amostra referiu dor ao movimento nas seguintes atividades: sentar (98%), deitar (90%), deambular (82%), micção (40%), evacuação (4%), higiene íntima (44%) e sono (36%). | A dor perineal após episiotomia é presente em 100%. A partir do conhecimento das repercussões da dor no cotidiano da puérpera, será possível investigar a utilização de recursos não farmacológicos para alívio desta queixa. |
| Camara et al. ⁸ | Demonstrar a importância e a eficácia do tratamento fisioterapêutico nas DSF por meio de uma revisão de literatura. | - Revisão de artigos entre janeiro/1952 e julho/2013. - Foram utilizadas as bases de dados Medline, Pubmed, Pedro, Scielo e Lilacs. - 21 estudos foram incluídos neste estudo | Estudos que referem a fisioterapia como principal modalidade de tratamento para as DSF, tendo como recursos mais utilizados o TMAP, eletroterapia, biofeedback, terapia manual e terapia comportamental, todos esses recursos mostra-se efetivos na reabilitação feminina nas DSF. | A fisioterapia com seus diversos recursos é indicada para o tratamento das DSF. |

| | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|---|
| <p>Lima et al.⁹</p> | <p>Analisar a influência da episiotomia na relação sexual pós-parto.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Revisão de literatura realizada na Biblioteca da Faculdade de Tupã e Faculdade da Alta Paulista e na base de dados Scielo, MedLine, Lilacs. - Os conteúdos temáticos encontrados nos resumos dos trabalhos eram categorizados segundo suas características históricas, puérpera e vida sexual pós-parto. | <p>Neste estudo as pesquisas foram classificadas de acordo com os sub-temas de importância, a saber: a episiotomia e suas características, Tipos de episiotomia, indicações, contraindicações, complicações, vantagens, desvantagens, o puerpério, a relação sexual após o parto, dispareunia e episiotomia: comprometimento da relação sexual.</p> | <p>Alguns fatores como dor no local da episiotomia durante a relação sexual e, constrangimento causado pela presença de cicatriz podem levar ao surgimento da dispareunia.</p> |
| <p>Mathias et al.¹⁰</p> | <p>Determinar a prevalência de IU e DSF durante o terceiro trimestre gestacional e no sexto mês pós-parto, e sua associação com fatores de risco</p> | <ul style="list-style-type: none"> - n = 54 mulheres - M.A = ficha de dados sociodemográficos, FSFI e ICIQ-SF. | <ul style="list-style-type: none"> - Média de idade = 25 anos; - A prevalência de IU durante a gestação foi de 37% e de 14,8% seis meses após o parto; - 42,6% referiram algum tipo de DS durante a gestação, média do FSFI de 25,95; - Seis meses após o parto 46 mulheres retornaram a atividade sexual e 15 apresentaram DSF, média do FSFI de 27,69. | <ul style="list-style-type: none"> - Maior prevalência de IU durante a gestação em relação aos 6 meses após o parto, taxa moderada de mulheres com DSF no 3º trimestre gestacional, havendo melhora na função sexual em 6 meses após o parto. - Não houve diferença estatística na associação de DSF e IU com as variáveis idade, paridade, IMC e escolaridade. |
| <p>Progianti et al.¹¹</p> | <p>Descrever as sensações vividas pelas mulheres durante a realização da episiotomia e analisar as repercussões desta prática sobre a sexualidade.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Estudo de natureza qualitativa. - n = 10 mulheres em uma maternidade pública da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no período de setembro a dezembro de 2005. - M.A. = entrevista semi-estruturada - Os depoimentos foram categorizados seguindo as técnicas da análise de conteúdo. | <ul style="list-style-type: none"> - Média de idade = 32,5 anos - Número de partos variando entre 1 e 4. <p>Os resultados da entrevista demonstram: sensações de dor durante o procedimento de corte e sutura e, sensação de "estar larga", bem como a preocupação com a aparência da genitália após o procedimento.</p> <p>- Em relação ao retorno à atividade sexual: dor durante a atividade sexual, persistindo, em alguns casos, em até 1 ano após o procedimento, além do constrangimento perante o parceiro pela má aparência da genitália.</p> | <p>A episiotomia representa uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, e recomenda o cuidado das enfermeiras, alertando que o parto é um evento fisiológico e sexual, do qual a mulher deve participar ativamente.</p> |
| <p>Pitangui¹²</p> | <p>Avaliar a eficácia da TENS como recurso para alívio da dor aplicadas as puérperas que apresentem episiotomia e caracterizar a queixa dolorosa.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - 60 minutos de TENS fixada de modo convencional nos pontos próximos a episiotomia (coxa e glúteo), frequência de 100HZ e pulso de 75µs. - N = 40 puérperas primíparas de parto normal com episiotomia. - GI = 20 puérperas – uso de TENS - GC = outro tipo de analgesia. - M.A. = EN | <p>-Redução da dor em repouso (57,30%), sentada (53,6%) e caminhando (46,6%). O TENS pode ainda auxiliar no tratamento da dispareunia relacionada à episiotomia</p> | <p>Pode-se afirmar que a TENS foi eficaz no alívio da dor das puérperas submetidas a episiotomia, e que foram encontradas diferenças na caracterização da queixa dolorosa.</p> |

| | | | | |
|------------------------------|--|---|--|---|
| Santana et al. ¹³ | Realizar uma revisão sobre os recursos não farmacológicos disponíveis para serem utilizados no pós-parto. | - Revisão da literatura - Bases de dados Pubmed, PEDro e Cochrane. - Foram selecionados 22 artigos | Foram localizados 22 trabalhos com os descritores mencionados, distribuídos tal como segue: dor perineal (1), dor na cicatriz de cesariana (1), constipação intestinal (1), IU (1), diástase dos retos abdominais (1), depressão puerperal (1), Eletroestimulação Nervosa Transcutânea (3), crioterapia (2), TMAP (5) e reeducação abdominal (2) | Os recursos fisioterapêuticos disponíveis são capazes de aliviar os desconfortos existentes no puerpério e promover melhor adaptação da mulher à nova realidade corporal que segue o nascimento de seu filho. |
| Silva ¹⁴ | Verificar o grau de força dos MAP no pré-parto e pós-parto e associar a conduta fisioterápica preventiva na melhora da fraqueza dos MAP. | - N = 2 gestantes GI = 1 GC = 1 - 10 sessões de TMAP com auxílio do biofeedback (perina) - M.A. = questionário e do teste de força perineal, foi realizado o tratamento com a GI. | - GI apresentou durante a gestação força de 2,5cmH ² O evoluindo para 4,5cmH ² O ao final das 10 sessões, mantendo essa estabilidade após o parto. - GC apresentou força de 3cmH ² O caindo para 1,5cmH ² O após o parto. | A força dos MAP sofre várias alterações durante a gestação e na fase do pós-parto, o tratamento fisioterápico é um recurso eficaz e sem contraindicações para a prevenção da fraqueza dos MAP durante a gestação. |
| Wolpe et al. ¹⁵ | Revisar sistematicamente a literatura sobre as diferentes técnicas de fisioterapia utilizadas no tratamento das DSF. | - Revisão sistemática, Bases de dados = EMBASE, PEDro e MedLine, de artigos publicados até junho de 2013 - Palavras-chave relacionadas a tratamentos fisioterapêuticos e DSF. - 11 artigos foram incluídos e, destes, seis passaram para a avaliação qualitativa na Escala PEDro; | Foi verificado um total de cinco tipos de intervenções diferentes: cinesioterapia (exercícios de Kegel e TMAP), terapia cognitivo-comportamental, biofeedback, eletroterapia (TENS), US e terapia manual. | Todos os estudos mostraram melhora na função sexual após intervenção fisioterapêutica. A cinesioterapia mostrou-se vantajosa por ser de fácil aplicação, baixo custo, aprendizado imediato e promover resultados duradouros em um curto período de tempo. |
| Zizzi ¹⁶ | Analisar a força dos MAP e a IU e a IA no período pós-parto | - N= 128 puerperas 6 meses após o parto, - M.A= entrevista e a mensuração da força pela perineometria (Periton). | - Média de idade = 30 anos - 61,7% primigestas. Apresentar - 36,7% referiram IU - 25,8% referiram IA. - Nos primeiros 6 meses após o parto 79,7 % das mulheres haviam retomado a atividade sexual. | Não há associação da força dos MAP com a IU e IA após o parto. A IU durante a gestação é preditora da IU após o parto. A interferência da IU na vida da mulher foi moderada. Apenas a IA prévia teve associação com a IA após o parto. |

Legenda: MFSQ= McCoy Female Sexuality Questionare, MPQ=McGill Pain Questionnaire, MAP= músculos do assoalho pélvico, GI= grupo que sofreu intervenção, GC= grupo controle, MA= método de avaliação, EN= Escala Numérica Compartmentada, DSF= disfunções sexuais femininas, TMAP=treinamento dos músculos do assoalho pélvico, IU= incontinência urinária, FSFI= Female Sexual Function Index, ICIQ-SF= International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form, IMC= índice de massa corporal, IA= incontinência anal, US= ultrassom

DISCUSSÃO

A atividade sexual é importante em qualquer fase da vida da mulher adulta, estando diretamente relacionada à satisfação pessoal, autoestima e ao relacionamento com o parceiro, e

atinge, conseqüentemente, a qualidade de vida. No puerpério, período de mudanças e adaptações na vida da mulher, problemas na atividade sexual podem contribuir para dificuldades no relacionamento interpessoal e na autoestima, culminando em frustração pessoal. Conhecer estes possíveis DSF durante o período puerperal pode guiar futuras soluções, refletindo positivamente na melhoria da saúde geral da puérpera

DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA NO PUERPÉRIO

Apenas oito artigos dos incluídos relacionavam puerpério com o surgimento ou acentuação de DSF, descritos como, dispareunia, vaginismo, disfunção do desejo, disfunção do orgasmo e/ou disfunção da excitação. Neste aspecto, Holanda et al.¹⁷ observaram que em um universo de 200 puérperas, 28,5% apresentavam dispareunia, 16% vaginismo, 12,5% disfunção do desejo, 10,5% disfunção orgásmica e 8% disfunção na fase de excitação, sendo que algumas mulheres apresentaram mais de um tipo de disfunção. Todavia, 33,5% das DSF foram identificadas antes da gestação, 76,0% durante a gravidez e 43,5% no período pós-parto. Diante desses números, pode-se considerar a gestação como fator de risco para o aparecimento das DSF, que podem ter etiologia nas alterações físicas como o ganho de peso, alterações hormonais, alterações estéticas no formato corporal, além de todas as alterações emocionais. A soma destes fatores impacta sobre a qualidade da vida sexual, podendo permanecer afetando a saúde sexual feminina por um período de tempo superior ao puerpério imediato ou mesmo tardio.

Esta intrigante relação de causa-efeito entre as variáveis físicas e emocionais da gestação e parto sobre as DSF ainda exigem maiores estudos, a partir dos quais grupos de risco poderão ser detectados precocemente, e estratégias preventivas poderão ser tomadas antes mesmo da instalação do problema, poupando o sofrimento de um número quase inestimável de casais.

ETIOLOGIA: FATORES HORMONAIS E PRIVACIDADE DO CASAL

Alves¹ avaliou os níveis de interesse, a resposta sexual feminina, a percepção da puérpera em relação ao seu parceiro sexual e os fatores biológicos, psicológicos, sociais e situacionais ao longo dos 15 meses após o parto de 202 mulheres, a partir do McCoy Female Sexuality Questionary

(MFSQ). Ele observou que o tempo de reinício da vida sexual ocorreu entre 6 e 8 semanas (45,5%) com várias barreiras como o fato de o bebê dormir no quarto do casal (73,8%), o que geraria insegurança ao retorno das atividades sexuais, o sentimento de fadiga (36,1%) e por último a preocupação com uma nova gravidez (35,6%). Quanto à amamentação, 55% das puérperas amamentaram para até quatro meses, 13,9% não amamentaram e apenas 3% amamentaram até os 13-15 meses. A pontuação obtida no McCoy foi $91,44 + 17,87$, mostrando um nível positivo de integração da função sexual feminina. O autor conclui que as mulheres nos primeiros quinze meses após o parto obtiveram níveis de interesse e resposta sexual elevados, completos e bem integrados; não houve diferenças significativas nos níveis de interesse e de resposta sexual e que o interesse e a resposta sexual feminina depois do parto, são influenciados tanto pela percepção que a mulher tem do parceiro sexual, como por aspectos de natureza psicológica, relacionados com a percepção que a mulher tem das alterações que a gravidez e o parto provocam no corpo.

Como possível fator etiológico responsável por estas observações, Alves et al.¹ apresenta as alterações hormonais, com destaque para a diminuição dos níveis de estrogênio, o que influenciaria tanto na lubrificação vaginal, tornando o coito desconfortável, quanto na redução dos estímulos sexuais, diminuindo a rapidez e intensidade dessa resposta, como, por exemplo, a resposta orgástica. Ainda sobre os fatores hormonais, as mulheres que amamentam sofrem uma queda significativa na produção de testosterona, o que é previsível ao lembrarmos que a prolactina é antagonista da testosterona. O resultando é uma diminuição significativa no desejo sexual, diretamente dependente de boas concentrações séricas de testosterona.

Esses resultados destacam o estado emocional no qual a puérpera se encontra, ao reorganizar suas funções sociais de mãe, mulher, esposa, trabalhadora e etc., de modo que as prioridades de escolha poderão impelir os limites físicos e emocionais. Nesse aspecto, há de se considerar que este conjunto de fatores pode influenciar a maneira como o casal é orientado a enfrentar o retorno à atividade sexual, e a compreensão que cada um tem sobre as alterações que ocorrem neste período. Deste modo, a educação específica e orientações vindas dos profissionais de saúde envolvidos neste processo se tornam fundamentais: quanto mais conhecimento acerca do assunto, melhor entendimento para a qualidade da vida sexual e geral do casal e da família como um todo. Por fim a literatura ainda aponta o aumento na fadiga e a satisfação física causada pela amamentação como

possíveis fatores impactantes sobre o interesse da puérpera pelo parceiro¹⁸, fatores estes que ainda necessitam maiores estudos.

ETIOLOGIA: FATORES MECÂNICOS (ALARGAMENTO DO HIATO UROGENITAL)

Quanto aos fatores mecânicos relacionados à etiologia das DSF em puérperas, o alargamento do canal vaginal, que serviu como canal de parto, já chamava atenção desde a década de 1950¹⁹. Neste aspecto, considerando que a parte fundamental do assoalho pélvico é formada principalmente pelos robustos músculos elevadores do ânus, responsáveis pelo fechamento do hiato urogenital²⁰, parece lógico que exercícios de fortalecimento desta musculatura melhorariam o problema. Neste sentido, Assis et al.⁶ avaliaram a percepção de puérperas de parto vaginal sobre as mudanças na região do assoalho pélvico e na vida sexual após um programa de treinamento para os músculos do assoalho pélvico (TMAP), visando o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico (MAP), com contrações voluntárias máximas e mantidas dos MAP, seguidas de contrações rápidas. Onze participantes fizeram o TMAP (G1) e 12 foram controles (G2). O TMAP foi realizado individualmente, 40 minutos/sessão, duas vezes por semana, durante oito semanas consecutivas. Ao final do programa de exercícios, as participantes do G1 apresentaram mais frequentemente relatos na categoria “percepção de aumento do tônus vaginal, e maior controle sobre os MAP” e as do G2, na categoria “sensação de que a vagina voltou ao estado pré-gravídico”. Os resultados mostraram efeitos positivos do TMAP para este grupo de mulheres no tocante ao combate das questões mecânicas relacionadas à etiologia das DSF após o parto.

ETIOLOGIA: DOR E VERGONHA RELACIONADA À EPISIOTOMIA

Outro fator físico que se mostra relevante, é a presença de episiotomia e laceração do assoalho pélvico com cicatrização inadequada ou mesmo dolorida. Neste aspecto, Lima et al.⁹ descreveram que as mulheres que sofreram episiotomia ou lacerações no parto relataram dor na genitália e desconforto com a aparência física da mesma, o que acabou interferindo negativamente no relacionamento com o parceiro.

Corroborando, Beleza et al.⁷ mensuraram e caracterizaram a dor do assoalho pélvico em 50 primíparas no pós-parto imediato de parto vaginal com episiotomia, apontando quais atividades estiveram limitadas por esta condição (sentar, andar, urinar, higiene íntima, evacuação, micção e alimentação). Foram utilizados os questionários McGill Pain Questionnaire (MPQ) e a Escala Numérica Compartimentada em 11 pontos (EN). Os resultados do MPQ caracterizaram a dor como latejante (29-58%), que repuxa (32-64%), que esquenta (24-48%), ardiva (23-46%), dolorida (26-52%), chata (24-48%), incômoda (27-54%), que prende (23-46%) e que deixa tenso (25-50%) e 52% referiram presença de dor ao repouso. Vale frisar que a dor ao movimento foi referida por todas as mulheres, sem exceção. As atividades cotidianas referidas como limitadas, devido à presença de dor no assoalho pélvico foram: sentar (98%), deitar (90%), deambular (82%), urinar (40%), evacuar (4%), higiene íntima (44%) e sono (36%). Os autores concluíram que a presença da dor e as limitações por ela causadas durante o período pós-parto é pouco valorizada entre os profissionais da saúde, apesar de afetarem negativamente a qualidade de vida destas mulheres. Mais da metade da amostra apresentou dores importantes e limitantes, diretamente relacionadas à episiotomia. Esta observação não significa necessariamente que o procedimento deva ser banido, mas que estes riscos estejam na mente do obstetra no momento da decisão terapêutica, pesando-se os prós e os contras. Para o fisioterapeuta pélvico, a ciência destes fatos deve motivar a implementação de estratégias preventivas, particularmente a preparação do assoalho pélvico para o parto vaginal, melhorando elasticidade e resistência das fibras musculares e, post facto, a reabilitação do tecido cicatricial da melhor forma possível, diminuindo aderências e deste modo minimizando dor e limitações cinesiológico-funcionais.

Afora estas limitações funcionais, há ainda a preocupação do déficit estético por causa do procedimento. Neste aspecto, Progiante et al.¹¹, estudaram 10 mulheres em uma maternidade pública da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, revelando as sensações vividas pelas mulheres durante a realização da episiotomia e analisando as repercussões desta prática sobre a sexualidade no pós-parto. Em entrevista as participantes relataram as sensações de dor durante o procedimento de corte e sutura, e a sensação de “estar larga”, bem como a preocupação com a aparência da genitália após o procedimento. Relatam ainda o surgimento da dispareunia e o constrangimento com o parceiro devido à má aparência da genitália após o procedimento da episiotomia. Deste modo, a episiotomia pode também impactar negativamente sobre o relacionamento do casal.

A estética íntima tem se tornado um fator de preocupação feminina, ao representar desconforto para a mulher na sua individualidade e constrangimento perante o parceiro, mesmo que este não demonstre preocupação com a aparência dos genitais da companheira. Visando melhorar este aspecto em particular da qualidade de vida sexual e geral da mulher, procedimentos fisioterápicos com enfoque específico na estética íntima feminina vêm apresentando sucesso na minimização dos efeitos deletérios do pós-parto ou pós-cirúrgico, ou mesmo ao melhorar a aparência de mulheres hígdas no geral^{21,22}.

ETIOLOGIA: INCONTINÊNCIAS

O pioneiro Arnold Kegel, no estudo das relações funcionais do assoalho pélvico com o puerpério, já chamava atenção também ao fato de que a incontinência urinária (IU), no puerpério, deveria ser causada diretamente pela falência do assoalho pélvico, agredido durante o parto. De fato, hoje se conhece inclusive os mecanismos intraparto responsáveis por essa falência, com destaque para os mecânicos, demonstrados com alto grau de evidência²³⁻²⁷ e os neurológicos^{23,28-30}. Hoje é sólido o conhecimento de que a IU puerperal é uma realidade, em inúmeras vezes diretamente relacionada a falência do assoalho pélvico por conta do parto vaginal.

Sendo a função sexual feminina também diretamente dependente da boa função do assoalho pélvico³¹, e cientes da falência desta estrutura causada, particularmente, durante o parto vaginal, é de esperar que mulheres no puerpério experimentem concomitantemente tanto a DSF, como previamente discutido, quanto a IU. A soma destas duas condições possivelmente potencializa o impacto negativo sobre a qualidade de vida da mãe recente. A presença de IU seria, portanto, um fato de risco relacionado, mas não causal das DSF, pelo fato de ambos advirem da mesma causa funcional: a falência da musculatura do assoalho pélvico em sua função de fechamento do hiato urogenital. Frisamos, todavia, que a falência do assoalho pélvico é uma dentre inúmeras outras causas, tanto para a IU (hiperatividade ou hipoatividade detrusora, etc), quanto para as DSF (problemas circulatórios, hormonais, sensórios, etc).

Dado o contexto, Zizzi¹⁶ avaliou 128 mulheres com o objetivo de analisar a força dos MAP, a ocorrência de IU e incontinência anal (IA), o impacto destas na vida da puérpera e a associação entre estas três variáveis no pós-parto. Dentre as participantes 36% apresentaram relatos de IU e 25,8%

antes da gestação, sendo que 79,7% delas haviam retornado à atividade sexual nos seis primeiros meses após o parto. Ainda, 21,1% das mulheres declararam praticar regularmente exercícios para o assoalho pélvico. A média do International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF), usado para medir o impacto da IU na vida da mulher, foi de 7,6 durante a gestação e 9,4 após o parto. Já a força dos MAP, aferida com auxílio de perineômetro eletrônico, fez uma média de 34,3 cm/H₂O na gestação e 33,1 cm/H₂O após o parto. IU e IA foram mais frequentes nas múltiparas, e o risco de IA aumentou conforme a idade. A pesquisadora concluiu que a diminuição na força dos MAP está mais associada ao parto vaginal, mas esta força não tem associação com IU ou IA após o parto. A interferência da IU na vida da mulher foi moderada no puerpério, embora maior do que no pré-parto, apontando o parto em si como fator de incidência do problema.

Não só parto, mas a gestação em si também pode causar disfunção do assoalho pélvico e IU. Neste contexto, Mathias et al.¹⁰ analisaram a prevalência de IU e DSF em 54 mulheres durante o terceiro trimestre gestacional e no sexto mês pós-parto, e sua associação com fatores de risco, os dados foram coletados por meio dos questionários: Female Sexual Function Index (FSFI) e ICIQ-SF. Descreveram que 37% delas apresentaram IU durante o terceiro trimestre gestacional, e 14,8% delas em seis meses após o parto. Com relação a prevalência de DSF, durante a gestação foi de 42,6% e após o parto 32,6%. Não houve diferença estatística na associação entre as variáveis: idade, Índice de Massa Corpórea (IMC), paridade e escolaridade com a presença de IU e DSF. Assim, os autores demonstram como a IU está presente já durante a gestação, sendo mantida no puerpério para um sexto das mulheres, enquanto as DSF acometeram metade durante a gestação, sendo mantidas em um terço no puerpério. O impacto da gestação e parto sobre as DSF é maior do que a própria IU, de modo que parece um contrassenso que a esmagadora maioria da literatura a respeito das disfunções do assoalho pélvico, em gestantes e puérperas, sejam voltadas para a IU e não para as DSF. É momento de mudar esta estatística.

RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS ESPECÍFICOS PARA O PUERPÉRIO

Os recursos utilizados pela fisioterapia pélvica na reabilitação das DSF ocasionadas por outros fatores, que não gestação e parto, são os mesmos que podem ser utilizados pela puérpera na resolução desses distúrbios, já que os objetivos cinesiológico-funcionais em questão são os mesmos.

Esses recursos têm por objetivo a analgesia, o estímulo da vascularização local e o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, com conseqüente incremento da lubrificação e da pressão intravaginal durante o intercuro.

Revisões recentes realizadas por Camara et al.⁸ e Wolpe et. al.¹⁵, foram unânimes em apontar a eficácia dos recursos eletroterápicos (TENS, FES e Ultra-som terapêutico) e cinesioterápicos (exercícios de reforço dos MAP, auxiliados ou não por biofeedback), como opções de tratamento eficientes na recuperação da função sexual feminina prejudicada.

Fisiologicamente, o reforço dos MAP influencia no aumento da vascularização da região geniturinária, melhorando a sensibilidade clitoridiana e promovendo melhor excitação e lubrificação. O aumento da força dos músculos isquiocavernosos e bulboesponjoso, que se inserem no corpo do clitóris, facilita o orgasmo⁸. Estes exercícios também são capazes de promover a conscientização e propriocepção da musculatura do assoalho pélvico, melhorando a receptividade para relação sexual e a satisfação com o desempenho, de modo que a cinesioterapia ajudará a puérpera na disfunção do desejo, na disfunção orgástica e na disfunção da excitação¹⁵.

Também o uso de dispositivos de dilatação vaginal progressiva, úteis na preparação do assoalho pélvico no pré-parto, tem se mostrado úteis em reduzir os riscos de sequelas pós-parto vaginal, como concluiu uma recente revisão³².

Outro problema evidenciado pela presente revisão, foi a dor relacionada à episiotomia, especialmente quanto a limitações nas atividades diárias. Pitangui¹², utilizou o recurso eletroterápico TENS, aplicado em 20 mulheres no puerpério imediato, aplicando esta modalidade de corrente por 60 minutos nos pontos próximos à episiotomia, com frequência de 100Hz e largura de pulso de 75 us, tendo como resultado a redução da dor em repouso (57,30%), sentada (53,6%) e caminhando (46,6%). O TENS pode ainda auxiliar no tratamento da dispareunia relacionada à episiotomia⁸. A eletroestimulação, nos parâmetros como demonstrados, parece promissora no tratamento da dor relacionada à episiotomia, especialmente por melhorar a capacidade funcional das mulheres no dia-a-dia.

Há ainda as técnicas de terapia manual (massagens perineais), efetivas no tratamento das aderências cicatriciais, melhoria da dor e do orgasmo, desejo, excitação e lubrificação, ao promoverem o relaxamento muscular, e o aumento da vascularização local. Também a combinação das terapias TENS, cinesioterapia e massoterapia, resultam na melhoria estética da cicatriz do assoalho pélvico,

redução da hipoatividade do assoalho pélvico responsável pela sensação de lassidão do hiato urogenital, e a redução da tensão emocional e aumento da intimidade sexual¹⁵.

Outra maneira simples, mas efetiva, no tratamento das DSF típicas do puerpério, são as orientações quanto à anatomia feminina e as alterações fisiológicas decorrentes neste período ao casal envolvido neste processo. Essas orientações esclarecem possíveis situações embaraçosas que possam ocorrer no retorno às atividades sexuais e evitar interpretações errôneas pelos parceiros em caso de tentativas frustradas nesse retorno^{6,8}.

CONCLUSÃO

As disfunções sexuais são causadas por diversos fatores, mas em especial no período pós-parto as atenções estão voltadas aos fatores hormonais, físicos e emocionais, impulsionados pela adaptação da mulher às funções de mãe/esposa. Nestes termos existe a necessidade latente de mais estudos que visam o melhor entendimento e a readaptação da mulher ao papel de esposa, e adaptação ao papel de mãe, considerando os inúmeros aspectos alterados, de modo a incrementar as relações interpessoais. A fisioterapia pode ajudar no tratamento das desordens sexuais que ocorrem neste período, desde orientações básicas quanto a anatomia, fisiologia e comportamento, fomentando um entendimento mais amplo da situação em si, até o tratamento em si, a partir de recursos terapêuticos já consolidados, para a resolução das disfunções sexuais femininas durante o período puerperal e aquelas que, porventura, possam vir a se cronificar mesmo após este período.

REFERÊNCIAS

1. Alves MGC. Fatores que influenciam a sexualidade feminina após o parto. 2008. Disponível em: <<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/11117>> Acesso em: 20 de Outubro de 2016.
2. Basson R, Althof S, Davis S, et al. Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Women. *J Sex Med.* 2004;1(1):24-34
3. Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev. psiquiatr. Clín.* 2006; 33(3): 162-16.
4. Lagaert L, Weyers S, Van Kerrebroeck H, Elaut E. Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2017;22(3):200-206.

5. Vettorazzi J, Marques F, Hentschel H, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Badalotti M. Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. Rev HCPA 2012;32(4) :473-479.
6. Assis TR, Rezende FR, Sá AC, Antonio M. Percepção de puérperas sobre mudanças sexuais após exercícios para o assoalho pélvico: uma abordagem qualitativa. Rev Fisioter S Fun. Fortaleza, 2015; 4(1): 6-13
7. Beleza ACS, Ferreira CHJ, Sousa L, Nakano, AMS. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. Rev. bras. enferm. 2012; 65(2): 264-268.
8. Camara LL, Filoni EF, Fitz F. Fisioterapia no tratamento das disfunções sexuais femininas. Fisioterapia Brasil. 2015; 16(26): 165-180.
9. Lima MG, Silva MBA, Souza TA, Souza LP. A episiotomia e o retorno à vida sexual pós-parto. Uningá Review. 2013; 16(2): 33-37.
10. Mathias AERA, Pitanguiana CR, Macedo LF, Dias, TG. Incontinência urinária e disfunção sexual no terceiro trimestre gestacional e seis meses após o parto. Rev Fisioter S Fun. Fortaleza, 2015; 4(2): 21-31
11. Proganti JM, Araújo LM, Mouta RJO. Repercussões Da Episiotomia Sobre A Sexualidade. Esc. Anna Nery. 2008; 12(1): 45-49.
12. Pitanguí ACR, Sousa L, Ferreira CHJ, Gomes FA, Nakano AMS. Mensuração e características da dor perineal em primíparas submetidas à episiotomia. Acta Paul Enferm 2009;(22):77-82.
13. Santana LS, Gallo RBS, Marcolin AC, Ferreira CHJ, Quintana SM. Utilização dos recursos fisioterapêuticos no puerpério: revisão da literatura. Femina; 2011;39(5): 245-250.
14. Silva ED. Análise da força do assoalho pélvico nos períodos do pré e pós-parto. 2010. DISPONÍVEL EM: <https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_6_1253738206.pdf> Acesso em 30 de Novembro de 2016.
15. Wolpe RE, Toriy AM, Silva FP, Zomkowski K, Sperandio FF. Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas: uma revisão sistemática. Acta fisiátrica. 2015;22(2): 87-92
16. Zizzi PT. Força muscular perineal e incontinência urinária e anal em mulheres após o parto: estudo transversal. 2015. Disponível Em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-11012016-133619/en.php>> Acesso em 07 de Dezembro de 2016.
17. Holanda JBL, Abuchaim ESV, Coca KP, Abrão ACFV. Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. 2014. Disponível em: <<http://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/8694>> Acesso em: 20 de Outubro de 2016.
18. Grincho NAV. A Vivência da Sexualidade do Casal Durante a Amamentação. 2013. DISPONÍVEL EM: <<http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/1266>> Acesso em: 20 de Outubro de 2016.

19. Kegel AH. Sexual functions of the Pubococcygeous muscle. *Western Journal of Surgery Obstetric and Gynecologic.*1952; 60: 521.
20. Ashton-Lien KC, Mooney B, Delancey JOL, Ashton-Miller JA. Levator Ani Muscle Stretch Induced by Simulated Vaginal Birth. *American College of Obstetricians and Gynecologists.* 2004;103(1): 31-40.
21. Vanaman M, Bolton J, Placik O, Guillen FS. Emerging Trends in Nonsurgical Female Genital Rejuvenation. *Dermatol Surg.* 2016;42(9):1019-29.
22. Lordêlo P, Leal MR, Brasil CA, Santos JM, Lima MC, Sartori MG. Radiofrequency in female external genital cosmetics and sexual function: a randomized clinical trial. *Int Urogynecol J.* 2016;27(11):1681-1687.
23. Lien KC, Morgan DM, Delancey JOL, Ashton-Miller JA. Pudendal nerve stretch during vaginal birth: a 3-D computer simulation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2005; 192: 1669-76.
24. Dietz HP, Bennett MJ. The Effect of Childbirth on Pelvic Organ Mobility. *American College of Obstetricians and Gynecologists.* 2003; 102: 223-228.
25. Dietz HO, Wilson PD. Childbirth and pelvic floor trauma. *Best Practice & Research Clinical Obstetric & Gynaecology.* 2005; 19(6): 913-24.
26. Dietz HO, Lazarone V. Levator trauma after delivery. *American College of Obstetricians and Gynecologists.* 2005; 106: 707-12.
27. Delancey JOL, Ashton-Miller JA. On the Biomechanics of Vaginal Birth and Common Sequelae. *Annu Rev Biomed Eng.* 2009; 11: 163–176.
28. Smith ARB, Hosker GL, Warrell DW. The role of partial denervation of the pelvic floor in the aetiology of genitourinary prolapse and stress incontinence of urine. A neurophysiological study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 1989; 96: 24-28.
29. Smith ARB, Hosker GL, Warrell DW. The role of pudendal nerve damage in aetiology of genuine stress incontinence in women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 1989; 96: 29-32.
30. Allen RE, Hosker G, Warrew DW. Pelvic floor damage and childbirth: A neurophysiological study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 1990; 97(9): 770-9.
31. Latorre GFL, Manfredini CCM, Demterco OS, Barreto VMNF, Nunes EFC. A fisioterapia pélvica no tratamento da vulvodínia: revisão sistemática. *Femina.* 2015;43(6):257-264
32. Pereira AG, Oliveira AMB, Cury GD, Jorge LB, Latorre GFS. Eficácia do Epi-No® na diminuição da episiotomia e risco de lesão perineal pós-parto: revisão sistemática. *Femina.* 2015;43(6): 251-256.